



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

Empowerment dos Adolescentes na Promoção da Saúde

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Comunitária

Isabel Ermelinda Lopes Brás Vital

Sob a orientação da
Professora Isabel Barroso da Silva

Santarém

Setembro 2013

Ao meu filho Gabriel

Pela criança que é

Pelo adolescente que vai ser!

Na preparação para um adulto saudável e independente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que participaram neste projeto, e em primeiro lugar aos adolescentes participantes do projeto

Um especial agradecimento à Enfermeira Margarida Arnaut pelo exemplo de excelência como pessoa e enfermeira, e por ter partilhado e refletido a sua prática na comunidade.

Aos elementos da USP, professores da ESJR, presidente da Associação de Pais da referida escola, assistentes operacionais, por me permitirem e ajudarem na concretização deste objetivo.

À minha orientadora, professora Isabel Barroso, pelo estímulo, incentivo constante, dedicação e entrega, escuta ativa, respeito e amizade no decorrer de todo este processo.

Ao Alípio e ao Gabriel, pela compreensão e incentivo constante, em que a saudade provocada pela distância e ausência, por vezes em momentos difíceis, era sempre colmatada por um grande sorriso rasgado, um beijo e um abraço caloroso, no regresso a casa.

A todos o meu sincero Obrigado!

Bem hajam!

“A educação é o nosso passaporte para o futuro,
pois o amanhã pertence às pessoas que se preparam hoje”

Malcolm x

RESUMO

Este relatório insere-se no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e serve de suporte à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Pretende dar visibilidade às intervenções de enfermagem comunitária desenvolvidas no decorrer do estágio realizado na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo II, para a aquisição de conhecimentos e capacidades de compreensão, conferidas ao grau de Mestre, na área de especialização do conhecimento em enfermagem comunitária.

Foi desenvolvido um projeto de intervenção de enfermagem comunitária num grupo de 41 adolescentes do 8º ano de escolaridade da Escola Secundária Jácome Ratton em Tomar, de forma a promover o *empowerment* na promoção da saúde, deste grupo populacional, utilizando como estratégias principais a educação para a saúde e a criação de ambientes promotores de saúde, com recurso à teoria do *empowerment*.

No sentido de enquadrar a prática clínica de enfermagem baseada na evidência com recurso à metodologia científica da Revisão Sistemática da Literatura, procurou-se a melhor evidência de forma a promover o *empowerment* dos adolescentes na promoção da sua saúde.

A análise dos artigos revelou a importância da utilização de um modelo/teoria na promoção da saúde dos adolescentes, assim como da realização de sessões educacionais e de atividades paralelas promotoras de *empowerment*, neste grupo populacional, tais como a realização de sessões de atividade física e de registo diário dos progressos, de forma a estimularem o desenvolvimento de competências individuais que lhes permitam tomar decisões autónomas, genuínas, voluntárias e conscientes face à sua saúde. É como base nesta evidência que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve planear e desenvolver as intervenções de enfermagem com os adolescentes nas escolas. A evidência científica constitui um pré-requisito para a excelência, segurança e otimização dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Intervenções, Enfermagem, *Empowerment*, Adolescentes, Escolas.

ABSTRACT

This report is part of the 2nd Masters in Community Nursing and supports the latter. Its aim is to enhance the various community nursing interventions which were developed within the apprenticeship that took place at the Public Health Unit belonging to the Health Center Group of *Médio Tejo II*. The afore mentioned apprenticeship's aim was to develop knowledge and skills pertaining the Master's Degree, specializing in community nursing.

A community nursing project was developed within a group of 41 8th grade adolescents from Jácome Ratton Secondary School in Tomar. The aim was to promote this population group's empowerment within the range of health promotion. The main strategies which were applied pertained health education and creating healthy environments resorting to the *empowerment* Theory.

We aimed to include the clinical practice of nursing based on evidence by resorting to the scientific method of Systematic Literature Revision. Therefore, the best evidence was sought in order to promote adolescents empowerment towards the promotion of their own health.

Analysing the articles revealed the importance of using a model/theory within adolescents health promotion. The educational sessions and parallel activities promoting empowerment which were held, were also of utmost importance. An example of this were the physical activity sessions together with daily progress reports, leading to the development of individual skills that allow the teenagers to make autonomous, genuine, voluntary and conscious decisions pertaining their health. It is through such evidence that Community Nursing specialized nurses should plan and develop further nursing interventions with adolescents at schools. The scientific evidence is a prerequisite for excellence, safety and optimization of nursing care.

Key words: Interventions, Nursing, Empowerment, Adolescents, Schools.

INDICE

	p.
INTRODUÇÃO	1
PARTE A – O ESTÁGIO	4
1. – O ENFERMEIRO NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA	5
1.1 – A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA	8
2 – INTEGRAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM O PLANO DE ATIVIDADES	11
3 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	15
PARTE B – O PROJETO DE INTERVENÇÃO	20
1 – CONSTRUIR O CAMINHO NO CONTEXTO DA SAÚDE ESCOLAR: PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS ADOLESCENTES	21
1.1 – OS ADOLESCENTES NA ESCOLA COMO FOCO DA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	21
1.2 – A TEORIA DO <i>EMPOWERMENT</i> COMO ESSENCIAL NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES	26
1.3 – CONSTRUIR O CAMINHO NO CONTEXTO DA SAÚDE ESCOLAR: CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO	31
2 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	39
2.1 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS	42
2.2 – AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE PROMOVEM O <i>EMPOWERMENT</i> DOS ADOLESCENTES NA ESCOLA – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	42
3 - CONCLUSÃO	47
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	57
Anexo I – Projeto de Estágio	58
Anexo II – A Unidade Saúde Pública	88
Anexo III – A equipa da Unidade de Saúde Pública	90
Anexo IV – Programas e Projetos da Unidade de Saúde Pública	92
Anexo V – Apresentação do Projeto de Intervenção à Unidade de Saúde Pública	95
Anexo VI – Promoção da Saúde	116
Anexo VII – Estilo de Vida Saudável	127
Anexo VIII – Alimentação Saudável	146
Anexo IX – Prevenção de Acidentes	158

Anexo X – Higiene Corporal	175
Anexo XI – Educação Sexual	190
Anexo XII – Transformações do Corpo	206
Anexo XIII – Gravidez na Adolescência	214
Anexo XIV – Alcoolismo	228
Anexo XV – Os adolescentes e o Tabaco	243
Anexo XVI – Autorização para a realização do projeto de intervenção na ESJR	245
Anexo XVII – Guiões de Entrevista	247
Anexo XVIII – O que é para ti a Promoção da Saúde?	252
Anexo XIX – Educação para o consumo	254
Anexo XX – Atividade Física	280
Anexo XXI – Saúde Sexual e Reprodutiva	308
Anexo XXII – Escala de Likert	327
Anexo XXIII – Cartazes	330
Anexo XXIV – Grelha de Avaliação dos Cartazes	333
Anexo XXV – Cartaz Vencedor	335
Anexo XXVI – E agora, o que é para ti a Promoção da Saúde?	337
Anexo XXVII – Jogos Populares	339
Anexo XXVIII – Sopas	341
Anexo XXIX – Reciclagem e Água	343
Anexo XXX – Notícia do Projeto de Intervenção no Jornal Cidade de Tomar	345
Anexo XXXI – Registo das atividades desenvolvidas	347
Anexo XXXII – Tabelas do Cruzamento dos Descritores	353
Anexo XXXIII – Fichas de Leitura dos Artigos	355

INDICE DE ESQUEMAS

	p.
Figura Nº 1 – Adaptado do Modelo de Sistemas de Neuman (1995)	30
Figura Nº 2 – Raciocínio Lógico do Protocolo de Pesquisa	41
Figura Nº 3 – Esquema de Análise	46

INDICE DE QUADROS

	p.
Quadro Nº 1 – Apreciação do Grupo populacional – Contexto Intrassistémico	32
Quadro Nº 2 – Apreciação do Grupo populacional – Contexto Intersistémico	32
Quadro Nº 3 – Análise de conteúdo das respostas apresentadas inicialmente à pergunta: “O que é para ti a Promoção da Saúde?, face às variáveis preconizadas no Contexto Intra Sistémico do Modelo Teórico de Betty Neuman.	35
Quadro Nº 4 – Análise de conteúdo das respostas após a participação nas atividades do projeto: “O que é para ti a Promoção da Saúde?, face às variáveis preconizadas no Contexto Intra Sistémico do Modelo Teórico de Betty Neuman	36
Quadro Nº 5 – Indicadores de Processo	38
Quadro Nº 6 - Indicadores de Resultado	38
Quadro Nº 7 – Critérios para a Formulação da Pergunta Formato PI[C]O	39
Quadro Nº 8 – Critérios de Inclusão/Exclusão dos Estudos	40
Quadro Nº 9 – Apresentação das principais conclusões dos estudos selecionados	42

SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ESJR – Escola Secundária Jácome Ratton

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidades Locais de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

Este trabalho de mestrado é o produto final dos últimos meses, que reflete o percurso reflexivo e de aprendizagem crítica, inserido no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, e que serve de suporte para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, tendo por base a Unidade Curricular Estágio II e Relatório. O estágio realizado neste processo formativo decorreu entre os dias 20 de fevereiro de 2012 e 13 de julho do mesmo ano, na Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Médio Tejo II – Zêzere, e teve como guia orientador o projeto de estágio (anexo I). Este processo constituiu o pilar, de uma caminhada a percorrer na aquisição de competências nos cuidados especializados de Enfermagem, na área de especialização do conhecimento em enfermagem comunitária, tendo por referência as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, assim como na aquisição de conhecimentos e capacidades de compreensão, que permitam e constituam a base de desenvolvimentos em contexto de investigação, fundamentais aos detentores do grau de mestre, de acordo com o Dec. Lei nº 74/2006 de 24 de março de 2006.

Perante os desafios que temos que enfrentar diariamente, enquanto enfermeiros na comunidade, torna-se fundamental a aquisição de competências que nos permitam participar na avaliação multicausal, e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas do indivíduo, família, grupo e comunidade, assim como, no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à sua capacitação e empowerment, na consecução de projetos de saúde individual, familiar e coletiva e ao exercício da comunidade (Martins, 2011a).

Sendo a premissa central deste estágio a intervenção na comunidade foi desenvolvido um projeto de intervenção, que apresenta como população alvo os adolescentes do 8ºano de escolaridade da Escola Secundária Jácome Ratton (ESJR), em Tomar, intitulado “Construir o Caminho no contexto da Saúde Escolar – Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nos Adolescentes”. Este surge, pois a promoção da saúde é objeto de debates, tanto na área académica como nas instituições de saúde e educação, em que a principal preocupação é no sentido de estimular nos adolescentes comportamentos e estilos de vida saudáveis (Cavalcante, Alves e Barroso, 2008). De uma forma geral, os sujeitos adotam vários comportamentos que podem constituir fatores de risco para a saúde (Ribeiro e Tapadinhas, 2002). O Plano Nacional de Saúde (PNS) (2012-2016) enfatiza que os estilos de vida são uma das cinco categorias dos determinantes de saúde, salientando que estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas. Os estilos de vida são apontados como o produto da cultura, que é traduzido em herança social (Taylor, 2002 citado por Gonçalves e Carvalho, 2004). Nesta ótica os estilos de vida são, em grande parte, produto de uma construção social e cultural no qual as crianças e adolescentes estão incluídos e têm papel ativo (Ferreira, 2004, citado por Fontes,

2007). Logo, a realização de uma intervenção precoce junto das crianças e adolescentes torna-se fundamental, pois existe a possibilidade de uma grande parte dos hábitos dos adultos serem desencadeados durante a adolescência (Direção Geral de Saúde (DGS). Programa Nacional de Saúde dos Jovens, 2006/2010), nomeadamente o tabagismo, a diminuição da atividade e a má nutrição que podem em última instância conduzir a uma fraca saúde na idade adulta (Stanhope e Lancaster, 2011).

Este projeto de intervenção inserido no Programa de Saúde Escolar da USP do ACES do Médio Tejo II – Zêzere tem por base o Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2006) que assenta na “área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde” (Plano de Atividades para o Biénio, 2011). Atualmente é impossível abordar a promoção da saúde sem a criação de atividades de promoção em saúde, fortemente influenciadas pela Teoria do *Empowerment* (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005). A importância desta teoria na promoção da saúde tem vindo a ser confirmada por numerosos estudos (Hohn, 1997 citado por Rodrigues, et al, 2005). Nesta vertente foi aplicada a Teoria do *Empowerment* no decorrer deste projeto de intervenção. A Teoria do *Empowerment*, quando aplicada às atividades de promoção da saúde visa tornar os adolescentes, “cada vez mais capazes de tomarem decisões sobre as suas vidas, tendo em vista estilos de vida saudáveis” (Rodrigues, et al, 2005).

O desenvolvimento deste projeto de intervenção tem como referencial teórico o Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman, considerando os adolescentes do 8ºano de escolaridade da ESJR um sistema dinâmico em constante interação com o ambiente que os rodeiam, sendo fortemente influenciado por este, numa busca constante de equilíbrio (Neuman, 1995).

Este trabalho de mestrado, que assumiu a forma de relatório, é um trabalho de descrição e de reflexão fundamentada acerca das intervenções de enfermagem comunitária desenvolvidas no decorrer do estágio. Para o efeito, foi realizado no sentido de perspetivar todo o processo de estágio, dando visibilidade à intervenção de enfermagem efetuada, contendo uma reflexão crítica no sentido de demonstrar o desenvolvimento construtivo alcançado e o conhecimento mais atualizado acerca da temática apresentada. Para o desenvolvimento das competências no âmbito da Prática de Enfermagem Baseada na Evidência recorreu-se à Revisão Sistemática da Literatura (RSL). Para Baixinho (2008: 80), “a revisão sistemática permite combinar vários estudos para explorar a mesma pergunta de investigação, localizando, avaliando e sintetizando as evidências de estudos científicos”. Nesta perspetiva a “busca de evidência requer adequada definição da pergunta de pesquisa e criação de estrutura lógica para a busca bibliográfica de evidências na literatura, que facilitam e maximizam o alcance da pesquisa” (Santos, Pimenta e Nobre, 2007).

Atendendo a esta perspetiva, para o trabalho de mestrado apresentado foram traçados os seguintes objetivos:

- ✓ Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica indicada;

- ✓ Fundamentar a singularidade da adolescência nas intervenções de enfermagem e a suscetibilidade de mudança com recurso à RSL;
- ✓ Inventariar os recursos necessários às intervenções de enfermagem comunitária com os adolescentes, baseada na evidência;
- ✓ Fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- ✓ Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem comunitária, produtoras de resultados sensíveis, nos adolescentes.

No que se refere à estrutura deste trabalho encontra-se estruturado em 2 grandes capítulos. O primeiro corresponde às atividades desenvolvidas ao longo do estágio. O segundo integra o desenvolvimento do constructo teórico, a implementação do projeto de intervenção, terminando com uma análise crítica das intervenções de enfermagem, que promovem o *empowerment* dos adolescentes na escola, à luz da evidência científica, seguida de uma conclusão. Para a redação deste relatório foram utilizadas as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos (2012), da Escola Superior de Saúde de Santarém, assim como o Documento Orientador à Elaboração do Relatório – Obtenção do Grau de Mestre (2011).

PARTE A – O ESTÁGIO

1. – O ENFERMEIRO NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

A Saúde Pública visa promover a saúde, prevenir a doença e a morte prematura (ALMEIDA, 2010). É a “ciência e arte de prevenir a doença, prolongando a vida e promovendo a saúde e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade” (Turnock, 1997, citado por Stanhope e Lancaster, 2011: 1126). De acordo com Institute of Medicine (1988), a saúde pública não é um ramo da medicina, mas uma abordagem comunitária organizada, concebida para prevenir a doença, promover a saúde e proteger as populações (Stanhope e Lancaster, 2011).

É em 2008 com a publicação do Dec. Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008, que criou os ACeS e conseqüentemente um nível intermédio de serviços de saúde pública, correspondente às USP.

“A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, 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.” (Dec. Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008)

Vários foram os fatores que conduziram à necessidade de reforçar a capacidade de atuação dos serviços de saúde pública, nomeadamente as condições ambientais e a alteração dos estilos de vida das populações, no sentido de responder aos desafios e satisfação das necessidades de uma população cada vez mais informada e exigente. Neste sentido, surge em 2009 o Dec. Lei nº 81/2009 de 2 de abril de 2009, que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sediados a nível nacional, regional e local.

No que se refere à organização as funções operativas do serviço de saúde pública de área de intervenção regional são exercidas no departamento de saúde pública de cada Administração Regional de Saúde (ARS). As funções operativas do serviço de saúde pública de âmbito local são exercidas nas USP dos ACeS e nas Unidades Locais de Saúde (ULS).

Cada USP tem como missão primordial proteger e elevar o estado de saúde de toda a população residente na área geográfica do ACeS, em que se insere. Possui autonomia organizativa e técnica, assumindo uma estrutura organizacional flexível permitindo a necessária adequação às especificidades geodemográficas. Em cada USP é elaborado um plano de ação contendo a missão, valores e visão, a estrutura orgânica e o funcionamento, o modelo de gestão do sistema de informação, áreas de atuação e níveis de responsabilização dos diferentes grupos de profissionais que integram a equipa, carta de qualidade e regras gerais para a formação contínua dos profissionais, submetendo-o à aprovação do diretor executivo (Dec. Lei nº 81/2009 de 2 de abril de 2009).

Neste sentido, o seu contributo para a obtenção dos ganhos em saúde, cada USP tem como responsabilidade desenvolver as seguintes competências:

- a) Identificar necessidades de saúde da população residente na área geográfica do ACeS a que pertence;
- b) Monitorizar o estado de saúde da população dessa e seus determinantes;
- c) Promover a investigação e a vigilância epidemiológicas;
- d) Avaliar o impacto das várias intervenções em saúde;
- e) Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- f) Participar na execução das atividades dos programas descritos na alínea anterior, no que respeita aos determinantes globais da saúde ao nível dos comportamentos e do ambiente;
- g) Promover e participar na formação pré -graduada e pós -graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram.

A nível local, as USP devem garantir a funcionalidade do sistema e circuitos de informação, bem como a articulação com as outras unidades funcionais dos ACeS, nomeadamente as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), e dos hospitais de referência da sua área geodemográfica. Consideram-se requisitos essenciais e prévios à constituição e implementação de uma USP, ao assumir compromissos com o ACeS, o conhecimento da realidade populacional de cada ACES, em que se insere. Neste sentido, a USP deve assumir e trabalhar uma carteira de serviços nas seis áreas seguintes:

- a) Função de Observatório Local de Saúde
- b) Elaboração da proposta do Plano Local de Saúde
- c) Vigilância Epidemiológica dos fenómenos de saúde e de doença e controlo das emergências em saúde pública
- d) Gestão e participação na execução de programas e projetos de proteção e promoção da saúde
- e) Funções de Autoridade de saúde
- f) Formação contínua e formação pré e pós graduada

O desenvolvimento adequado dos programas da USP requer a participação dos diversos profissionais das diferentes unidades funcionais do ACeS, assim como a participação dos cidadãos e das estruturas representativas.

A equipa de profissionais da USP é constituída por médicos de saúde pública (1 por cada 25000 habitantes), enfermeiros especialistas na área de enfermagem comunitária (1 por cada 30000 habitantes) e técnicos de saúde ambiental (1 por 15000 habitantes), integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados

necessários na área da saúde pública (Dec. Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008; Dec. Lei nº 81/2009 de 2 de abril de 2009).

O enfermeiro especialista na área de enfermagem comunitária ocupa um lugar privilegiado na equipa de profissionais da USP. De acordo com Stanhope e Lancaster (2011: 1128) “os enfermeiros de saúde pública fazem uma diferença significativa ao melhorarem a saúde de uma comunidade, através da monitorização e apreciação de indicadores críticos de saúde, tais como taxas de vacinação, de mortalidade infantil e de doenças transmissíveis”.

De acordo com o Regulamento nº128/2011, de 18 de fevereiro de 2011, ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são-lhe atribuídas determinadas competências, as quais podem ser desenvolvidas numa USP. Se efetuarmos um paralelismo entre as competências específicas desse enfermeiro, e as seis áreas da carteira de serviços que a USP deve trabalhar, verificamos que o enfermeiro, dentro da equipa multidisciplinar da USP, é um elemento chave. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

- a) “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;”

É da responsabilidade da USP a Elaboração da Proposta do Plano Local de Saúde para ser apresentada ao ACeS, sendo que os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública detêm competências específicas próprias na área do Planeamento em Saúde.

- b) “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;”
- c) “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;”

Cabe à USP a Gestão e Participação na Execução de Programas e Projetos de Proteção e Promoção da Saúde que contribuem para o processo de capacitação da população abrangida, com grande hipótese de terem impacto positivo na saúde dessa população. Estes programas inscrevem-se no quadro dos planos nacionais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde escolar e saúde oral, áreas em que o onde o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve as competências adquiridas.

- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

A vigilância epidemiológica consiste na recolha sistemática e contínua, análise, interpretação e difusão periódica de informação de saúde (Stanhope e Lancaster, 2011), contribuindo para a função de Observatório. Na USP os enfermeiros cooperam na vigilância epidemiológica, nomeadamente na monitorização do Programa Nacional de Vacinação e as doenças evitáveis pela vacinação.

1.1 – A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

A USP onde decorreu o estágio, (anexo II) com sede em Constância, tem como área geográfica de intervenção, os concelhos de Abrantes, Barquinha, Constância, Ferreira do Zêzere,

Mação, Sardoal, e Tomar. Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de abrangência que são cerca de 111276 pessoas residentes nesses concelhos (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011). É constituída por dois médicos, sendo um deles o coordenador da USP, que é também, o delegado de saúde, 3 enfermeiros especialistas na área de enfermagem comunitária, 1 enfermeiro especialista na área de saúde materna e obstetria, 6 técnicos de saúde ambiental e 2 higienistas orais (anexo III).

De acordo com o Plano de Ação para o biénio 2011 da USP para criar o espírito de grupo e de ACeS foram atribuídas áreas de responsabilidade a todos os elementos da USP. Atendendo às áreas que competem à USP, foi proposto uma carteira de serviços a adotar e foram discutidos e aprovados os seguintes programas e projetos, sendo cada um deles da responsabilidade de cada elemento que constitui a USP: Programa de Vigilância Sanitária das Águas de Consumo Humano, Piscinas e Zonas Balneares; Programa de Vacinação; Programa de Saúde Escolar; Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde dos Estabelecimentos de Ensino; Promoção da Saúde e Prevenção Primária das Doenças Orais; Referenciação em Saúde Oral; Vigilância das Condições Higió-Sanitárias das Clínicas e Consultórios de Medicina Dentária; Vigilância Sanitária dos Estabelecimentos Comerciais; Vigilância Sanitária dos Estabelecimentos Comerciais; Vigilância Sanitária de Estabelecimentos de Restauração e Bebidas; Gestão de Resíduos Hospitalares; Saúde ocupacional Interna e Externa; Promoção da Saúde; Rastreamento do Cancro do Colo do Útero; Põe-te na linha: Projeto de combate à obesidade.

Na USP foi ainda, identificada a necessidade da criação de um Observatório de Saúde, de forma a desenvolver atividades de planeamento em saúde, de promoção e proteção da saúde, incluindo a avaliação do impacto em saúde, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de saúde pública, adequado à realidade desta área geográfica e “baseado nos problemas de saúde que venham a ser identificados e listados, de acordo com a importância relativa que lhes venha a ser atribuída” (Plano de Atividades para o Biénio 2011).

No desenvolvimento das suas áreas de intervenção a USP trabalha em articulação com as diferentes unidades funcionais pertencentes ao ACeS, com a participação integrada dos seus profissionais e a partilha dos sistemas de informação. Como exemplo desta articulação podemos indicar o tratamento que a USP efetua dos dados dos Exames Globais de Saúde das crianças em idades chave (aos 6 e 13 anos), através das fichas de ligação para a Saúde Escolar. Estas fichas são preenchidas pelos enfermeiros que prestam cuidados a estes grupos populacionais, quer nas USF, quer nas UCSP, que são posteriormente enviadas à USP, para deteção dos problemas de saúde, nomeadamente as ações de deteção, encaminhamento e tratamento de baixa visão e audição.

Neste contexto, importa aqui realçar o Programa de Saúde Escolar da USP. Os outros programas e projetos serão apresentados em anexo (anexo IV).

Programa de Saúde Escolar da USP

O Programa de Saúde Escolar da USP assenta no PNSE, pois a “maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, podem ser prevenidos ou significativamente reduzidos através de Programas de Saúde Escolar efetivos” (PNSE, 2006).

O Programa de Saúde Escolar da USP ao nível local desenvolve o seu trabalho em parceria com as escolas numa metodologia de projeto e numa abordagem salutogénica da promoção da saúde (Plano de Atividades para o Biénio, 2011). Destina-se a toda a comunidade educativa (educadores de infância, professores, auxiliares de ação educativa, alunos, pais e encarregados de educação) dos diferentes níveis de ensino e instituições com intervenção na população escolar. Apresenta como finalidades:

- ✓ Apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades Especiais de Saúde e Educativas Especiais;
- ✓ Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- ✓ Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- ✓ Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis;
- ✓ Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras de saúde.

As estratégias do Programa de Saúde Escolar assentam na área da melhoria da saúde das crianças e jovens e da restante comunidade educativa, com atividades que assentam em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde (Plano de Atividades para o Biénio, 2011).

Na sociedade atual, devido a diversos fatores socio culturais e económicos, as crianças e os adolescentes encontram-se grande parte do dia na escola, pelo que a realidade da saúde escolar teve que se modificar, adequando-se às necessidades existentes. Neste sentido, surgiu a necessidade de refazer as abordagens nas áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis (Saúde mental, Saúde oral, Alimentação saudável, Atividade física, Ambiente e saúde, Promoção da segurança e prevenção de acidentes, Saúde sexual e reprodutiva e Educação para o consumo) e da prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco (Plano de Atividades para o Biénio, 2011).

Neste sentido, e de acordo com o PNSE o coordenador do Programa de Saúde Escolar delineou os seguintes objetivos:

1. Contribuir para o desenvolvimento do PNSE de acordo com o plano de ação apresentado pela USP.
2. Desenvolver os instrumentos necessários para monitorizar o desenvolvimento do PNSE.
3. Monitorizar e avaliar o PNSE de acordo com o plano de ação apresentado pela USP.

De acordo com estas linhas orientadoras do Programa de Saúde Escolar da USP, desenvolveram-se as atividades do projeto de intervenção: “Construir o Caminho – Promoção de Estilos de Vida Saudáveis”, que irão ser descritas neste relatório. Foi tomada a decisão de realizar este estágio na USP e desenvolver, grande parte das atividades decorrentes do mesmo, à luz do Programa de Saúde Escolar da USP, pois é um programa que se enquadra num dos planos

nacionais de saúde, e que contribui para o processo de capacitação de um determinado grupo populacional. Por outro lado, neste programa o enfermeiro, também pode cooperar na vigilância epidemiológica. Neste sentido, o Programa de Saúde Escolar da USP revelou ser o contexto ideal para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

2 – INTEGRAÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM O PLANO DE ATIVIDADES

O processo de integração dos enfermeiros deve ser encarado como um processo de mudança, em direção à sua valorização pessoal e profissional, em que o sucesso deste passa por um programa bem definido e estruturado (Frederico e Leitão, 1999 citado por Ferreira, 2008). Corroborando com esta ideia Chiavenato (1987) acrescenta que do processo de integração fazem parte os aspectos referentes à “transmissão de conhecimentos específicos relativamente ao trabalho, atitudes relativas aos aspectos da organização e do ambiente e desenvolvimento de habilidades” (Ferreira, 2008: 132). Nesta ótica, e de forma a compreender a estrutura orgânica e funcional da USP consequentemente integrar a sua equipa multidisciplinar foram mobilizados documentos fundamentais neste contexto, nomeadamente o Plano de Ação da USP, o PNS (2012-2016), o PNSE (2006), a Plataforma Contra a Obesidade, e ainda documentos e reflexões no âmbito da Promoção da Saúde. Estas atividades foram a rampa de lançamento, para se integrar em alguns dos programas/projetos, já que a integração é um “ processo de introdução e aculturação (...) às práticas e filosofias predominantes da organização (...) ” (Laselva et al, 2003, citado por Ferreira, 2008).

Reuniões Semanais da Equipa da USP

A equipa multidisciplinar da USP reúne todas as terças-feiras no período da tarde, com o objetivo principal de discutir o desenvolvimento de cada um dos projetos da USP, fazendo o ponto da situação dos mesmos. Nestas reuniões foi possível a apresentação do Projeto de Estágio e consequentemente Projeto de Intervenção (anexo V), atividade facilitadora do processo de integração na equipa multidisciplinar da USP.

Dando continuidade a este processo de integração, e de forma a compreender a dinâmica da USP surgiu a necessidade de se integrar na organização dos cuidados desenvolvidos em contexto de cuidados de saúde primários. Desta forma, foi importante perceber os programas e a dinâmica da UCSP. Considerando-se as etapas do Ciclo da Vida definidas no PNS, foram desenvolvidas algumas atividades de acordo com os programas da UCSP.

Nascer com Saúde

Esta etapa engloba a saúde da grávida desde a concepção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e recém-nascido até aos 28 dias de vida (PNS 2012-2016). Neste sentido e no âmbito do Programa de Saúde Materna foram realizadas intervenções de enfermagem que incluíram a avaliação do desenvolvimento ponderal da mulher grávida, assim como a avaliação dos sinais vitais, teste rápido à urina, para despistar a presença de alguma infeção e ainda atividades de promoção da saúde, utilizando como estratégia a educação para a saúde. A

educação para a saúde na vigilância pré-natal é cada vez mais importante na enfermagem, “uma vez que, através dela, se pretende promover o nascimento de uma criança saudável, manter a saúde da grávida e facilitar as vivências da gravidez como experiência gratificante para o casal e para a família de acordo com o contexto sociocultural” (Martins, 2011b: 37).

Crescer com Segurança

Etapa dos 28 dias de vida aos 10 anos e respeita vários períodos críticos: primeiro ano de vida; idade pré-escolar, até aos 6 anos; idade escolar, dos 6 aos 10 anos (PNS 2012-2016). Tendo em conta esta etapa surgem as intervenções de enfermagem no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil, em que foi possível a realização de atividades de promoção da saúde, com recurso à educação para a saúde, como estratégia. Foi mobilizado na literatura de suporte o Programa-Tipo de Atuação na Saúde Infantil e Juvenil, (2005) da DGS, tendo efetuado os registos dos parâmetros avaliados, no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, assim como o preenchimento das fichas de ligação dos Exames Globais de Saúde nas idades-chave (5-6 anos). Estas por sua vez eram enviadas à USP, e os dados daí retirados eram tratados de forma a se obter a informação acerca do estado de saúde dessas crianças. É importante salientar que este programa foi, em abril de 2013 substituído pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, no qual, mantendo a estrutura preexistente foram introduzidas diversas modificações, das quais saliento a alteração na cronologia das consultas de referência nas idades-chave da vigilância (DGS. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013).

As intervenções da vigilância em Saúde Infantil e Juvenil visam a concretização de um vasto conjunto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população. Desta forma, deve-se, entre outras atividades, avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos, estimular a opção por comportamentos promotores de saúde, detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou a qualidade de vidas das crianças. É indiscutível o impacto das ações de vigilância da Saúde Infantil e Juvenil pertinentes e de qualidade, pois a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é um imperativo para os profissionais (DGS. Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil, 2013).

Ainda nesta etapa do ciclo da vida teve oportunidade de acompanhar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (2012), tendo entrado em vigor a 1 de janeiro de 2012. A vacinação, além da proteção individual, traz também benefícios para a comunidade.

Juventude à Procura de um Futuro Saudável

Etapa dos 10 aos 24 anos engloba a adolescência, desde a puberdade até aos 20 anos e a juventude, dos 15 aos 24 anos, em que a infância e adolescência são períodos privilegiados para a aquisição de comportamentos saudáveis (PNS 2012-2016). No sentido de dar resposta a esta etapa do ciclo da vida continuou a desenvolver intervenções de enfermagem no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil, nomeadamente o preenchimento das fichas de ligação dos Exames Globais de Saúde nas idades-chave (11-13 anos). É de salientar que no decorrer do estágio o

programa que se encontrava em vigor era o Programa-Tipo de Atuação na Saúde Infantil e Juvenil de 2005. Foi ainda possível a realização de atividades de promoção da saúde, com recurso à educação para a saúde, no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis.

Uma Vida Adulta Produtiva

Compreende o período dos 25 anos aos 64 anos (PNS 2012-2016), e os seguintes programas em que teve a possibilidade de desenvolver intervenções de enfermagem, enquadraram-se nesta etapa.

As atividades de planeamento familiar são parte integrante dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), constituindo uma componente fundamental da prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva. A consulta de planeamento familiar deve assegurar, também outras atividades de promoção da saúde, tais como: informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das doenças sexualmente transmissíveis, do cancro do colo de útero e da mama, e prestação de cuidados anticoncecionais e no puerpério, com o objetivo de promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura e melhorar a saúde e o bem-estar da família (DGS. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar, 2008). Neste sentido, surge a consulta de planeamento familiar na UCSP onde pode participar nas intervenções de enfermagem à mulher, sujeita ao rastreio do cancro do colo de útero, contribuindo para o alcance do objetivo do projeto da USP, Rastreio do Cancro do Colo do Útero. Acompanhou, também as atividades de promoção da saúde onde se fornecia a informação completa, isenta e com fundamento científico sobre os métodos contraceptivos e sua distribuição.

Outra das atividades de enfermagem que se desenvolveu foi a consulta de enfermagem aos grupos de hipertensos, tanto no âmbito da vigilância da tensão arterial, de acordo com a Circular Normativa da DGS, assim como, na promoção da saúde, e importância da promoção de estilos de vida saudáveis. Esta consulta surge pois de acordo com a DGS, cerca de 17% da população portuguesa refere ser hipertensa, em que Portugal é o país da União Europeia com a mais elevada taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral, favorecida pela alta prevalência da hipertensão arterial. Nesta ótica o controlo da hipertensão arterial, e a promoção de estilos de vida saudáveis, assume em Portugal, uma particular importância (DGS. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006). Em 2012 iniciou-se o processo de reformulação e atualização deste programa que se passará a designar Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (DGS, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, 2012), pois a “hipertensão arterial merece uma particular relevância, pela sua elevada prevalência na população portuguesa e pelo fato dos estudos epidemiológicos publicados demonstrarem um insuficiente controlo, fato que poderá refletir-se na anormal incidência de acidente vascular cerebral”.

Ao nível local, na UCSP é desenvolvido o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, (2008) da DGS, através da consulta aos grupos de diabéticos, na qual desenvolveu atividades de enfermagem quer ao nível do controlo da glicémia capilar, quer na promoção de estilos de vida saudáveis de acordo com as orientações programáticas deste programa. A

diabetes assumiu um papel significativo nas causas de morte. No ano de 2010, a prevalência da diabetes em Portugal atingiu 12,4% da população com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos.

Envelhecimento Ativo

Esta etapa corresponde a idades superiores a 65 anos, sendo que é caracterizada por um grupo muito heterogéneo, que pode ir desde o idoso ativo, até ao idoso com patologia crónica e dependente, ou com mais de 85 anos (PNS 2012-2016). Na prestação de cuidados de enfermagem ao idoso com patologia crónica e dependente efetuaram-se visitas domiciliárias, com a enfermeira orientadora, para realização de tratamentos, mas também para a realização de atividades de promoção da saúde. A visita domiciliária é considerada mais do que um contexto alternativo de prestação de cuidados, é sim uma intervenção (Stanhope e Lancaster, 2011). Para a realização de visitas domiciliárias eficazes, e com sucesso, é necessário que o enfermeiro comunitário esteja dotado de certas competências que são fundamentais: observação, escuta, capacidades de diagnóstico e de avaliação, comunicação eficaz, questionamento, reformulação e incitamento, flexibilidade e pensamento crítico. A construção de uma relação de confiança entre o enfermeiro comunitário e a família é fundamental neste processo. (Rice, 2004; Stanhope e Lancaster, 2011). As intervenções de enfermagem realizadas em casa das famílias reúnem um conjunto de vantagens: conveniência da família, controlo da família no seu ambiente, existência de um ambiente natural e relaxado para a discussão de preocupações e necessidades, capacidade de individualizar os cuidados à família (Stanhope e Lancaster, 2011). Esta intervenção de enfermagem foi uma oportunidade de desenvolver as competências supra citadas, que são também, indispensáveis ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Contribuiu, também para o processo de capacitação deste grupo.

A realização de todo este conjunto de atividades, em múltiplos contextos integrados na realidade de uma UCSP proporcionou a construção de uma base sustentada, que veio a revelar-se um bom alicerce e conseqüentemente a rampa de lançamento para o desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem comunitária.

3 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

De forma a desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária integrou-se alguns programas e projetos da carteira de serviços da USP onde foram realizadas atividades que possibilitaram a construção de competências no âmbito da enfermagem comunitária.

Programa de Saúde Escolar

De acordo com as orientações do PNSE o desafio que se coloca aos profissionais de saúde “é o desenvolvimento e a utilização de abordagens inovadoras do ensino e aprendizagem, para agirem de forma ativa nos domínios da promoção da saúde na escola, tendo sempre em conta o papel dos próprios alunos na implementação da mesma” (2006: 22). Foi nesta linha de pensamento que foi desenvolvida a atividade “Promoção da Saúde” (anexo VI), por convite da coordenadora do Projeto Educação para Saúde da ESJR, na biblioteca desta escola, para toda a comunidade educativa.

Na ótica que os estilos de vida são, em grande parte, produto de uma construção social e cultural no qual as crianças estão incluídas e têm papel ativo (Ferreira, 2004, citado por Fontes, 2007), desenvolveu-se a atividade de promoção da saúde “Estilo de Vida Saudável” (anexo VII), às crianças do estabelecimento do Jardim de Infância.

No contexto da intervenção de Saúde Escolar uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis é a Alimentação Saudável (PNSE, 2006). A alimentação saudável entre muitas outras funções, assegura a sobrevivência do ser humano, fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo, contribui para a manutenção do nosso estado de saúde físico e mental, desempenha um papel fundamental na prevenção de certas doenças (exemplo: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipo de cancro), contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes (Candeias et al, 2005). Nesta ótica desenvolveu-se a atividade “Alimentação Saudável”, (anexo VIII), às crianças dos estabelecimentos do Jardim de Infância e do 1º ciclo do Ensino Básico, tendo como referencial o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (2012) da DGS. Este programa apresenta como finalidade melhorar o estado nutricional da população.

Tendo em conta que a promoção da segurança e prevenção de acidentes, é outra das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis, desenvolveu-se atividades de promoção da saúde no âmbito da “Prevenção de Acidentes”, (Anexo IX), às crianças dos estabelecimentos do Jardim de Infância e do 1º ciclo do Ensino Básico. O sistema ADELIA (Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada) coordenado pelo Departamento de Epidemiologia do Dr. Ricardo Jorge é um sistema de recolha e análise de dados sobre acidentes domésticos e de lazer que implicaram recurso às urgências de unidades de saúde do SNS. Tendo

em conta o último relatório 2006-2008 os locais de ocorrência mais assinalados são a “casa” e a “escola/instituições”. A proporção de acidentes ocorridos em “casa” manteve valores acima dos 50% nos anos analisados, nos grupos etários 0-4. Por outro lado, os acidentes ocorridos na “escola/instituição”, mostraram uma percentagem mais elevada, em todos os anos, nos grupos etários que englobam as idades dos 5 aos 19 anos, mantendo-se acima dos 50% no grupo etário dos 10-14 anos (Contreiras, Rodrigues e Nunes, 2010).

Ainda no âmbito da promoção da saúde foi desenvolvida a atividade “Higiene Corporal”, (anexo X), às crianças que frequentam os estabelecimentos de ensino do Jardim de Infância e do 1º ciclo do Ensino Básico. A pertinência desta atividade prende-se com o facto de que as crianças em idade pré-escolar e escolar contactam com outras crianças, o que aumenta a exposição a vírus e bactérias (Stanhope e Lancaster, 2011). Desta forma, a higiene corporal é uma das melhores formas de promover a saúde, tendo sido abordados os aspetos relacionados com a lavagem das mãos e os cuidados a ter com os cabelos, entre outros. O enfermeiro de saúde pública identifica as necessidades da comunidade, como por exemplo a importância da lavagem das mãos e desenvolve e implementa atividades educativas. Também é da responsabilidade do enfermeiro escolar ensinar as crianças a evitarem piolhos e a tratarem casos de infestação (Stanhope e Lancaster, 2011).

De acordo com a LEI 60/2009 de 6 de agosto, a educação sexual no ensino básico deve ser integrada nas áreas curriculares não disciplinares, com o devido acompanhamento dos profissionais de saúde das unidades de saúde. Nesta sequência surge a Portaria nº 196-A/2010 de 9 de abril de 2010, que estabelece um conjunto de princípios e regras da concretização da educação sexual em meio escolar, que deve ser apoiada pelos profissionais da USP: “a educação sexual é apoiada ao nível local pela unidade de saúde pública competente no âmbito da atividade de saúde escolar”. Neste sentido outra das áreas abordadas nas atividades de promoção da saúde, nas escolas, foi a “Educação Sexual” (anexo XI), aos terceiros anos do 1º ciclo do ensino básico. De acordo com a legislação em vigor foram desenvolvidos temas, para que as crianças compreendessem a necessidade de proteger o próprio corpo e de se defender de eventuais aproximações abusivas.

Às crianças dos 6ºanos de escolaridade, e com idades compreendidas entre os 10-11 anos, realizou-se a atividade “Transformações do Corpo” (anexo XII). Estas alterações físicas que acontecem na vida dos rapazes e das raparigas, designadas por puberdade, marcam o início de uma etapa das suas vidas, muito importante, a adolescência. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biopsicossocial, delimitada pela faixa etária de 10 a 19 anos que, em geral, se inicia com as mudanças corporais da puberdade. De acordo com Fonseca (2012: 24) “os primeiros anos da adolescência não são fáceis para a maioria dos jovens”, pelo que é importante ajudá-los a entender o que se está a “passar com o seu corpo, quais as mudanças que se preveem a curto e médio prazo e, essencialmente, ajudá-lo a integrar essas mudanças e a viver com elas de uma maneira confortável” (2012: 33).

Com a chegada da adolescência, outras preocupações inquietam os enfermeiros. “A gravidez na adolescência tem preocupado os profissionais de saúde do mundo inteiro especialmente pelas implicações biológicas e psicossociais para a mãe adolescente e para o seu filho” (Leal, 2006: 11). Segundo dados do INE, a Taxa de fecundidade da faixa etária dos 15 aos 19 anos no ano de 2006 foi de 17,0‰ (Leal, 2006). Desenvolveu-se uma atividade de educação para a saúde “Gravidez na Adolescência” (anexo XIII), com os alunos dos oitavos e nonos anos do 3º ciclo do ensino básico, tendo em conta esta problemática.

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, nas áreas prioritárias da prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco são o consumo de substâncias, tal como o álcool. O nosso país, de entre os países-membros da União Europeia apresenta um dos maiores consumos de bebidas alcoólicas e de problemas relacionados ao álcool. Estes atingem não só o consumidor, mas também a família e a coletividade em geral. No indivíduo o consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas acaba por determinar um estado de dependência ao álcool. Na sociedade, são exemplo dos problemas ligados ao álcool a condução rodoviária, a criminalidade, a patologia laboral, as perturbações familiares e os seus efeitos sobre a criança (Mello, Barrias e Meda, 2001). Relativamente à problemática do alcoolismo nos adolescentes, vários têm sido os estudos realizados nesta área, (quer estudos da OMS, em que Portugal também participa, quer os Inquéritos Nacionais em Meio Escolar), pois a prevalência do uso e abuso de álcool na adolescência, assim como os problemas que advêm desta problemática são uma preocupação ao nível da saúde pública (Vilela, Macho e Almeida, 2011). Nos adolescentes o alcoolismo está associado às principais causas de mortalidade (acidentes, suicídio e homicídio), aumenta a probabilidade de contrair doenças sexualmente transmissíveis, de gravidez e de baixo rendimento escolar (Grunbaum et al, 2002, citado por Vilela, et al, 2011). A adolescência é um período crítico na vida de cada indivíduo, e é nessa fase que o jovem vivencia descobertas significativas, afirma a sua personalidade e individualidade. O grupo de amigos atinge a máxima importância social, e os conflitos familiares atingem o pico. É principalmente neste período de crise que as drogas entram nas suas vidas (Cavalcante, et al, 2008). Neste contexto, vários são os fatores que influenciam o adolescente a consumir álcool, nomeadamente o grupo de pares e o contexto sociofamiliar (Deas e Thomas, 2002 citado por Vilela, et al, 2011). Nesta perspetiva foi possível desenvolver a atividade de promoção da saúde “Alcoolismo” (anexo XIV), aos oitavos e nonos anos do 3º ciclo do ensino básico.

Ainda, no Programa de Saúde Escolar da USP colaborou-se, com os diferentes elementos que constituem a equipa da USP, na construção de um jogo educativo que foi desenvolvido na Semana da Criança e do Ambiente, entre o dia 1 e 6 de junho de 2012, organizado pela Câmara Municipal de Tomar. O jogo, ao qual se deu o nome, designou-se “Estilos de Vida Saudáveis”, abordando os seguintes temas: Higiene Corporal, Alimentação Saudável, Atividade Física, Higiene Oral, Água e Reciclagem. Neste jogo participaram todas as crianças que frequentam os estabelecimentos do jardim-escola e do 1º ciclo do ensino básico, público e privado, pertencentes ao concelho de Tomar.

Projeto de Combate à Obesidade: Põe-te na Linha

Às quartas-feiras de quinze em quinze dias eram organizados grupos de interajuda, com os adolescentes participantes do projeto. Este grupo era constituído por enfermeiros, nutricionista, psicóloga e professora de educação física. Participar nesta equipa multidisciplinar foi mais uma oportunidade para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, nomeadamente na contribuição para o processo de capacitação deste grupo de adolescentes, nas questões relacionadas com uma alimentação saudável. Este projeto inicialmente assente na Plataforma Contra a Obesidade, pode, desde janeiro de 2012, orientar as suas atividades de acordo com as orientações programáticas do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (2012) da DGS, um dos oito programas prioritários desenvolvidos pela DGS. “Um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças, mais prevalente a nível nacional (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade)” (DGS. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável, 2012).

Projeto Gestão de Resíduos Hospitalares

As atividades que teve a oportunidade de acompanhar no Projeto Gestão de Resíduos Hospitalares prendem-se com a resolução de problemas pontuais no que diz respeito à triagem, recolha transporte e armazenamento dos resíduos hospitalares, fazendo cumprir o Manual de Procedimentos de Gestão de Resíduos Hospitalares no ACES do Médio Tejo II – Zêzere.

Com espírito crítico e com o objetivo de participar na gestão da qualidade, nas visitas domiciliárias que realizou deparou-se com situações em que não estavam a ser cumpridas as normas do Manual de Procedimentos de Gestão de Resíduos Hospitalares no ACeS do Médio Tejo II – Zêzere. Tentou-se perceber os motivos pelos quais essas situações aconteciam. Deparou-se com problemas relacionados com os recursos humanos (falta de motoristas para a recolha desses resíduos) e recursos financeiros (carrinhas insuficientes para a otimização da recolha desses resíduos). Esta situação foi reportada à Coordenadora do projeto que é, também a enfermeira orientadora neste estágio.

Promoção da Saúde

Sendo a pedra basilar do projeto Promoção da Saúde a divulgação de estratégias de promoção da saúde, à população da área de influência do ACeS realizou-se um artigo para publicação nos jornais locais, dando ênfase à USP e à Promoção da Saúde: “Os Adolescentes e o Tabaco” (anexo XV).

Programa da Saúde e Prevenção Primária das Doenças Orais

No Programa da Saúde e Prevenção Primária das Doenças Orais, que assenta Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, (2005) da DGS, colaborou com a enfermeira orientadora na distribuição do suplemento de flúor, pelos diferentes estabelecimentos de ensino, assim como nos certificamos da sua administração às crianças. Colaborou nas atividades de promoção da saúde

no âmbito da “Saúde Oral”, às crianças dos estabelecimentos do Jardim de Infância e 1º ciclo do ensino básico, no sentido melhorar os conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral nas, sendo umas das finalidades do referido programa.

Projeto: Vigilância das Condições Higio-Sanitárias dos Consultórios e Clínicas Dentárias

Com o objetivo de perceber o trabalho desenvolvido por outros elementos da USP, acompanhou a vistoria de um consultório dentário, de acordo com o Projeto: Vigilância das Condições Higio-Sanitárias dos Consultórios e Clínicas Dentárias, que com vista à vigilância das condições higio-sanitárias foram verificados os circuitos de limpos e sujos, data de validade do material esterilizado, entre outros.

Estas atividades desenvolvidas no decorrer do estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem comunitária, tendo facilitado a implementação e desenvolvimento das atividades do projeto de intervenção – Construir o Caminho no contexto da Saúde Escolar: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis. Neste sentido, estas atividades vieram a revelar-se extremamente gratificantes neste percurso formativo.

PARTE B – O PROJETO DE INTERVENÇÃO

1 – CONSTRUIR O CAMINHO NO CONTEXTO DA SAÚDE ESCOLAR: PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS ADOLESCENTES

O projeto de intervenção “Construir o Caminho no contexto da Saúde Escolar: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis” integrado nas atividades desenvolvidas no estágio surgiu, pois a OMS indica a promoção de estilos de vida saudáveis como uma das cinco áreas de intervenção em promoção da saúde e, por outro lado, o PNSE indica os estilos de vida como uma das áreas de intervenção deste programa.

1.1 – OS ADOLESCENTES NA ESCOLA COMO FOCO DA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O termo adolescência vem do verbo latim *adolescere*, que significa “crescer para ficar adulto” (Newcombe, 1999). É então conceptualizada como o período entre a infância e a vida adulta. A OMS define a adolescência como uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biopsicossocial, delimitada pela faixa etária de 10 a 19 anos que, em geral, se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina com a inserção social, profissional e económica. De entre os diferentes autores que se têm dedicado ao estudo da adolescência ocorre uma variação na delimitação da faixa etária, contudo parece ser unânime a ideia que a adolescência se inicia com as alterações psicobiológicas da puberdade e termina com a inserção social, profissional e económica do indivíduo. (Palacios, 1995; Bee, 1997 citados por Costa, 2008). Caracteriza-se por ser um período de grandes e rápidas alterações, tanto a nível físico, como a nível cognitivo e psicossocial (Stanhope e Lancaster, 2011). É verdadeiramente uma etapa evolutiva peculiar do ser humano (Osório, 1992).

Embora varie de adolescente para adolescente, poder-se-á considerar a evolução da adolescência ao longo de três fases, caracterizadas pela vivência e aquisição de diversas competências. As mudanças a nível do corpo manifestam-se sobretudo na fase inicial, também designada por pré-adolescência ou puberdade, entre os 10 e 13 anos. Na fase intermédia, isto é, na adolescência propriamente dita, entre os 14 e os 16 anos, salienta-se o desenvolvimento cognitivo; começa a emergir o adolescente intelectual, reflexivo e idealista. Na fase final da adolescência, depois dos 16 anos, os aspetos sociais expressam-se de forma significativa. Assim, verifica-se que em cada uma das fases ocorrem transições e mudanças que marcam profundamente a personalidade do adolescente (Fonseca, 2012; Tavares e Alarcão, 2005).

Pré-adolescência ou Puberdade

A puberdade determina o início da adolescência e é um período de grandes alterações a nível físico e hormonal. Verifica-se um desenvolvimento ao nível dos órgãos sexuais primários e secundários associado à maturação dos órgãos reprodutores. As características sexuais primárias

relacionam-se diretamente com a reprodução, e durante a puberdade estes órgãos crescem e amadurecem. Nas raparigas os órgãos envolvidos são os ovários, o útero e a vagina, em que o primeiro sinal desta maturação corresponde à menstruação. A primeira tem o nome de menarca. Nos rapazes os órgãos envolvidos são os testículos, a glândula prostática, o pénis e as vesículas seminais. Ocorre a produção de esperma e surge a primeira ejaculação. As características sexuais secundárias dizem respeito aos sinais fisiológicos da maturação sexual. Nas raparigas os mamilos alargam e ficam proeminentes, os seios assumem uma forma cónica e em seguida arredondada. Nos rapazes ocorre o alargamento dos ombros e o crescimento de pelos faciais. Em ambos verificam-se alterações ao nível da voz e do desenvolvimento muscular, o crescimento de pelos púbicos e axilares. (Fonseca, 2012; Papalaia, Olds e Feldman, 2001; Santrock, 2003).

No campo do desenvolvimento psicossocial é importante lembrar que a sexualidade está presente desde o nascimento e que não surge na adolescência. Nesta fase a sexualidade caracteriza-se por comportamentos de auto erotização e de auto experimentação. O adolescente “projeta a sua fantasia erótica em alguém próximo e, habitualmente inacessível, um professor, um ator de cinema (...). Estas projeções são pano de fundo ao crescimento pubertário” (Fonseca, 2012: 98).

Fase intermédia

Na adolescência as transformações ao nível intelectual são muito importantes dado que é nesta fase que a inteligência assume a sua forma final através do desenvolvimento do pensamento abstrato (Piaget, 1949 citado por Silva, 2004). De acordo com o mesmo autor existem quatro estádios do ponto de vista do desenvolvimento cognitivo, sendo o último, o das operações formais. Assim o adolescente começa a ter a capacidade de pensar de um modo abstrato, o que ocorre em idades acima dos 12 anos. Esta capacidade assinala esta fase da adolescência. O pensamento operacional formal caracteriza-se pela “capacidade de gerar abstrações, construir hipóteses, fazer a abordagem de um problema de uma maneira sistemática, usar combinações lógicas” (Fonseca, 2012: 19).

É nesta fase intermédia da adolescência que ocorre uma necessidade do adolescente, de individualização em relação à família de origem, que se manifesta através da contestação constante. É, também neste período intermédio que a pressão do grupo de pares é maior. Neste o adolescente dilui a sua identidade, veste-se, fala e comporta-se como os do grupo. Este constitui uma entidade na qual o adolescente pode ensaiar diferentes maneiras de ser adulto até descobrir a sua própria maneira. É de facto uma matriz muito importante na identidade para o adolescente (Fonseca, 2012).

Na questão do desenvolvimento psicossocial do adolescente, nesta segunda fase as manifestações da sexualidade são mais exteriorizadas, existindo uma visão muito crítica do seu próprio corpo. “É a fase de exercitar semelhanças e diferenças, que poderá envolver experimentação hétero, homo ou bissexual. Todas as experimentações são diferentes maneiras de expressar a sexualidade. Esta procura das semelhanças e diferenças pode mesmo chegar às relações sexuais” (Fonseca, 2012: 98).

Fase final da adolescência

Nesta fase do adolescente ocorrem mudanças em busca da sua independência/autonomia. Torna-se idealista, envolve-se com a sociedade, dedica-se a um curso para obter independência financeira ou emocional e torna-se mais apto para relacionamentos sexuais mais estáveis (Fonseca, 2012; Fenwick e Smith, 1995). Sente-se adulto em pé de igualdade perante os pais e está quase pronto para se tornar um adulto independente (Fenwick e Smith, 1995).

As idades mencionadas são apenas uma referência, pois em qualquer das fases os processos de maturação e desenvolvimento ocorrem a um maior ou menor ritmo. Contudo uma coisa é certa, este momento de grandes mudanças e adaptações constitui um enorme potencial, no que respeita ao envolvimento dos adolescentes na construção do seu projeto pessoal de vida. De uma forma geral, possuem uma energia inesgotável associada à criatividade e à força de vida. Estas características devem ser aproveitadas e canalizadas de forma positiva, para que sintam que têm um papel ativo e considerável na promoção e manutenção da sua saúde e bem-estar (Ziglio, 2004, citado por Fontes, 2007).

As transformações que ocorrem na adolescência são em si mesmas universais, contudo o contexto em que se desenvolvem é que difere de adolescente para adolescente. Para além da família, em que os pais continuam a ser a principal fonte de socialização, novos desafios são colocados ao adolescente, à medida que se vai envolvendo com o ambiente. Neste, sofre também influências dos pares, dos meios de comunicação social e da publicidade. Nesta diversidade de contextos devemos incluir contextos socioeconómicos delicados, contextos familiares diversos, que vão exercer uma influência determinante no desenvolvimento do adolescente, e na exploração de novos caminhos podendo levar à adoção de estilos de vida, que afetem a sua saúde. Outro contexto importante na vida do adolescente é a escola, enquanto influenciadora de mudança (Fonseca, 2012). Na sociedade atual, devido a diversos fatores socio culturais e económicos, os adolescentes encontram-se grande parte do dia na escola. “É um espaço privilegiado para aprender a dar e a pedir ajuda, a expressar opiniões e sentimentos, de acordo ou desacordo, a defender ideias e direitos próprios, a ver o ponto de vista do outro, a lidar com o fracasso e a exclusão, com a zanga e o stress” (Fonseca, 2012: 79). É por isso um espaço de excelência, em que não se pode desvincular da sua obrigação de promover aprendizagens relacionadas com a saúde. A escola que promove a saúde deve “ser considerada uma fonte de desenvolvimento de comportamentos orientados para a promoção da saúde” (Matos, 2008 citado por Alves, 2009).

A escola constitui um local singular para a implementação de ações que visam orientar as atitudes e comportamentos ao longo do percurso escolar dos alunos (Faria, 1997, 2002; Rocha, 1994; Smith, Goffney e Nairn, 2004; Viana, 2001 citado por Fontes, 2007). A escola, enquanto espaço educativo, tem vindo a ser estimulada a libertar-se da prática tradicional, preocupada unicamente com a aquisição de conhecimentos (Andrade, 1995). Tem, também centrado os seus esforços numa educação mais globalizante, dando prioridade a uma formação da pessoa mais consciente, crítica, reflexiva, ativa e feliz, assumindo, desta forma, o seu papel de promotora de

saúde (Leger, 1999, citado por Fontes, 2007). Define-se, então Escola Promotora de Saúde como “aquela que inclui a educação para a saúde no seu currículo, e possui atividades de saúde escolar” (PNSE, 2006: 4). As escolas promotoras de saúde comprometem-se a promover a saúde dos alunos, tornando mais seguros e saudáveis os seus ambientes sociais e físicos (*European Network of Health Promoting Schools*, 1998 citado por Gaspar, 2006). De acordo com o PNSE (2006: 4) “a meta 13 do documento *Health for all* prevê que em 2015, (...) 95% das crianças que frequentem a Escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde.” A escola deverá ser um espaço seguro e saudável, facilitando a adoção de comportamentos mais saudáveis, assumindo uma posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa (PNSE (2006).

“No Sistema Educativo, novos desafios se colocam: a par do trabalho de transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, a escola deve, também, educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia (PNSE, 2006: 3).”

Neste contexto procura-se através da Saúde Escolar estimular o desenvolvimento de atividades, com base nas necessidades da comunidade, motivando a participação de toda a comunidade educativa na definição de prioridades e estratégias, na busca de soluções e encaminhamentos para uma vida mais saudável (DGS, 2006). Compete à Saúde Escolar desenvolver ações, tendo a escola como parceria, que atuem simultaneamente sobre as crianças e os adolescentes, a restante comunidade educativa e o ambiente, através das quais contribuam para a redução de riscos e promoção da saúde (Ministério da Saúde, 1996, citado por Viana, 2001: 17). Neste sentido, cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, que desenvolve as suas atividades ao abrigo do Programa de Saúde Escolar da USP o desenvolvimento de projetos, tendo as escolas da área de abrangência do ACeS como parceiras, com vista à capacitação das crianças e adolescentes que as frequentam, de forma a promoverem a sua saúde. Nesta linha orientadora foi desenvolvido o projeto de intervenção “Construir o caminho no contexto da saúde escolar: promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes” do 8º ano, na ESJR.

Partindo deste eixo organizador, educação e saúde, surge a expressão Educação para a Saúde. Para podermos refletir acerca desta expressão importa aqui conceptualizar estes dois conceitos: Educação e Saúde. Este último tem evoluído ao longo dos tempos (Rodrigues et al., 2005), e vários têm sido os conceitos apresentados. Turabián e Franco (2001) citado por Rodrigues, et al, (2005: 11) indicam que “a saúde é a capacidade de apropriação por parte do ser humano do seu próprio corpo e a capacidade de integrá-lo no projeto autónomo de vida que cada um forja”. Por sua vez, a educação é imprescindível para a construção da cidadania e desenvolvimento de competências capazes de modificar e criar condições de vida saudável (Rodrigues, et al, 2005). Envolve a ideia de um processo de desenvolvimento das capacidades do homem (Dias, 1993 citado por Carvalho e Carvalho, 2006). Logo, o processo educativo é um processo que conduz à saúde, sendo uma das melhores formas para aumentar o nível de saúde das pessoas (González citado por Carvalho e Carvalho, 2006). Nesta ótica, estes dois conceitos são indissociáveis. Atendendo a esta perspetiva, para Tones e Tilford (1994: 11) a educação par a

saúde define-se como: “toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar”. A definição de educação para a saúde, da OMS, mais integradora, tem servido de base para muitas outras, que surgiram posteriormente:

“É uma ação exercida sobre os indivíduos, no sentido de modificar os seus comportamentos a fim de adquirirem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem.” (OMS, 1969)

Nesta perspetiva a educação para a saúde é um instrumento ou uma estratégia concreta, para alcançar os objetivos da promoção da saúde, assumindo uma posição vanguardista nas estratégias da promoção da saúde (Tones, 1998 citado por Dias, et al, 2004). Nesta ótica e de uma forma resumida a conjugação entre a educação para a saúde, e políticas de saúde definem a promoção da saúde (Tones, 1999, 2000 citado por Fontes 2007). Corroborando com os autores Costa e López (1996 citado por Dias, et al, 2004) a promoção da saúde é definida como uma combinação de estratégias de educação para a saúde e apoios de tipo organizativo, legislativo ou normativo, económico e ambiental que facilitem as práticas de comportamentos saudáveis. Segundo Leavell e Clark a promoção da saúde centra-se em medidas positivas para a saúde, desde a educação para a saúde em pessoas saudáveis e a promoção de condições ambientais favoráveis (Stanhope e Lancaster, 2011). A educação para a saúde tem vindo a ser internacionalmente reconhecida como parte integrante dos esforços para a Promoção da Saúde (RODRIGUES, et al, 2005). BASTO, (2000) corrobora indicando que a Educação para a Saúde é um pré-requisito essencial nos programas de Promoção da Saúde.

O ideário em torno da promoção da saúde está descrito em vários documentos. Entre outros, destaca-se a definição apontada pela OMS, no seu relatório de 1984, que a define como “o processo que permite às pessoas aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la” (Stanhope e Lancaster, 2011). Neste mesmo relatório a OMS identifica cinco áreas de intervenção em promoção da saúde: acesso livre à saúde, excluindo qualquer fonte de desigualdade, melhoramento do ambiente em que se insere a pessoa, quer familiar, quer laboral, fortalecimento das redes sociais de apoio, promoção de estilos de vida saudáveis, através da aprendizagem e do desenvolvimento de estratégias de coping, e o aumento do conhecimento e informação sobre a saúde (Dias, et al, 2004). No mesmo fio condutor, e atendendo ao contexto escolar, o PNSE (2006) identifica os estilos de vida como uma das áreas de intervenção deste programa.

Na Carta de Ottawa elaborada na Primeira Conferência Internacional de promoção de saúde, é descrita como:

“o processo que visa aumentar as capacidades dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (Carta de Ottawa, 1986).

De entre as ideologias apresentadas, existe uma concordância, relativamente a uma visão positiva da saúde, subjacente à promoção da saúde dirigida aos indivíduos, famílias e

comunidades. Todas estas abordagens têm origem no paradigma da saúde (Stanhope e Lancaster, 2011).

1.2 – A TEORIA DO *EMPOWERMENT* COMO ESSENCIAL NOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES

O *empowerment* é um “processo que aumenta a capacidade de realização das pessoas, tendo em vista a melhoria das suas vidas e comunidades (...)” (Page e Czuba, 1999 citado por Rodrigues, et al, 2005: 86). O processo é em si mesmo educativo e capacitante, dando consciência social às pessoas e dotando-as de competências de intervenção. É dotado de multidimensionalidade, pois significa ter a capacidade de tomar decisões, aceder à informação, ter oportunidade de fazer escolhas coerentes e controlo sobre o percurso de vida (Wilson, 2004 citado por Fontes, 2007). Este conceito pode, também ser visto como um conceito relacional, uma vez que consiste em dar poder e autoridade a uma pessoa, e pode igualmente ser visto como um conceito motivacional, no sentido em que procura capacitar a pessoa para a sua autonomia (Conger e Kanungo, 1988 citado por Hagquist e Starring, 1997). Corroborando e na perspetiva de Rodrigues, et al, (2005) o conceito de empowerment está associado à palavra poder, embora possua um sentido de “dar poder para” e não “exercer poder sobre”. Este conceito, e na perspetiva de Roberts (1999) citado por Viana (2010) implica uma redistribuição do poder entre o doente e o profissional de saúde.

Segundo Pinto (1988) o *empowerment* pode ser definido como um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no seu meio envolvente, traduzindo-se num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania. O poder é entendido como a capacidade e autoridade para:

- ✓ Influenciar o pensamento dos outros – poder sobre;
- ✓ Ter acesso a recursos e bens – poder para;
- ✓ Tomar decisões e fazer escolhas – poder para;
- ✓ Resistir ao pensamento dos outros se necessário – poder de.

O *empowerment* pode ser desenvolvido num contexto individual e comunitário (Carvalho, 2004). O *empowerment* individual caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências individuais para a tomada de decisão na vida pessoal, para a resolução de problemas e concretização de objetivos (Schultz, 1995, citado por Pereira, 2010). De acordo com Zimmerman (2000) o *empowerment* individual ou psicológico integra as dimensões do controlo, consciência crítica e participação. Para este autor o controlo refere-se à perceção que o indivíduo possui acerca das suas competências para influenciar o sistema sociopolítico ou sobre o controlo que tem uma situação específica, implicando assim um autoconceito positivo. Refere-se à aspiração, confiança ou convicção pessoais sobre a sua capacidade de intervenção. A dimensão consciência crítica refere-se ao conhecimento que os indivíduos têm sobre a sua comunidade. O conhecimento

sobre o contexto envolve a identificação e percepção de como funcionam as estruturas de poder, conhecer os seus processos de decisão. Inclui também a capacidade de planeamento estratégico e habilidade de identificar, mobilizar e gerir recursos necessários para alcançar os objetivos pretendidos. Já a dimensão participação refere-se à ação concreta para atingir os objetivos estabelecidos. A participação pode traduzir-se no envolvimento em grupos de ajuda mútua, na associação de pais da escola, no local de trabalho, (Zimmerman, 2000) ou nas atividades de saúde escolar.

O *empowerment* comunitário é um processo que permite que as pessoas isoladas possam ser compreendidas, de forma que tenham influência direta nas decisões que afetam a sua vida (Rappaport, 1984, citado por Pereira, 2010). Uma das principais metas da OMS, relativamente ao *empowerment comunitário*, consiste no desenvolvimento de comunidades participativas e ativas que conduzam os indivíduos a atuar de forma coletiva, no sentido de obter uma maior influência sobre os determinantes da saúde e qualidade de vida da sua comunidade (WHO, 1998).

Existem ligações intrínsecas e extrínsecas entre o *empowerment* individual e o *empowerment* comunitário. Este conceito é considerado como um paradigma sinérgico, onde as pessoas se inter relacionam, partilhando recursos e motivações (Katz, 1984 citado por Pereira, 2010). Desta forma, surgem cada vez mais evidências da importância do *empowerment* comunitário e individual, assim como das suas dimensões, tais como a autoestima, autoeficácia, legitimidade política e coesão social, para a promoção da saúde (Wallerstein, 1992, Wilkinson e Marmot, 2003 citados por Becker, et al, 2004).

O conceito de *empowerment* tem sido aplicado a diversas áreas do conhecimento nomeadamente psicologia, gestão e sociologia (Bartunek e Spreitzer, 2006 citados por Viana, 2010). Aplicado também à saúde, vários têm sido os autores que se dedicaram ao seu estudo. No que se refere à enfermagem Gibson (1991) construiu um modelo de *empowerment* que pretende ser uma representação do processo de *empowerment* na prática de enfermagem. É constituído por três dimensões: o doente (adolescente do 8ºano da ESJR), o enfermeiro e a interação doente (adolescente do 8ºano da ESJR) /enfermeiro e resulta em atributos associados a cada uma das dimensões. A primeira dimensão – o doente (adolescente do 8ºano da ESJR) – pressupõe atributos necessários ao seu *empowerment*, como a auto-eficácia, a autodeterminação e a motivação para atuar. A segunda dimensão prende-se com a interação doente (adolescente do 8ºano da ESJR) e enfermeiro, que é vista como uma relação de cooperação que pressupõe confiança, empatia, formulação conjunta de objetivos e tomada de decisão partilhada. Estes atributos são indispensáveis para o equilíbrio de poder entre o doente (adolescente do 8ºano da ESJR) e o enfermeiro. A terceira dimensão pressupõe o enfermeiro como educador, conselheiro, facilitador, mobilizador de recursos e capacitador (Gibson, 1991). Na perspetiva do *empowerment* é essencial que o enfermeiro adquira competências específicas que lhe permitam implementar dinâmicas educacionais de intervenção promotoras de saúde, da autonomia e do *empowerment* dos adolescentes na, e para a construção dos seus projetos de saúde. O papel do enfermeiro nesta área está a ganhar cada vez mais visibilidade, já que esta é uma das áreas de excelência da profissão (Pereira, et al, 2011). Portanto, no decorrer do presente texto torna-se importante

salientar a importância do papel do enfermeiro comunitário na promoção da saúde do grupo populacional, os adolescentes do 8º ano da ESJR. O papel dos enfermeiros na educação para a saúde é amplamente reconhecido, pelo que, em 1989, a OMS declarou que estes profissionais têm o potencial para impulsionarem o novo movimento da promoção da saúde (Benson e latter, 1998 citado por Fontes, 2007).

Partindo do pressuposto que o *empowerment* constitui um eixo central da promoção da saúde (Carvalho, 2004), as suas principais vantagens são: os clientes adquirem conhecimentos e capacidades, discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionam poder de intervenção, tendo em vista a mudança social e uma distribuição dos bens e serviços de saúde mais igualitária. Este processo de participação é também, um processo de aprendizagem, permitindo aos que nele participam, conhecimentos que favorecem a mudança de estilos de vida e a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Rodrigues, et al, 2005).

No presente contexto torna-se fundamental conceptualizar o *empowerment* na promoção da saúde, que é definido como a educação sobre os problemas de saúde, colocando os interesses e necessidades do grupo populacional, os adolescentes do 8º ano da ESJR, no centro do processo, como sujeitos ativos e participantes, em todas as fases. Desta forma, os programas de promoção da saúde são encarados como meios de promoverem estilos de vida saudáveis, mas também como uma forma de capacitação e de aprendizagem, dando poder e intervenção aos que deles beneficiam, (Rodrigues, et al, 2005), neste caso, o grupo populacional, os adolescentes do 8º ano da ESJR. Assim, o maior propósito da utilização da teoria do *empowerment* na promoção da saúde é o de criar consciência acerca de questões chave, neste caso na promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes do 8º ano da ESJR, e por outro lado, fornecer competências necessárias ao desenvolvimento do *empowerment* individual e comunitário (Carvalho e Carvalho, 2006). A utilização da teoria do *empowerment* na promoção da saúde assume que o principal objetivo é maximizar uma escolha genuína, voluntária e consciente, tendo como suporte a componente do conhecimento, aliada à clarificação de valores e crenças (Tones e Tilford, 2006 citado por Carvalho e Carvalho, 2006). Desta forma, a utilização da teoria do *empowerment*, pelo enfermeiro na saúde escolar, nos projetos de intervenção com adolescentes que visem a promoção de estilos de vida saudáveis, e conseqüentemente a promoção da saúde, torna-se crucial.

O desenvolvimento do trabalho de enfermeiro comunitário deve assentar numa teoria de enfermagem, pois são as teorias que compõem os pilares para a cientificidade da profissão e ajudam o enfermeiro a implementar o cuidado metodológico (Potter e Perry, 2006).

No decorrer do projeto de intervenção “Construir o caminho no contexto da saúde escolar: promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes” foi utilizado o modelo teórico de enfermagem – o Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman.

O Modelo de Enfermagem de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos, em constante interação com stressores ambientais (Tomey e Alligood, 2004). Desta forma, a estrutura da Teoria de Neuman é

basicamente um modelo de sistemas abertos composto principalmente por stressores, reação aos stressores e indivíduo, interagindo com o ambiente.

Para Neuman a enfermagem é como uma “profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress*” (Neuman, 1982 citado por Tomey e Alligood, 2004: 340). Neste projeto de intervenção a enfermagem relaciona as variáveis que afetam o empowerment na promoção da saúde do adolescente.

Este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Neste projeto de intervenção o sistema do cliente, ou seja, do grupo populacional, os adolescentes do 8ºano da ESJR, é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. O sistema dos adolescentes do 8ºano da ESJR é visto como um sistema aberto, em constante mudança e interação recíproca com o ambiente (Tomey e Alligood, 2004).

No que se refere ao conceito de saúde, esta é vista como um contínuo do bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança. “O bem-estar (...) indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas” (Neuman, 1995, citado por Tomey e Alligood, 2004: 340).

O ambiente e os adolescentes (neste contexto específico) são identificados como os fenómenos básicos do Modelo de Sistemas de Neuman, sendo a relação entre ambiente e adolescentes, recíproca. O ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam e interagem com o sistema adolescentes. “Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com, e alteram potencialmente a estabilidade do sistema” (Tomey e Alligood, 2004: 340), ou seja dos adolescentes. Os adolescentes como sistema podem ajustar-se ao ambiente, ou ajustar o ambiente a si mesmo. O ideal é a aquisição de uma excelente estabilidade no sistema. O sistema adolescente do 8ºano da ESJR, como sistema aberto, é propenso a encontrar, ou manter, o equilíbrio. Ou seja manter-se em estado normal de bem-estar ou estado estável – Linha Normal de Defesa. No entanto, como o sistema é dinâmico, o modelo apresentado por Neuman tem uma Linha de Defesa Flexível, que é entendida como um para-choques protetor para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar, representado pela linha flexível de defesa. A relação das variáveis pode afetar o nível até ao qual os adolescentes são capazes de usar a sua linha flexível de defesa contra uma possível reação a um stressor. Este modelo apresenta, também as Linhas de Resistência, que representam os fatores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor (George, 2000; Tomey e Alligood, 2004).

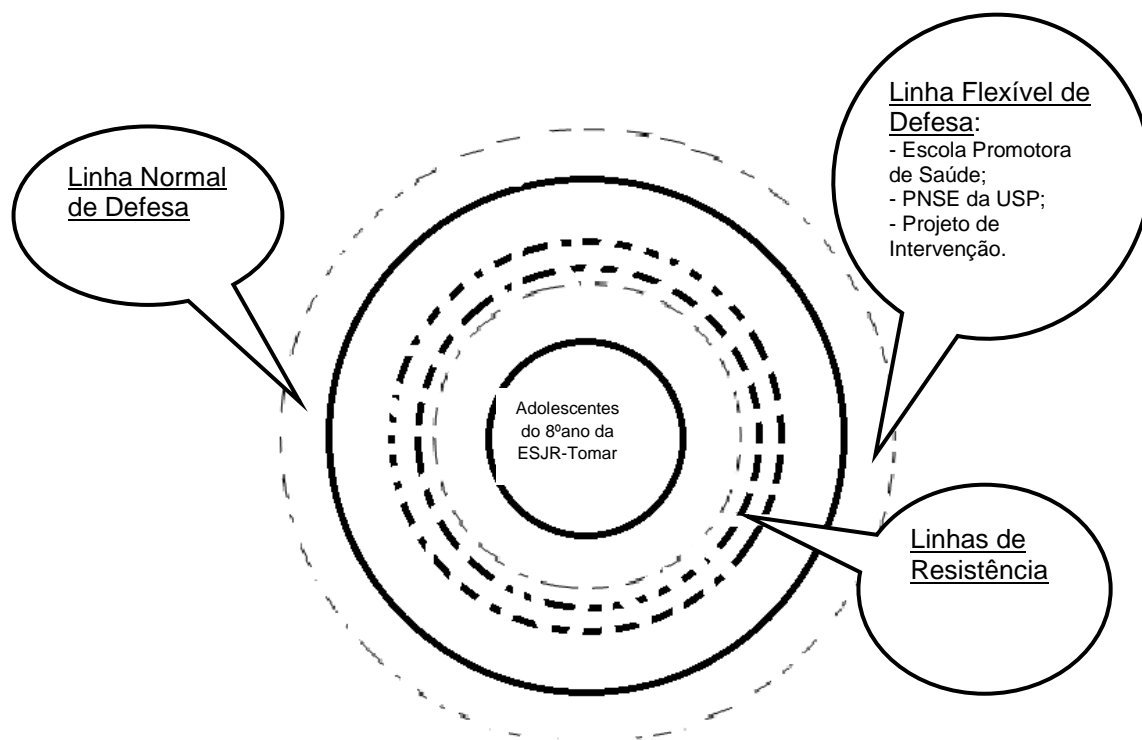


Figura 1 – Adaptado do Modelo de Sistemas de Neuman (1995)

Neuman denomina os stressores capazes de efeitos positivos ou negativos. O stress e a reação ao stress são componentes básicos do sistema aberto. As forças stressoras são estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema, adolescentes do 8ºano da ESJR. Já as reacções e os resultados podem ser positivos ou negativos, em que o grau de reação é a quantidade de energia necessária para os adolescentes se ajustarem aos stressores (Tomey e Alligood, 2004).

De acordo com esta teórica as intervenções de enfermagem são para ajudar os adolescentes a reter, atingir ou manter a estabilidade do sistema, podendo ocorrer antes, ou depois das linhas protetoras de defesa e de resistência serem penetradas nas fases de reação. Neuman identifica três níveis de intervenção: prevenção primária, a secundária e a terciária, contudo defende a intervenção inicial quando se suspeita ou se identifica um stressor – prevenção primária (Neuman, 1982 citado por Tomey e Alligood, 2004). A prevenção primária ocorre antes do sistema reagir a um stressor, (ainda não ocorreu nenhuma reação), mas o grau de risco é conhecido, e inclui a promoção da saúde. Neste sentido as intervenções de enfermagem, neste projeto de intervenção centram-se em ajudar o sistema, adolescentes do 8ºano da ESJR, a atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema, ajudando-o a fazer os ajustes necessários para o bem-estar ideal, promovendo a sua saúde.

Pelo exposto considera-se que os técnicos das equipas de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária “são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos” (PNSE, 2006: 5).

1.3 – CONSTRUIR O CAMINHO NO CONTEXTO DA SAÚDE ESCOLAR: CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

Após a realização deste constructo teórico foram delineadas as intervenções de enfermagem, neste projeto de intervenção, de forma a manter/fortalecer a linha flexível de defesa dos adolescentes.

Numa primeira instância obteve o deferimento para a realização do projeto de intervenção pelo diretor da ESJR (anexo XVI), e posteriormente começou por delinear o planeamento deste projeto. O planeamento de projetos eficazes e eficientes deve ser baseado na identificação das necessidades da população (Stanhope e Lancaster, 2011). Segundo as mesmas autoras uma apreciação das necessidades pode ser conseguida, quer através da apreciação da população, quer da apreciação das necessidades da população. Nesta ótica comecei por efetuar entrevistas aos informantes chave: diretores de turma, das duas turmas de 8º ano da ESJR, e à assistente operacional que se encontra na portaria. Para o efeito foi necessário realizar guiões de entrevista (anexo XVII). A entrevista a informantes chave é um, dos quatro métodos de colheita direta de dados (Stanhope e Lancaster, 2011). Consiste num diálogo direto com membros seleccionados da comunidade, relativamente a outros membros, ou acontecimentos da comunidade, sendo essencial para a efetiva produção de dados (Parker, Barry e KING, 2000 citado por Stanhope e Lancaster, 2011). As entrevistas permitiram a apreciação do grupo populacional, os adolescentes do 8ºano ano da ESJR, tendo por base as dimensões preconizadas pelo Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman. Este modelo proporciona a “estruturação, organização e orientação para as intervenções de enfermagem” (Neuman, 1982: 11 citado por Beddome, 1995: 567-579). Nesta ótica, esta apreciação foi basilar no recorrer das intervenções realizadas ao longo do projeto. A apreciação deste grupo populacional no contexto intrassistémico refletiu as características fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais, características do Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman (Quadro 1).

Quadro 1 – Apreciação do grupo populacional – Contexto Intrassistémico

<u>Contexto Intrassistémico</u>	Características Fisiológicas	Estilos de Vida: <ul style="list-style-type: none"> Alimentação – Todos tomam o pequeno-almoço em casa; Almoçam no refeitório; Levam sandes de casa; Alimentação “da terra” Consumo de Tabaco: sete adolescentes Consumo de Café (5 a 7 cafés/dia): 1 adolescente Exercício Físico – Alguns elementos organizam atividades de futebol em grupo, gostam das aulas de educação física
	Características Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> Motivados e participativos para o projeto - “Construir o caminho – promoção de estilos de vida saudáveis” Atividade Física Pouco motivados para a Escola Poucas perspetivas de vida
	Características De Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Adolescência Idade: [13-16]; Média=13; Moda=13 Uma adolescente mãe
	Características Socioculturais	<ul style="list-style-type: none"> Sexo: 20 rapazes e 21 raparigas Escolaridade: 8º ano (7ºano concluído) Notas Escolares: <ul style="list-style-type: none"> Português, Francês, Inglês, História, Geografia, Matemática, Ciências Naturais, Físico – Química, Educação Visual, Educação Física, Educação Moral – 3 Espanhol – 4 Pouca motivação para angariar dinheiro para a visita de estudo, com a venda de objetos realizados por eles. Participação nas atividades promotoras de saúde (realização dos cartazes e convívio final)
	Características Espirituais	<ul style="list-style-type: none"> 4 adolescentes frequentam aulas de Ed. Moral

Estas cinco variáveis interagem com o contexto intersistémico do Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman. Este é apreciado de acordo com oito subsistemas: Saúde e Segurança, Sócio Cultural Educacional Comunicação e Transportes, Recreação, Económico, Legislação e Política, e Religião (Quadro 2).

Quadro 2 – Apreciação do grupo populacional – Contexto Intersistémico

<u>Contexto Intersistémico</u>	Subsistema Saúde e Segurança	Escola que sofreu obras de remodelação e com boas condições de higiene
	Subsistema Sociocultural	Português Ucraniano Romeno
	Subsistema Educação	Escola Promotora de Saúde Professores: Projeto de Educação para a Saúde
	Subsistema Comunicação e Transportes	Transportes Escolares
	Subsistema Recreação	Refeitório, Bar, Salas de Convívio (matraquilhos, mesas de ping-pong), Biblioteca com acesso à Internet, Palestras planeadas (Partilha de Experiências, Promoção da Saúde)
	Subsistema Económico	Subsídio escolar Refeições Pagas Cabaz com alimentos
	Subsistema Leis e Política	Regulamento Interno da Escola Contrato de Melhoria de Notas Escolares, com os diretores de turma

Na medida em que o eixo central deste projeto se prende com o *empowerment* dos adolescentes na promoção da saúde, numa primeira instância foi perguntado aos adolescentes. “O que é para ti a Promoção da Saúde?” (anexo XVIII). Com vista à apreciação das necessidades deste grupo populacional foi utilizado, de acordo com os autores Rossi, Lipsey e Freeman (2003 citados por Stanhope e Lancaster, 2011), como instrumento de apreciação das necessidades do grupo populacional, o levantamento, pois apresenta como vantagens a produção de dados diretos e precisos sobre a população cliente e suas necessidades. Neste sentido foi realizada uma atividade de promoção da saúde onde foram tratados os aspetos relativos ao próprio conceito de saúde, promoção da saúde, estilos de vida, indicando as áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida no contexto da intervenção de Saúde Escolar: Saúde mental, Saúde oral, Alimentação saudável, Atividade física, Ambiente e saúde, Promoção da segurança e prevenção de acidentes, Saúde sexual e reprodutiva, Educação para o consumo (PNSE, 2006). Nesta atividade foi questionado a cada um dos adolescentes, as áreas nas quais sentiam mais necessidades. Cada adolescente indicou num papel e de forma anónima três dessas áreas. Estes papéis foram dobrados em quatro partes e colocados numa caixa (garrafão construído para o efeito). Posteriormente foram identificadas as três áreas com maiores necessidades, sendo que, dos 41 adolescentes que faziam parte do projeto 28 apontaram a Saúde sexual e reprodutiva, 24 a Atividade física e 17 a Educação para o Consumo, tendo sido estes, os temas abordados nas atividades de promoção da saúde, tendo em conta o grupo populacional. Os enfermeiros conscientes das necessidades do grupo populacional, e que pretendam desenvolver projetos, têm que trabalhar de forma diferente e fundamentada no pressuposto que a sua atuação deve ser baseada em necessidades reais (Correia, et al, 2001).

De acordo com o exposto foi desenvolvida a atividade de promoção da saúde “Educação para o Consumo”, (anexo XIX) utilizando como estratégia a educação para a saúde. Nesta atividade foram abordados os aspetos relacionados com o consumismo propriamente dito, que por sua vez tem conduzido à degradação ambiental. Como o grupo populacional deste projeto que se encontra na adolescência, e sendo neste período de crise que o consumo de drogas entra nas suas vidas (Cavalcante, et al, 2008), nesta atividade abordou-se, também a questão do consumo de álcool e de tabaco. O uso de álcool e tabaco foi identificado, na Segunda Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Adelaide, como uma das quatro áreas prioritárias para promover ações em políticas públicas saudáveis (Cavalcante, et al, 2008).

Nesta atividade “Educação para o Consumo” ao serem abordados os aspetos relacionados com o consumo de tabaco seguiram-se as orientações programáticas do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2012) da DGS, em que um dos objetivos específicos prende-se com a prevenção da iniciação de consumo de tabaco nos jovens. De acordo com o referido programa a prevenção e o controlo requerem uma estratégia integrada, assente em múltiplas abordagens. De entre as abordagens emanadas pela OMS que vão desde o aumento dos impostos, à proibição da publicidade, os profissionais de saúde e nomeadamente os enfermeiros têm um papel ativo nesta estratégia. Estes detêm funções educativas e terapêuticas na luta contra o tabagismo, em que a prevenção do consumo de tabaco no meio escolar deve ter

um investimento consistente e continuado em articulação com o programa de saúde escolar (DGS. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, 2012).

A problemática do consumo de álcool nos adolescentes já foi abordada neste relatório.

Na atividade de promoção da saúde, com recurso, também à educação para a saúde, “Atividade Física”, (anexo XX) foi reforçada a ideologia da importância da mesma, pois tem sido reconhecida como uma componente importante de um estilo de vida saudável (Twuisk, 2001 citado por Guerra, et al, 2003). Várias têm sido as razões apontadas que explicam a possível relação entre a atividade física e a saúde dos adolescentes, entre elas, acredita-se que os hábitos da prática regular da atividade física adquirida na infância parecem persistir durante a vida adulta (Blair, et al, 1989 citado por Guerra, et al., 2003). De acordo com a DGS a prática regular de exercício físico nas crianças e adolescentes fornece inúmeros benefícios físicos, mentais e sociais para a saúde. De acordo com a mesma fonte existem estudos que nos mostram que quanto mais os adolescentes participarem em atividades físicas, menor será a probabilidade de virem a fumar; e ainda, que a participação em jogos de equipa promove de forma positiva a integração social e facilita o desenvolvimento das capacidades sociais dos adolescentes (DGS. A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar, 2007). O exercício físico regular é eficaz na promoção e manutenção da saúde (Stanhope e Lancaster, 2011). Realizados cálculos do Índice de Massa Corporal e abordadas as questões de uma alimentação saudável, foram, ainda intervenções desenvolvidas nesta atividade.

A “Saúde Sexual e Reprodutiva” foi a área de maior preocupação por parte do grupo populacional. De acordo com o Dec. Lei nº 259/2000, de 17 de outubro de 2000, os adolescentes são considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva. Na atividade de promoção da saúde, “Saúde Sexual e Reprodutiva”, (anexo XXI) foram abordados os aspetos relacionados com a Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos, que apresenta como objetivo a promoção e proteção dos direitos e liberdades sexuais e reprodutivas em todos os sistemas políticos, económicos e culturais. A questão da saúde sexual e reprodutiva remete-nos para uma vasta lista de assuntos a desenvolver, sendo um deles a Prevenção da Gravidez Indesejada. Também, a Portaria nº 196-A/2010 de 9 de abril de 2010, fornece orientações para que aos alunos do 3º ciclo se deve fornecer conhecimento das taxas e tendências das interrupções voluntárias da gravidez, suas sequelas e respetivo significado. Com estas orientações, e tendo em conta o grupo populacional, foram tratadas as questões relacionadas com a Gravidez na Adolescência, sem descurar as relações afetivas e o início da atividade sexual nos adolescentes, pois esta tem um impacto significativo no risco do aparecimento de uma gravidez (Stanhope e Lancaster, 2011).

De forma a perceber o grau de satisfação (concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo, discordo totalmente) do grupo populacional face aos conteúdos, metodologia, meios auxiliares e tempo de exposição das atividades foi aplicada a Escala de Likert (anexo XXII). Verificou-se nos quatro parâmetros, que as maiores percentagens se encontraram no Concordo Totalmente e Concordo.

Com vista à comemoração do Dia Mundial Sem Tabaco, dia 31 de maio, e com o objetivo de incentivar os adolescentes a serem promotores de saúde foi realizada uma atividade que

consistiu na elaboração de cartazes sobre o tema: “O direito a respirar ar livre de tabaco”. Estes cartazes elaborados pelos adolescentes foram distribuídos pela sala do aluno da ESJR e ficaram afixados até ao final do ano letivo (anexo XXIII). Como estratégia de participação, por partes dos adolescentes, e com o envolvimento da Associação de Pais da ESJR esta atividade foi alvo de um concurso, e sujeita a avaliação (anexo XXIV) tendo sido atribuído um prémio ao melhor cartaz (anexo XXV). A avaliação dos cartazes foi realizada pelas professoras coordenadoras do Projeto de Educação para a Saúde da ESJR, diretores das duas turmas e presidente da associação de pais. É de salientar, ainda que o prémio para o cartaz vencedor foi oferecido pela Associação de Pais da ESJR.

Após a realização de todas estas atividades com, (e não para), o grupo populacional deste projeto de intervenção foi novamente questionado aos adolescentes. “O que é para ti a Promoção da Saúde?” (anexo XXVI).

Perante as respostas apresentadas inicialmente, pelos adolescentes, à questão “O que é para ti a Promoção da Saúde?” efetuou-se uma análise de conteúdo das mesmas, face às variáveis preconizadas no Contexto Intrassistémico do Modelo Teórico de Betty Neuman. Tal como se pode verificar no quadro seguinte não foi possível encontrar unidades de registo para todas as categorias (variáveis preconizadas no Contexto Intrassistémico do Modelo Teórico de Betty Neuman).

Quadro 3 – Análise de conteúdo das respostas apresentadas inicialmente à pergunta: “O que é para ti a Promoção da Saúde?”, face às variáveis preconizadas no Contexto Intrassistémico do Modelo Teórico de Betty Neuman

Respostas apresentadas inicialmente à pergunta: “O que é para ti a Promoção da Saúde?” face às variáveis preconizadas no Contexto Intrassistémico do Modelo Teórico de Betty Neuman (1995)				
<p><u>Fisiológicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de vida saudável Alimentação Exercício Físico Higiene 	<p><u>Psicológicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Não sei! - Cuidar dela (saúde) - Promover algo na área da saúde - Como podemos ser saudáveis - Ensinar a melhorar a nossa saúde - Junção de vários fatores que façam com que a nossa saúde seja melhor, mais duradoura 	<p><u>De Desenvolvimento:</u></p> <p>Promover a saúde como um bem necessário no dia-a-dia e todos os dias</p>	<p><u>Socioculturais:</u></p> <p>-----</p>	<p><u>Espiritual:</u></p> <p>-----</p>

De seguida, com as atuais respostas realizou-se, também, uma análise de conteúdo das mesmas, face às variáveis preconizadas no Contexto Intrassistémico do Modelo Teórico de Neuman. Pode-se verificar que, nesta fase foi possível encontrar unidades de registo para todas as categorias, ou seja para todas as variáveis preconizadas no Contexto Intrassistémico do Modelo Teórico de Betty Neuman (quadro nº5).

Quadro 4 – Análise de conteúdo das respostas após a participação nas atividades do projeto: “O que é para ti a Promoção da Saúde?, face às variáveis preconizadas no Contexto Intra Sistémico do Modelo Teórico de Betty Neuman.

Respostas após a participação nas diferentes atividades do projeto: “O que é para ti a Promoção da Saúde?” face às variáveis preconizadas no Contexto Intra Sistémico do Modelo Teórico de Betty Neuman (1995)	
<u>Fisiológicas</u>	<p><u>Hábitos de vida saudável:</u></p> <p>Alimentação</p> <p>Beber água</p> <p>Exercício Físico</p> <p>Higiene.</p> <p>Não beber bebidas alcoólicas.</p> <p>Não fumar.</p>
<u>Psicológicas</u>	<p>Optar pelo bem-estar de si próprio.</p> <p>Promover o bem-estar físico, psicológico.</p> <p>É um conceito de vida saudável.</p> <p>É a informação que as pessoas têm sobre a sua saúde.</p> <p>É aprender a proteger a nossa saúde.</p> <p>É ter as nossas próprias ideias, conhecimentos, saber distinguir o bem do mal para termos as nossas próprias decisões para evitar problemas no futuro.</p> <p>Serve para ter uma saúde saudável.</p> <p>É importante para vivermos melhor, mais saudáveis.</p> <p>É a forma de garantir e até ganhar hábitos para uma saúde melhor. É até produzir saúde.</p>
<u>De Desenvolvimento</u>	<p>Aprendi bastante com as sessões</p> <p>Ter oportunidade de aprender sobre a saúde</p> <p>Precisamos de promotores de saúde para nos informar sobre melhorar a nossa saúde</p>
<u>Socioculturais</u>	<p>Vou começar a explicar a todas as pessoas tudo aquilo que aprendi.</p> <p>Dar conhecimento aos outros como podem melhorar o seu estilo de vida e a sua saúde; é ajudar a melhorar a sua saúde.</p> <p>Dar a conhecer às pessoas os melhores caminhos para que tenham uma vida saudável, sendo nós um exemplo de estilos de vida saudáveis para as gerações vindouras.</p>
<u>Espiritual</u>	<p>Promover a saúde não é só física é também mental, temos de <u>estar bem de alma</u> para o físico estar bem.</p>

Da análise efetuada às respostas, e sendo o grupo populacional, os adolescentes, um sistema, as cinco variáveis em interação só se verificam na segunda análise, ou seja após o decorrer das atividades do projeto de intervenção. Podemos, desta forma verificar que as atividades de promoção da saúde desenvolvidas, tendo por base a Teoria do *Empowerment* resultaram num aumento das capacidades dos adolescentes. “Os clientes que se sentem capacitados têm maior probabilidade de serem capazes de tornar as suas próprias decisões relativas aos cuidados de saúde e de melhorar o seu estado de saúde (Stanhope e Lancaster, 2011: 763). Ou seja, estas atividades funcionaram como uma forma de capacitação e de aprendizagem, dando poder e intervenção aos que deles beneficiam, neste caso os adolescentes.

Não sendo o fim do projeto, mas sim mais uma atividade, conforme previsto no plano de atividades do projeto de intervenção, delineado no projeto de estágio, foi organizado um convívio: “Um dia livre e saudável”. Este teve por base algumas das áreas identificadas pelos adolescentes. Na vertente da atividade física foram realizados jogos populares. Para o efeito tive a colaboração do Clube de Atividades Lúdicas e de Manutenção de Tomar que emprestou todo o material de suporte à realização da atividade (anexo XXVII). Como é impossível abordar as questões da atividade física, sem salientar a importância de uma alimentação saudável, foi efetuado um pedido à Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo, com a colaboração das professoras coordenadoras do projeto de educação para a saúde da ESJR, para no dia do convívio serem confeccionadas três sopas. Tendo sido deferido o pedido, os adolescentes tiveram a oportunidade de, no dia do convívio, acompanhar a confeção das mesmas, tendo-lhes previamente sido prestada alguma informação: valor nutritivo da sopa, ingredientes de uma sopa e modo de confeção. Uma vez que esta atividade foi realizada na cozinha do refeitório da ESJR é de salientar que todos os elementos, que dela fizeram parte foram equipados a rigor: toca para a cabeça, avental e proteção de calçado (anexo XXVIII).

Na vertente da educação para o consumo e tendo em conta a degradação do planeta e a escassez de água potável, foram realizadas com a colaboração das técnicas de saúde ambiental da USP do ACeS Zêzere dois jogos: o primeiro relacionado com a reciclagem e o segundo com a poupança de água, em que o objetivo era encher um garrafão com água desperdiçando a menor quantidade de água (anexo XXIX).

Foi elaborado um guia orientador das atividades do convívio, para que estas decorressem o mais organizado possível. Este guia foi uma mais-valia, tanto para mim, como para os colaboradores do convívio.

O projeto de intervenção: Construir o caminho no contexto da saúde escolar: promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes notícia no jornal cidade de tomar (anexo XXX).

Antes da realização de cada um das atividades desenvolvidas ao longo do projeto foi efetuado o respetivo registo da atividade conforme protocolo no Programa de Saúde Escolar da USP e validado pela enfermeira cooperante e teve sempre presente em todas as atividades desenvolvidas (anexo XXXI). É importante, ainda referir que as atividades decorrem nos tempos previstos no cronograma elaborado no projeto de estágio.

Para este projeto foram delineados indicadores de processo e de resultados. Desta forma, apresentam-se vários Indicadores de Processo, que podem ser consultados de seguida (quadro nº5). Para além da determinação dos indicadores foram, também indicadas as respetivas metas, sendo que para os indicadores de processo, estas foram alcançadas na íntegra.

Quadro nº5 – Indicadores de Processo

Indicadores de Processo			Metas
<u>Nº de alunos que participam no projeto</u>	✘	100	95%
Nº de alunos abrangidos pelo projeto			
<u>Nº de atividades de educação para a saúde realizadas</u>	✘	100	100%
Nº de atividades de educação para a saúde programadas (4)			
<u>Nº de atividades realizadas</u>	✘	100	100%
Nº de atividades programadas (3)			

Delineados, também foram os Indicadores de Resultado e respetivas metas que podem ser consultados no quadro nº6. Prespetivando a continuidade institucional do desenvolvimento do projeto salienta-se que este vai ter continuidade pela enfermeira orientadora, pelo que se prespetiva a avaliação destes indicadores no final do próximo ano letivo.

Quadro nº6 – Indicadores de Resultado

Indicadores de Resultado			Metas
<u>Nº de alunos que pratica exercício físico 2 a 3 vezes por semana</u>	✘	100	50%
Nº de alunos abrangidos pelo projeto			
<u>Nº de adolescentes que deixaram de fumar</u>	✘	100	50%
Nº de adolescentes que fumava (7)			
<u>Nº de adolescentes não fumadores</u>	✘	100	100%
Nº de adolescentes que não fumavam (34)			
<u>Nº de adolescentes que não são mães (nem estão grávidas)</u>	✘	100	100%
Nº de adolescentes raparigas abrangidas pelo projeto			
<u>Nº de adolescentes rapazes que não são pais</u>	✘	100	100%
Nº de adolescentes rapazes abarngidos pelo projeto			

No sentido de validar as atividades desenvolvidas neste projeto de intervenção, com os adolescentes, procuraram-se as mais recentes evidências científicas, para uma Prática de Enfermagem Baseada na Evidência, tendo para o efeito recorrido à RSL.

2 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O conhecimento mais atualizado sobre a temática centrada nas intervenções de enfermagem que promovem o *empowerment* dos adolescentes na escola, foi identificado após a realização de uma RSL. Tendo como ponto de partida uma pergunta de investigação, em que para a sua construção foi utilizada a estratégia PI[C]O, sendo que o P representa os Participantes (adolescentes na escola), o I, as Intervenções (intervenções de enfermagem), o C, as Comparações, que podem existir ou não e o O, representa os *Outcomes*, ou seja resultados (promoção do *empowerment*):

“Quais as intervenções de enfermagem (I) que promovem o *empowerment* (O) dos adolescentes nas escolas (P)?”

Após a definição da pergunta inicia-se o protocolo de pesquisa, que na sua gênese tem a identificação das palavras-chave: Intervenções, Enfermagem, *Empowerment*, Adolescentes e Escolas. Os termos apurados, no contexto desta metodologia, foram submetidos a validação em locais de avaliação dos descritores. Sem este passo, o pesquisador corre o risco de não utilizar a mesma linguagem que os autores dos artigos científicos. Recorreu-se à base internacional Medical Subjects Headings (MeSH) Browser (2012) e aos Descritores em Ciências de Saúde (DECS).

No quadro seguinte encontram-se identificados a população, intervenção, *outcomes*, respetivos conceitos e palavras-chave:

Quadro nº 7 – Critérios para a Formulação da Pergunta Formato PI[C]O

P	Participantes	Quem foi estudado?	Adolescentes na Escola	Palavras-chave: Nurs* Interventions <i>Empowerment</i> Adolescents Schools
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem	
C	Comparações	Podem existir ou não?	-----	
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências	Promoção do <i>Empowerment</i>	

O passo seguinte no protocolo de pesquisa da RSL foi a hierarquização dos descritores, tendo a mesma sido definida de acordo com o grau de importância, atribuída, a cada palavra-chave. Seguiu-se a conjugação ordenada dos descritores, pela seguinte sequência: 1º - Nurs*, 2º - Interventions, 3º - Empowerment, 4º - Adolescents, 5º - Schools. Para o cruzamento dos descritores (realizada no dia 21/08/2013) procedeu-se a uma seleção das bases de dados a

consultar. Na plataforma EBSCO foram selecionadas as seguintes bases de dados científicas: CINAHL Plus with Full Text, Medline with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina. Como limitadores / condições de pesquisa foram selecionadas as seguintes, (nas próprias bases de dados, conforme se encontravam disponíveis): Boleano/frase, Friso Cronológico de Janeiro de 2008 a Janeiro de 2013; Resumo disponível; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF; Humano. Na tabela em anexo (XXXII) encontram-se os resultados de cada descritor, nas bases de dados indicadas.

Através desta pesquisa e cruzamento dos descritores: “Nurs*”; “Interventions”; “Empowerment”; “Adolescent”; “Schools”, nas bases de dados, obtiveram-se 6 artigos. Nesta fase procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos 6 artigos. Foram analisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão de modo a obter os artigos adequados à questão e ao objetivo de estudo (quadro nº8).

Quadro nº 8 – Critérios de Inclusão/Exclusão dos Estudos

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> - Estudos onde a população alvo, das intervenções de enfermagem na escola, fossem adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. - Estudos onde a abordagem do <i>empowerment</i> fosse abordada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos em que a população alvo não fosse adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. - Estudos desenvolvidos noutro contexto que não a escola. - Estudos que não se encontrem disponíveis.

Para uma melhor compreensão do raciocínio lógico apresenta-se um esquema relativo ao cruzamento dos 5 descritores (“Nurs*”; “Interventions”; “Empowerment”; “Adolescent”; “Schools”) nas diferentes bases de dados, já indicadas, da plataforma EBSCO (figura nº2). Após a aplicação dos critérios de Inclusão e de Exclusão obtiveram-se 2 artigos. Dos 6 artigos, dois foram excluídos por não apresentarem como população alvo, a indicada nos Critérios de Inclusão, os outros dois excluíram-se por não abordarem a questão do *empowerment*. Os 2 artigos escolhidos foram lidos na íntegra, e apresentam-se, nesta fase como um pilar para a elaboração da discussão e respetivas considerações finais. Dos artigos analisados foram elaboradas as respetivas fichas de leituras que irão ser apresentadas no anexo (anexo XXXIII). Os artigos foram submetidos a uma classificação por sete níveis de evidência¹. O artigo “Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: a concept analysis” (Heale e Griffin, 2009) apresenta nível de Evidência V e o artigo “Improving the Mental Health, Healthy Lifestyle Choices, and Physical Health of Hispanic Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study” (Melnyk; Jacobson; Kelly; O’Haver; Small; Mays, 2009) apresenta nível II de Evidência.

¹ Sistema de classificação para a hierarquia das evidências de Melnyk; Fineout-Overholt, (2005) modificado por Guyatt & Rennie, 2002, Harris et al., 2001: Nível I – Evidências de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos relevantes randomizados (ECR), ou baseados em evidências da prática clínica com base em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados; Nível II – Evidências obtidas a partir de um pelo menos um RCT bem desenhado Estudo experimental; Nível III – Evidências obtidas de ensaios clínicos controlados, sem randomização; Nível IV – Estudos de caso-controlo ou coorte; Nível V – Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI – Evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII – opiniões de autoridades e / ou relatórios das comissões de peritos.

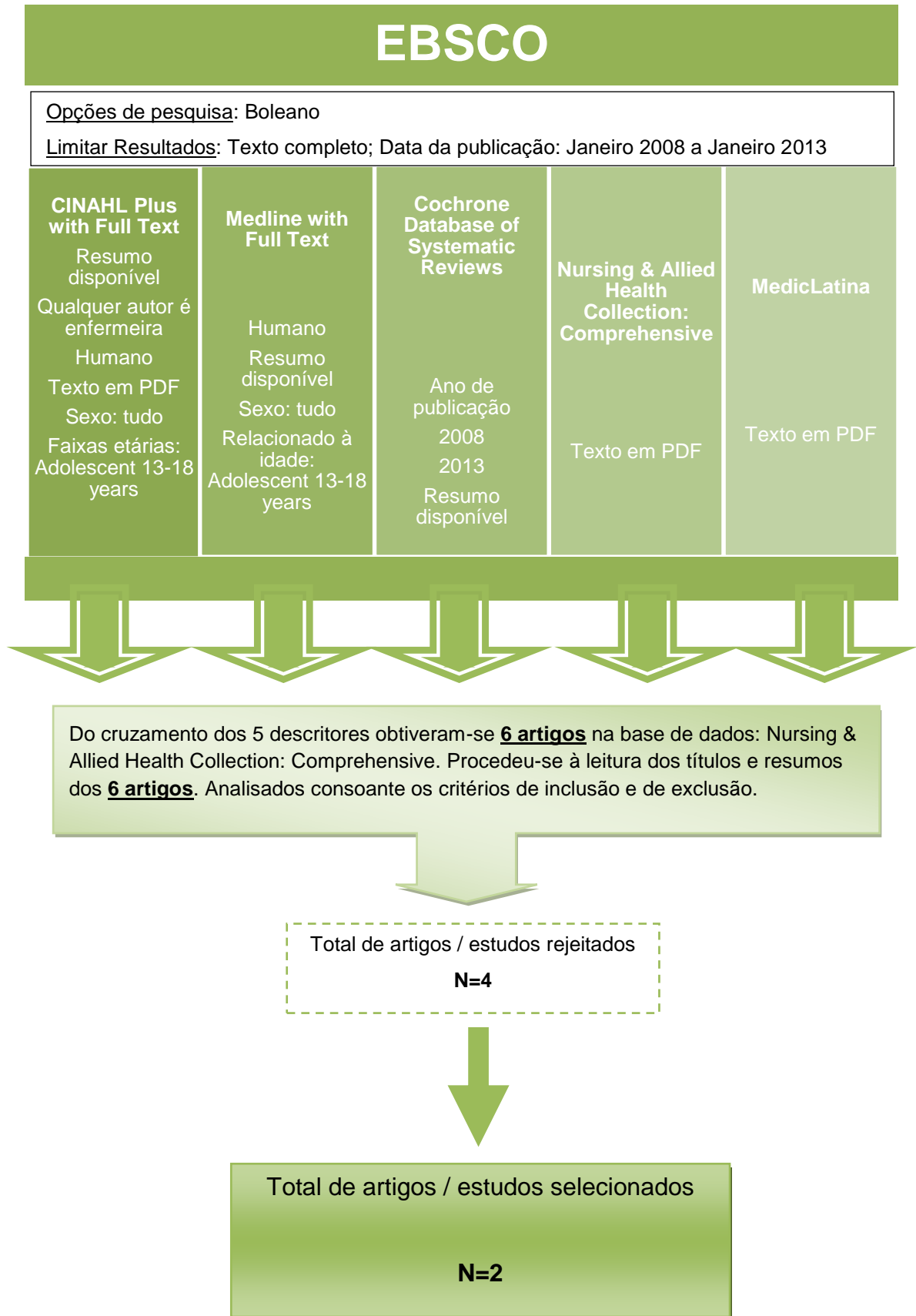


Figura 2 – Raciocínio Lógico do Protocolo de Pesquisa

2.1 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Aos artigos selecionados foi elaborada a respetiva ficha de leitura no sentido de analisar e interpretar a metodologia e os achados, de forma a retirar o conteúdo relevante para a prática de enfermagem baseada na evidência. Apresentam-se agora os principais resultados que serviram de pilar à análise e discussão (quadro 11).

Quadro nº 9 – Apresentação das principais conclusões dos estudos selecionados

Título do estudo / Autores	População	Principais Conclusões
<p>“Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: a concept analysis”</p> <p>HEALE; GRIFFIN (2009)</p> <p>(Nível de Evidência V)</p>	Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros podem usar modelos de promoção da saúde para incorporar este conceito chave de auto-eficácia no seu trabalho quando ajudam os adolescentes a mudar o comportamento tabágico. - É um conceito que tem grandes implicações nas atividades de promoção da saúde, com o recurso a modelos de promoção da saúde, não só na necessidade de obter conhecimentos e motivação para a mudança de um comportamento específico, mas também para um elevado nível de confiança, capacidade e habilidade percebida para alcançar um objetivo. - A definição teórica deste conceito desenvolvido neste artigo, relacionado com os adolescentes, proporcionará uma base para os enfermeiros planearem as suas intervenções num programa de cessão tabágica com os adolescentes.
<p>“Improving the Mental Health, Healthy Lifestyle Choices, and Physical Health of Hispanic Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study”</p> <p>MELNYK; JACOBSON; KELLY; O’HAVER; SMALL; MAYS (2009)</p> <p>(Nível de Evidência II)</p>	41 Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - O programa de intervenção Estilos de Vida Saudáveis TEEN COPE teve um efeito positivo na saúde física e mental dos adolescentes. Encontravam-se menos deprimidos, ansiosos e mais tentados a fazer escolhas saudáveis. - A informação educacional só por si não costuma levar à mudança de comportamento. - A evidência deste estudo indica que a integração do programa COPE TEEN nas escolas pode ser a chave não só para a diminuição de sintomas depressivos e de ansiedade e prevenção de distúrbios de saúde mental, mas também para a construção de crenças / confiança dos adolescentes em exercer escolhas relativas aos estilos de vida saudáveis que conduzem a comportamentos mais saudáveis e melhorias na saúde física.

2.2 – AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE PROMOVEM O *EMPOWERMENT* DOS ADOLESCENTES NA ESCOLA – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

As conclusões dos dois achados científicos focam a importância dos adolescentes possuírem um elevado nível de confiança para alcançarem um determinado objetivo, quer relacionado com a cessão do tabagismo, quer para fazerem escolhas relativas aos estilos de vida saudáveis, contudo as intervenções desenvolvidas em cada um dos artigos, para promover esse nível de confiança diferem.

O artigo “Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: a concept analysis” foca o conceito da auto-eficácia na cessão do tabagismo na adolescência, fazendo referência que a auto-eficácia é um dos conceitos do modelo de promoção da saúde de Nola Pender. O modelo de promoção da Saúde de Nola Pender “surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam

comportamentos saudáveis, além, de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se empregarem em comportamentos produtores de saúde” (Pender, 2002 citado por Victor, Lopes e Ximenes, 2005). Permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo a inter-relação de três pontos principais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento desejável (comportamento de promoção da saúde). Estas três grandes componentes encontram-se subdivididas em variáveis. Na componente: sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento, que se quer alcançar, núcleo central deste diagrama, identificamos várias variáveis, sendo que uma delas é: percebe auto-eficácia. Esta é entendida como o julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações (Victor; Lopes; Ximenes, 2005). No artigo em análise os autores McCullagh e Cook definem a auto-eficácia como a confiança que uma pessoa tem na sua capacidade em realizar com sucesso uma ação (McCullagh e Cook, 2004 citado por Heale, Griffin e Mary, 2009). Corroborando Driscoll (1994 citado por Stanhope e Lancaster, 2011: 323) define a auto-eficácia como a “avaliação que os indivíduos fazem das suas capacidades de desempenho relacionadas com um determinado tipo de tarefa”. Nesta linha de pensamento e tendo em conta que o *empowerment* é um processo que aumenta a capacidade de realização das pessoas (Rodrigues, et al, 2005), sendo simultaneamente um processo educativo e capacitante, a utilização da teoria do *empowerment* pelo enfermeiro na promoção da saúde dos adolescentes torna-se crucial.

As estratégias para aumentar a auto-eficácia incluem gerar satisfação no adolescente, em que o enfermeiro deve proporcionar ao adolescente oportunidades de utilizar as capacidades recentemente adquiridas (Driscoll, 1994 citado por Stanhope e Lancaster, 2011). Nesta ótica, o enfermeiro deve utilizar estratégias e ser o veículo, de forma a ocorra um aumento do reconhecimento das capacidades do adolescente, por parte deste, assim como um acréscimo de poder de intervenção para a promoção da sua saúde.

Este eixo orientador auto-eficácia – *empowerment* remete-nos, também para outro autor. Para Gibson (1991), o processo de *empowerment* promove uma maior capacitação e consequentemente satisfação dos cidadãos, permitindo a resolução dos seus problemas através da mobilização dos recursos necessários de forma a controlarem a sua vida. Como já vimos, na dimensão do adolescente, do processo de *empowerment* para o contexto de enfermagem de Gibson (1991) um dos atributos necessários para o seu *empowerment* é a auto-eficácia, em que o enfermeiro deve ser educador, conselheiro e capacitador, resultando da interação adolescente/enfermeiro empatia, confiança e tomada de decisão participativa (Gibson, 1991), que é o que se pretende na promoção da saúde dos adolescentes. Este autor define *empowerment* como um processo crucial de reconhecimento, promoção e reforço das capacidades dos adolescentes para perceberem as suas necessidades, resolverem os seus problemas e mobilizarem os recursos necessários para sentirem controlo sobre as suas próprias vidas (Gibson, 1991).

No artigo que estamos em análise, o caso tipo mostra-nos que com a auto-eficácia a adolescente reuniu um conjunto de estratégias que vão ajudar, a adolescente, a atingir o seu

objetivo que se prende com o facto de deixar de fumar, e conseqüentemente uma promoção do seu *empowerment* para uma escolha por estilos de vida saudáveis.

Este artigo não só dá resposta à pergunta PI[C]O, no sentido de salientar a importância do recurso a um modelo de promoção da saúde, neste caso específico das atividades desenvolvidas no estágio, a teoria do *empowerment*, como acrescenta que é fundamental a aplicabilidade do conceito auto-eficácia na promoção da saúde dos adolescentes, pois estes, não precisam só de poder (o poder é entendido como a capacidade para: poder sobre, poder para, poder de), para uma mudança específica de comportamento, mas também de um alto nível de confiança, e de capacidade percebida (auto-eficácia), para atingir o seu objetivo.

O artigo “Improving the Mental Health, Healthy Lifestyle Choices, and Physical Health of Hispanic Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study” apresenta como objetivo, determinar a curto prazo a eficácia de um programa estilos de vida saudáveis (Criando Oportunidades de Empowerment Pessoal) na saúde mental, para a construção de habilidades comportamentais, cognitivas e educacionais, e para a escolha de estilos de vida saudáveis, nos adolescentes.

No final do estudo os autores Melnyk, et al, (2009) apontam o efeito positivo das intervenções desenvolvidas no programa, para a saúde física e mental dos adolescentes. Estas incluíram 15 sessões educacionais, em que cada uma delas começava com 15 a 20 minutos de atividade física. Os adolescentes efetuavam um registo diário dos progressos, entre as sessões. Salientam, ainda que a informação educacional só por si não costuma levar à mudança de comportamento.

No projeto de intervenção do estágio realizado foram desenvolvidas outras atividades, para além de fornecer informação educacional, nas sessões de promoção da saúde com recurso à educação para a saúde. Foi proporcionado aos adolescentes a elaboração de cartazes, com vista à comemoração do Dia Mundial Sem Tabaco e organizado um convívio “Um dia livre e saudável” abordando as áreas já descritas neste relatório.

Este estudo, também dá resposta à pergunta PI[C]O, no sentido em que nos apresenta um programa realizado com os adolescentes na escola, no qual se obtiveram resultados positivos, no que diz respeito ao desenvolvimento intervenções que promovem o *empowerment* destes, quer pelo entusiasmo na escolha de estilos de vida saudáveis, quer pelos resultados positivos na saúde física e mental.

Neste sentido as intervenções de enfermagem que promovem o *empowerment* dos adolescentes na escola à luz da evidência científica, destes dois artigos analisados, prendem-se com o recurso a um modelo / teoria de promoção da saúde, assim como o desenvolvimento de atividades de sessões educacionais no âmbito da promoção da saúde, e o desenvolvimento de outras atividades em simultâneo, quer em grupo (atividade física), como de forma individual (registo de progressos individuais).

Encarando os adolescentes, dos dois artigos analisados, como um sistema, em que as interações são o alvo das intervenções de enfermagem, as temáticas abordadas nos artigos enquadram-se no Modelo Teórico de Enfermagem de Neuman, já que, para esta teórica, a principal preocupação da enfermagem é ajudar o sistema adolescentes a atingir, manter ou reter a

estabilidade do sistema, ajudando-o a fazer os ajustes necessários para o bem-estar ideal. De forma a atingir estes objetivos os autores Heale, Griffin e Mary, (2009) referem que as enfermeiras podem usar modelos de promoção da saúde para incorporar o conceito da auto-eficácia no seu trabalho, quando ajudam os adolescentes a promover a sua saúde. Neste caso, e com vista ao aumento da capacidade, para esta ser melhor percebida/avaliada pelo adolescente podemos recorrer ao *empowerment* de forma a existir uma redistribuição do poder entre os adolescentes e o enfermeiro. No artigo “Improving the Mental Health, Healthy Lifestyle Choices, and Physical Health of Hispanic Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study”, os autores Melnyk, et al, (2009) salienta a evidência científica de que a integração deste tipo de programas de intervenção, nas escolas tem efeitos positivos na saúde do adolescente quer a nível físico, como mental. Tanto o uso de modelos de promoção da saúde incorporando o conceito da auto-eficácia nas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, com os adolescentes, assim como o desenvolvimento de programas que promovem o *empowerment* deste grupo populacional são intervenções de enfermagem delineadas com o objetivo de manter/fortalecer a linha flexível de defesa dos adolescentes.

O *empowerment* ao ser um veículo mobilizador das capacidades do adolescente permite a satisfação das reais necessidades deste, através do controlo efetivo da sua vida, ideologia que vai ao encontro dos conceitos da promoção da saúde, nomeadamente ao da Carta de Ottawa. Logo, cabe às intervenções desenvolvidas no âmbito da saúde escolar a promoção do *empowerment* dos adolescentes, assim como a criação de um ambiente físico e social saudável, e promotor de bem-estar nas escolas, o qual poderá conduzir a resultados positivos no âmbito da promoção da saúde dos adolescentes (Loureiro, 2004).

O constructo teórico que tem vindo a ser desenvolvido, ao longo deste relatório conduziu à realização de um esquema de análise que a seguir se apresenta (esquema nº3). Tendo como pilar para a cientificidade das intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro, o Modelo Teórico de Enfermagem de Neuman, para promover o *empowerment* dos adolescentes na promoção da sua saúde, na escola, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem que fortalecer a linha flexível de defesa. Nesta perspetiva, o papel deste tem que ser de mobilizador de recursos, capacitador e educador, no sentido de clarificar os valores dos adolescentes, promover o aumento do conhecimento e a criação de uma consciência crítica, em que há uma redistribuição do poder entre o adolescente e o enfermeiro. Contudo, para que tal aconteça é fundamental que a relação enfermeiro/adolescente seja uma relação de cooperação, recheada de confiança e de empatia, existindo uma tomada de decisão partilhada. Este processo conduz a um aumento da motivação por parte do adolescente, para atuar sobre as questões relacionadas com a promoção da sua saúde, e conseqüentemente a um aumento da auto-eficácia. Torna-se capaz de tomar decisões voluntárias e de efetuar escolhas relativas à sua saúde, escolhas capacitadas, com vista ao bem-estar. Este processo reflete o processo de *empowerment* dos adolescentes, na escola, na promoção da sua saúde.

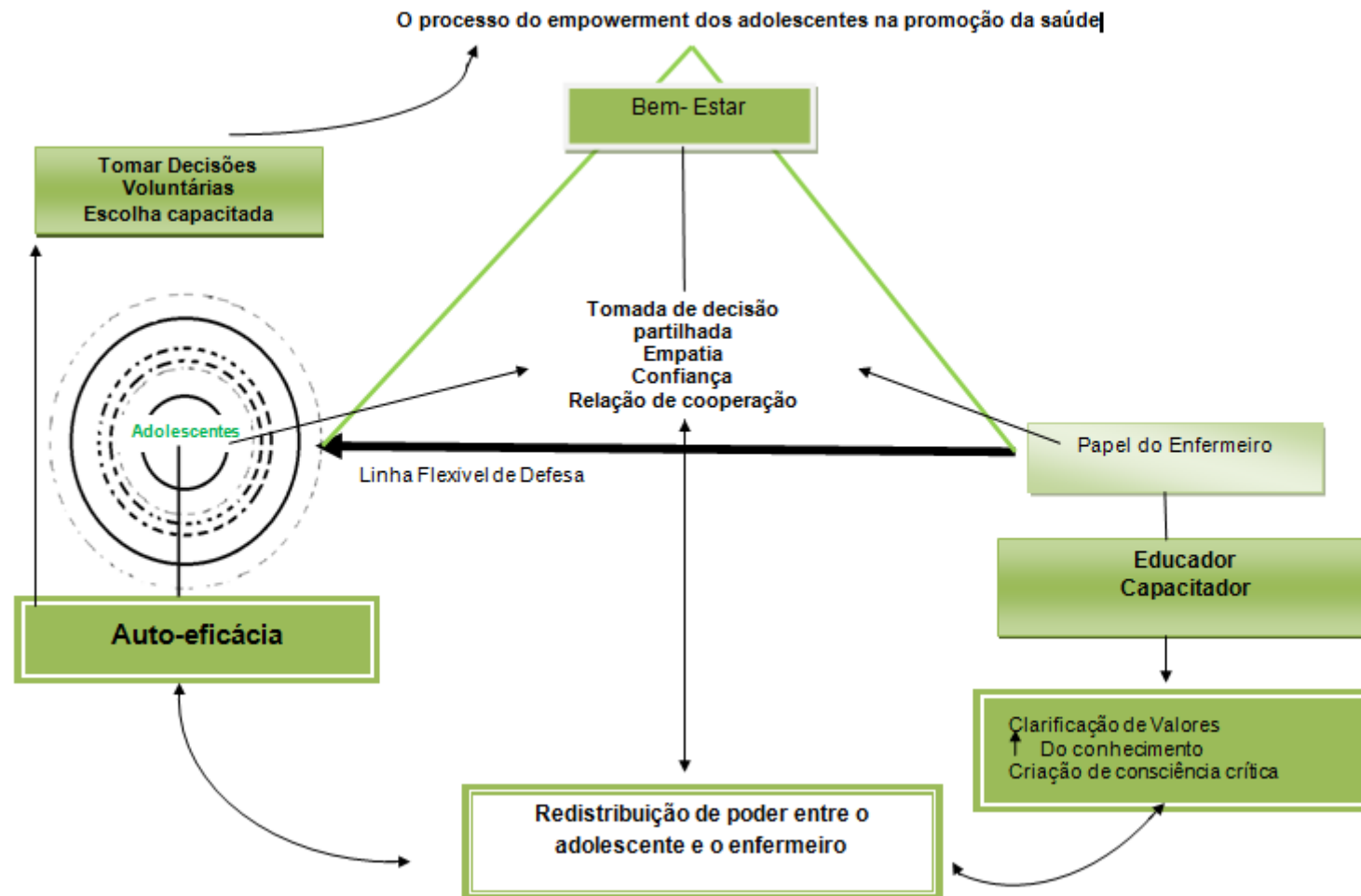


Figura Nº 3 – Esquema de Análise

3 – CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho constituiu, uma retrospectiva com um caráter reflexivo e crítico das atividades desenvolvidas neste estágio e seu contributo na aquisição e desenvolvimento de competências na área específica do conhecimento em Enfermagem Comunitária. Devo dizer que, numa fase inicial, constituiu um turbilhão de medos e emoções, devido ao cariz de inovação e responsabilidade que lhe está subjacente. No entanto, veio a revelar-se aliciante a forma como se desenvolveu, tanto o estágio, como a realização deste relatório.

Na reflexão fundamentada sobre a intervenção realizada recorreu-se à RSL permitindo o desenvolvimento de competências nesta área. Contudo, e apesar da consciência de que o domínio desta metodologia é escasso, considera-se que o facto de todo este processo, partir de uma base sustentada na prática, faz toda a diferença, em termos de investigação.

A evidência encontrada na RSL acerca da temática em estudo permitiu demonstrar que as intervenções de enfermagem desenvolvidas no projeto de intervenção, com os adolescentes do 8º ano da ESJR, foram pertinentemente planeadas e desenvolvidas tendo em conta este grupo populacional, pois foram ao encontro do que é desenvolvido internacionalmente, pelos enfermeiros nas escolas, com os adolescentes. Verificou-se que, não só é fundamental a utilização de uma teoria/modelo de promoção da saúde, pelo enfermeiro escolar, assim como acrescenta os benefícios do recurso a outro conceito, a “autoeficácia” no *empowerment* dos adolescentes. Neste caso, a teoria do *empowerment* pode ser utilizada pelo enfermeiro escolar como uma estratégia (domínio do enfermeiro), na medida em que, o adolescente adquire poder (existe uma redistribuição do poder entre o adolescente e o enfermeiro), autodeterminação e aumento da capacidade, que por sua vez é percebida por si próprio - auto-eficácia, (domínio do adolescente) para utilizar os seus próprios recursos e tomar as suas próprias decisões de forma autónoma e capacitada (domínio da interação enfermeiro/adolescente), como forma de promover a sua saúde. Verificou-se, também a importância das sessões educacionais nos adolescentes, assim como, da realização de atividades paralelas promotoras de *empowerment* neste grupo populacional, tais como a realização de sessões de atividade física e de registo diário dos progressos, de forma a estimularem o desenvolvimento de competências individuais que lhes permitam tomar decisões autónomas, genuínas, voluntárias e conscientes face à sua saúde. É como base nesta evidência que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve planear e desenvolver as intervenções de enfermagem com os adolescentes nas escolas. O desenvolvimento deste projeto de intervenção, quer pela exigência da conjugação das estratégias de intervenção, quer pelo envolvimento de diferentes profissionais, trouxe contributos pessoais na aquisição de competências na área da gestão de projetos de enfermagem comunitária.

Nesta RSL efetuada foram encontrados os dois estudos indicados, o que evidência a necessidade de serem desenvolvidos e publicados mais estudos acerca das intervenções de

enfermagem, no âmbito da saúde escolar, que promovam o *empowerment* dos adolescentes. Contudo, um dos artigos não aborda de forma explícita o *empowerment* dos adolescentes, este está implícito e subjacente nos resultados do estudo desenvolvido, à semelhança de outras RSL efetuadas em torno da temática do *empowerment* (Simões, 2012).

A investigação em enfermagem é fundamental para o desenvolvimento, avaliação e expansão do conhecimento em Enfermagem, assim como para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, e para a melhoria da saúde das comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

O estágio realizado na USP permitiu o desenvolvimento das competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, tendo como base sustentada a teoria que se aliou à prática em todo este percurso, pelo que considero ter alcançado os objetivos propostos. A reflexão da prática sobre a prática deve ser uma constante no trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, em prol do seu desenvolvimento pessoal e profissional. Desta forma, estou convicta que no decorrer das intervenções de enfermagem desenvolvidas ao longo do estágio contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrando a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde. Convicta que a realização e cooperação na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico foi a competência menos conseguida. Contudo, é com esta perspetiva que considero que este relatório vá contribuir para que a prática de enfermagem comunitária, seja cada vez mais baseada na evidência. Esta “constitui um pré-requisito para a excelência e segurança dos cuidados, assim como para a otimização dos cuidados em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Neste sentido, urge a necessidade da utilização da RSL, enquanto metodologia científica, pelos enfermeiros em contexto comunitário, promovendo uma prática de enfermagem baseada na evidência, de forma a planear e desenvolver intervenções de enfermagem que contribuam para a excelência dos cuidados de enfermagem comunitária.

BIBLIOGRAFIA

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. ACES do Médio Tejo II – Zêzere (2011). Plano de Atividades para o biénio 2011 da Unidade de Saúde Pública. Constância: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Almeida, L. M. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1 (Volume nº 28), p.79- 92.

Alves, M. J. C. F. R. (2009). Implementação de um Programa de Promoção e Educação para a Saúde numa Escola. Dissertação de Mestrado em Ensino da Biologia e Geologia, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

Andrade, M. I. (1995). Educação para a saúde: guia para professores e educadores. Lisboa: Texto Editora.

Baixinho, C. R. S. L. (2008). Capacidade de marcha após fractura do colo do fémur: revisão sistemática de literatura. *Revista de Enfermagem Referência IIª série*, 8, p. 79-86.

Basto, M. L. (2000). Contributo da Enfermagem para a promoção da saúde da população. Lisboa: Ministério da Saúde. Sub-região de Saúde de Lisboa.

Becker, D., Edmundo, K., Nunes, N., Bonatto, D. e Souza, R. (2004). Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (3), p. 655 – 667.

Candeias, V., Nunes, E., Morais, C., Cabral, M., Silva, P. (2005). Princípios para uma Alimentação Saudável. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Carta de Ottawa, 1986. Acedido em 19 de junho de 2012 em <http://.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>

Carvalho, A. e Carvalho, G. (2006). Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Loures: Lusociência.

Carvalho, S. R. (2004, julho - agosto). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20 (4), p. 1088 – 1095.

Cavalcante, M. B. P. T., Alves, M. D. S. e Barroso, M. G. T. (2008, setembro). Adolescência, Álcool e Drogas: Um Revisão na perspectiva da Promoção da Saúde. Revista de Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery. 12 (3), p. 555-559.

Chiavenato, I. (1987). Teoria geral da administração. 3ª edição. São Paulo: Mc Graw-Hill.

Contreiras, T., Rodrigues, E. e Nunes, B. (2010). ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada. Relatório 2006-2008. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor. Ricardo Jorge. Disponível em

http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/743/1/Relat%C3%B3rio%20ADELIA%202006-2008_18_4_2011_final.pdf

Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. e Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2, p.75-82.

Costa, M. M. G. T. (2008). A prática dos enfermeiros em educação para a saúde dos adolescentes: A problemática dos comportamentos de risco. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7232/2/Dissertao%20ultima%20verso%201205.pdf>

Decreto-Lei nº 74/2006. Diário da República nº 60 / 24 de março de 2006 – I Serie – A. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.

Decreto-Lei nº 81/2009. Diário da República nº 65 / 2 de abril de 2009 – 1ª Serie. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei nº 259/2000. Diário da República nº 240 / 17 de outubro de 2000 – I Serie – A. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei nº 28/2008. Diário da República nº 38 / 22 de fevereiro de 2008 – 1ª Serie. Ministério da Saúde. Lisboa.

Dias, M. R., Duque, A. F., Silva, M. G. e Durá, E. (2004, setembro). Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia?. Análise Psicológica, 3 (22), p. 463-473.

Direção Geral de Saúde (2005). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – Programa-Tipo de Atuação Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

Direção Geral de Saúde (2005). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2006). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2007). A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Orientações Programáticas. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes - Programa Nacional de saúde dos jovens 2006/2010. Lisboa: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional de Vacinação 2012. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Fenwik, E. e Smith, T. (1995). Adolescência – Um valioso guia para os pais e adolescentes. Lisboa: Artes Gráficas.

Ferreira, M. M. R. S. D. (2008). Estratégias de Promoção da Autonomia – Dos enfermeiros chefes aos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Fonseca, H. (2012). Compreender os adolescentes – um desafio para pais e educadores. 6ª Edição. Lisboa: Editorial Presença.

Fontes, R. M. F. V. (2007). Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes – estudo do impacte de um projeto de intervenção. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Gaspar, P. J. S. (2006). Educação para a Saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação. Dissertação de mestrado em Comunicação e Educação em Ciência, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

George, J. B. (2000). Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed.

Gibson, H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, p. 354 – 361. Acedido em 4 de abril de 2013 em Plataforma de pesquisa: Ebsco: MEDLINE with Full Text.

Gonçalves, A., Carvalho, G. (2004). Diferenças de estilos de vida entre populações jovens de meio rural (Boticas) e de meio urbano (Braga): análise de conceções, de valores e de práticas. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Guerra, S., Oliveira, J., Ribeiro, J. C., Teixeira-Pinto, A., Duarte, J. A. e Mota, J. (2003, janeiro - março). Relação entre a atividade física regular e a agregação de fatores de risco biológicos das doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes. *Revista brasileira materno infantil*, 3 (1), p.9-15.

Guião para a apreciação da comunidade como cliente com o Modelo de Betty Neuman segundo Tradução livre efetuada por Guimarães. E. Cunha. M.C. Beddome. G. – *Community as client Assesment in Neuman – The Neuman Systems Model*. Ohio. Appelton e Lange. 1995. P.567-579).

Hagquist, C. e Starring, B. (1997). Health education in schools – from information to empowerment models. *Health Promotion International*, 12 (3), p. 225-232.

Heale, R. e Griffin, M. T. Q. (2009). Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, p. 912 – 918. Acedido em 21 de agosto de 2013 em Plataforma de pesquisa: Ebsco: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.

Leal, D. M. M. (2006). Impacto da Gravidez na Adolescência no distrito da Guarda. Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Medicina., Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.

Lei nº 60/2009. Diário da República nº151 / 6 de agosto de 2009 – 1ª Serie. A. Assembleia da República. Lisboa.

Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (22), p. 43 – 55.

Martins, C. (2011a, setembro). Cuidados de Enfermagem Especializados: Do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento; Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária. *Ordem dos enfermeiros: Governação Clínica e estratégias profissionais*, 38, p. 43-46.

Martins, M. F. S. V. (2011b). Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal: Inter-confluências profissionais e familiares. Tese de Doutoramento em Sociologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Mello, M.; Barrias, J.; Meda, J. (2001). Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Melnik, B. M., Jacobson, D., Kelly, S., O'Haver, J., Small, L., Mays, M. Z. (2009). Improving the Mental Health, Health Lifestyle Choices, and Physical Health of Hispanic Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of School Health*, 12 (79), p. 575 – 584. Acedido em 21 de agosto de 2013 em Plataforma de pesquisa: Ebsco: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.

MeSH Browser. Acedido em 21 de agosto de 2013 em <http://www.nlm.nih.gov/gov/mesh/MBrowser.html>

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Stanford: Appleton e Lange.

Newcombe, N. (1999). *Desenvolvimento Infantil – abordagem de Mussen*. 8ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. Lisboa. Acedido em 25 de setembro de 2013 em

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Osório, L. C. (1992). *Adolescente hoje*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas

Papalaia, D., Olds, S. e Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Amadora: McGrawHill

Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. e Fernandes, O. (2012). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, 267. Acedido em 5 de agosto de 2012 em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3603:empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidadosn&catid=221:julho-a-agosto-2011

Pereira, M. A. M. (2010). *A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Pinto, C. (1988). *Empowerment: uma Prática de Serviço Social*. Barata, O (coord), Política Social. Lisboa: ISCSP.

Portaria nº 196-A/2010. Diário da República nº 69 / de 9 de abril de 2010 – 1ª Serie. Ministérios da Saúde e da Educação. Lisboa.

Potter, P. A., Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5ª edição. Loures: Lusociência.

Regulamento nº. 128. Diário da República nº 35 / 18 de fevereiro de 2011 – II Serie. Ministério da Saúde. Lisboa.

Ribeiro, J. L. e Tapadinhas, A. (2002). **Saúde, que conceção e vivência: estudo exploratório na grande Lisboa**. Dissertação de Mestrado na área da psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e Aplicação*. 3ª edição. Loures: Lusodidacta.

Rodrigues, M., Pereira, A. e Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda.

Santos, C., Pimenta, C. e Nobre, M. (2007, maio - junho). A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Revista latino-americana de Enfermagem, 15 (3). Acedido em 13 de agosto de 2013 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

Santrock, J. W. (2003). Adolescencia – psicologia del desarrollo. 9ª edição. Madrid: McGrawHill.

Silva, A. M. (2004). Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes. Lisboa: Climepsi Editores.

Simões, A. C. C. (2004). Retrato político da saúde, dependência do progresso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Almedina.

Simões, E. A. G. (2012). Empowerment dos adolescentes na alimentação saudável. Santarém: Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém, Portugal.

Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Tavares, J., Alarcão, I. (2005). Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem. Coimbra: Almedina.

Tomey, A. M. e Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Tones, K.; Tilford, S. (1994). Health education. Effectiveness, efficiency and equity. London: Chapman & Hall.

Viana, M. C. (2001). Promoção da Saúde na Escola: Perspetivas teóricas e opiniões de profissionais de educação e saúde – um estudo exploratório. Tese de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Viana, M. P. C. (2010). Empowerment, qualidade de serviço e satisfação na consulta na consulta de diabetes. Dissertação de Mestrado, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

Victor, J. F., Lopes, M. V. O. e Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem, 18 (3), p. 235 – 240. Acedido em 19 de abril de 2013 em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000300002&script=sci_arttext

Vilela, L., Macho, P. e Almeida, G. (2011). Consumo de álcool em adolescentes e psicopatologia associada. *Revista Toxicodependências*, 1 (3), p. 43 – 52.

World Health Organization (WHO) (1998). *Health promotion glossary*. Geneva.

Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment Theory Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. *Handbook of Community Psychology*. Nova Iorque: Kluwer Academic/Plenum, p. 43-64.

ANEXOS

Anexo I
Projeto de Estágio



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Unidade Curricular – Estágio e Relatório

Projeto de



Realizado por:

Isabel Vital Nº 100431009

Orientadora:

Professora Rosário Machado

Cooperante:

Enfermeira Margarida Arnaut

Santarém, 18 de Março de 2012

Para conseguirmos realizar grandes feitos temos, não só de acreditar, mas também de
planear, não só de sonhar, mas também de *agir!*

Anatole France

INDICE

INTRODUÇÃO	5
1 - O CONCELHO DE TOMAR E A OFERTA EDUCATIVA	7
2 – ESTRUTURA ORGÂNICO FUNCIONAL DA USP DO ACES ZÊZERE	11
3 – PLANO DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO	57
4 – PROJETO DE INTERVENÇÃO - “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”	60
4.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	60
4.2 – POPULAÇÃO ALVO	65
4.3 – OBJETIVOS	65
4.4 – PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	66
5 – CRONOGRAMA	68
6 – NOTAS FINAS	70
BIBLIOGRAFIA	71

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Localização do Concelho de Tomar	51
Figura 2: Variação da população residente por freguesia, 2001-2011	52
Figura 3: Localização dos Estabelecimentos de Ensino do Concelho de Tomar	54

SIGLAS

ACES – AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

PNS – PLANO NACIONAL DE SAÚDE

PNSE – PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR

USP – UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

INTRODUÇÃO

Um projeto deve ser flexível e realista, limitando as ambições do autor às possibilidades de concretização (BOTELHO, 1994, p. 35-37). Apresenta-se como um ideal composto por várias finalidades, visando o futuro e pressupondo a intervenção do homem no curso da história dos acontecimentos (CARVALHO, 1990, citado por BOTELHO, 1994, p. 35-37).

A permissa central deste projeto é a realização de um plano de intervenção, de acordo com os objetivos estabelecidos para a Unidade Curricular Estágio, inserida no 1º semestre, do 2º ano, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém.

ILLBACK, (1990) citado por MENEZES, (2007) sistematiza o processo de elaboração de um projeto de intervenção, através da caracterização dos objetivos e atividades a desenvolver nos diversos momentos do seu decurso.

De acordo com a reforma dos cuidados de saúde primários surgem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), constituídos por várias unidades funcionais, entre as quais as Unidades de Saúde Pública (USP). De acordo com o DECRETO LEI nº 28/2008:

“A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respectiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.”

Este estágio a decorrer no período compreendido entre o dia 20 de fevereiro e o dia 6 de julho do corrente ano, será realizado na USP do ACES do Médio Tejo II – Zêzere, que tem por

“missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. Deverá igualmente garantir, de forma célere e efectiva, a protecção da saúde das populações, sempre que a mesma esteja em risco.”(PLANO DE ATIVIDADES PARA O BIÉNIO 2011)

A USP do ACES Zêzere na sua carteira de serviços apresenta uma lista de programas e projetos a desenvolver ”(PLANO DE ATIVIDADES PARA O BIÉNIO 2011). Tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, e neste contexto específico, fazendo parte integrante de uma equipa multidisciplinar, o percurso deste estágio vai projetar-se no Programa de Saúde Escolar do ACES Zêzere, de forma a evidenciar as competências e importância do enfermeiro comunitário.

O Programa de Saúde Escolar do ACES do Zêzere tem por base o Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2006) que assenta na “área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da

restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos: a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde” (PLANO DE ATIVIDADES PARA O BIÉNIO 2011). Destina-se a toda a comunidade educativa dos Jardins-de-infância, das Escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário e instituições com intervenção na população escolar: educadores de infância, professores, auxiliares de acção educativa, alunos, pais e encarregados de educação e outros profissionais. As suas Áreas de Intervenção estão organizadas numa Agenda da Saúde Escolar que contempla: A Saúde individual e coletiva; A Inclusão escolar; O Ambiente escolar, Os Estilos de vida.

Neste sentido surge a seguinte pergunta de partida:

“O *empowerment* do enfermeiro na saúde escolar (I) promove a saúde (O) do adolescente (P)?”

Contudo, pretende-se, também participar noutros programas/projetos que, por um lado, pela sua riqueza e importância, e por outro, pelos contributos que o enfermeiro comunitário pode fornecer na equipa multidisciplinar da USP, são momentos de aprendizagem e reflexão importantes, neste percurso académico: Promoção da Saúde e Prevenção Primária das Doenças Orais, Gestão de Resíduos Hospitalares, Promoção da Saúde, Rastreio do Cancro do Colo do Útero no ACES do Zêzere, Põe-te na linha: Projecto de combate à obesidade.

Os objetivos traçados para a realização deste estágio foram os seguintes:

- ✓ Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- ✓ Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar;
- ✓ Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Perante os desafios que temos que enfrentar diariamente, enquanto enfermeiros na comunidade, torna-se fundamental a aquisição de competências que nos permitam participar na avaliação multicausal, e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas do indivíduo, família, grupo e comunidade, assim como no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à sua capacitação e empowerment, na consecução de projectos de saúde individual, familiar e colectiva e ao exercício da comunidade (MARTINS, 2011, p.43-46).

De seguida, será apresentado o concelho de Tomar e a Oferta Educativa, a Estrutura Orgânica Funcional da USP do ACES Zêzere. Segue-se o plano de atividades desenvolvido no decorrer deste processo reflexivo, assim como a descrição do plano de intervenção individual e culminará com as respetivas notas finais.

1 - O CONCELHO DE TOMAR E A OFERTA EDUCATIVA

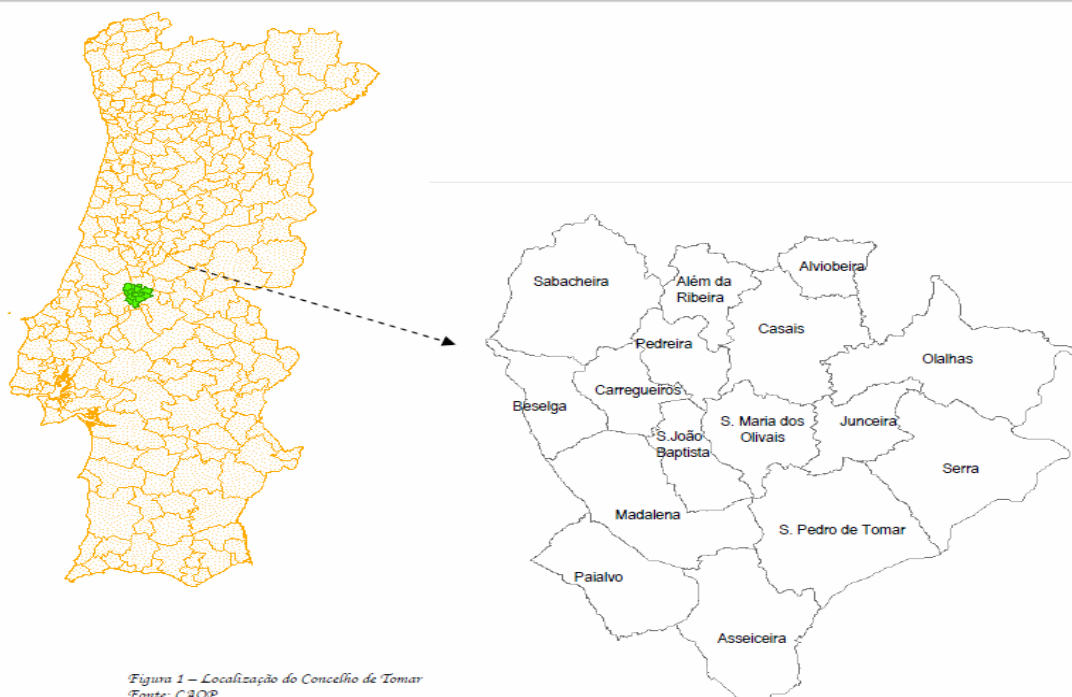
A região de Tomar é habitada há mais de 30 mil anos, apresentando diversos vestígios pré-históricos, datados desde o Paleolítico, decorrendo das suas boas condições de fertilidade.

Em épocas mais recentes a região conheceu as povoações de Nabância, fundada pelos Túrdulos em 480 a. C. e, 600 anos depois, pelos Romanos, e Sellium, fundada no Século I, pelo Imperador Augusto, na margem esquerda do Rio Nabão, época em que o povo se dedicava à agricultura e à exploração mineira.

Com o passar dos anos Tomar assiste a uma evolução técnico-industrial. Industrializou-se nos finais do Século XVIII, com a instalação de fábricas: fiação de tecidos e de papel, atualmente extintas. Posteriormente, outras surgiram, nomeadamente de produtos resinosos, de cerâmica e de moagem, que também já se encontram extintas. Criaram-se, também lagares de azeite e destilarias, existindo, ainda alguns nos dia de hoje.

O concelho de Tomar localiza-se no centro geográfico do país, no distrito de Santarém, a cerca de 140 Km de Lisboa e a 80 Km de Coimbra. Integra a região do Vale do Tejo e encontra-se inserido na sub-região do Médio Tejo, sendo delimitado a Norte pelos concelho de Ferreira do Zêzere e Ourém, a Oeste, pelo de Torres Novas, a Sul pelo concelho de Vila Nova da Barquinha e a Este pelo concelho de Abrantes (Figura1).

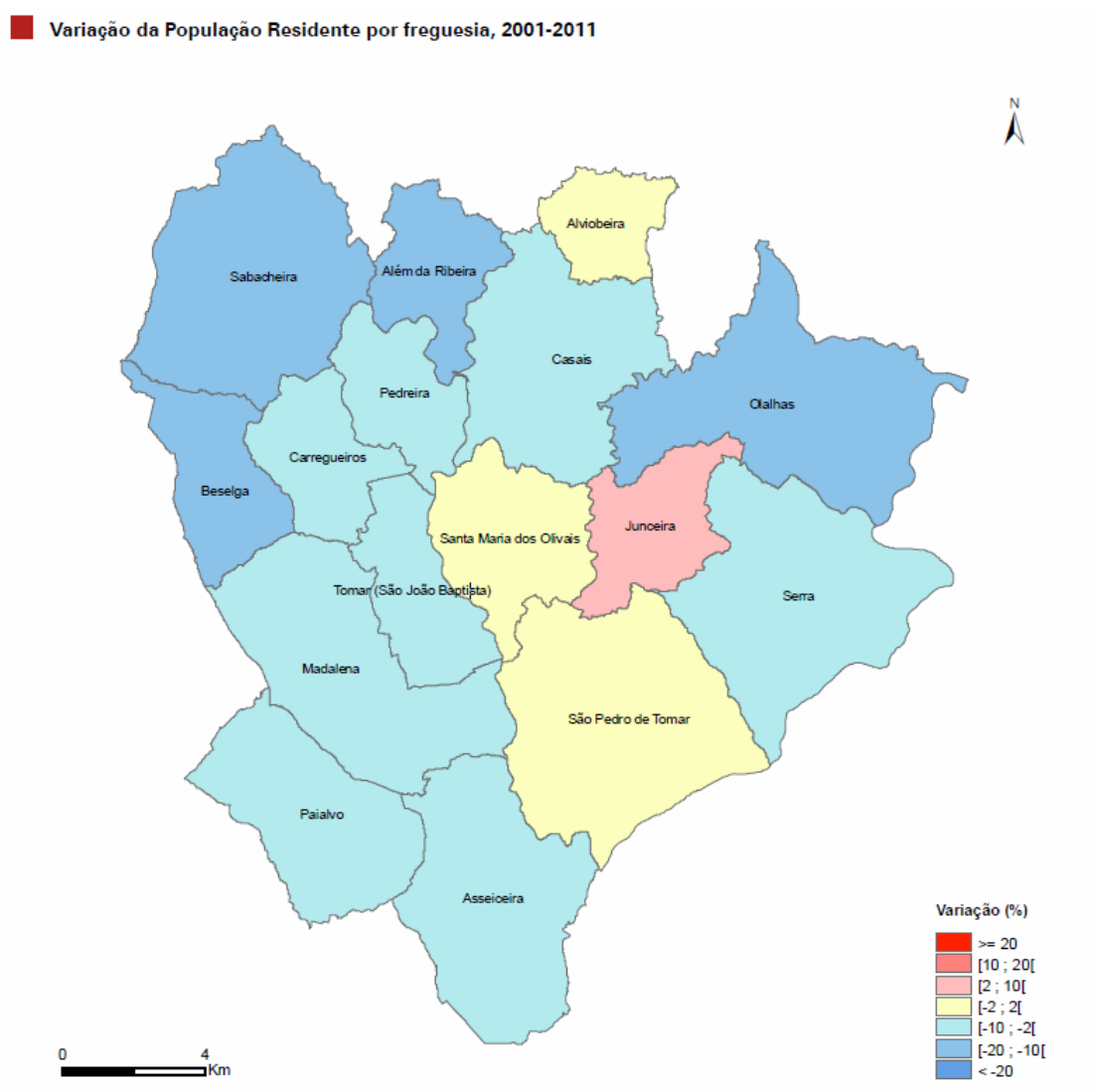
Figura 1: Localização do Concelho de Tomar



*Figura 1 – Localização do Concelho de Tomar
Fonte: CAOFP*

Apresenta uma área de 350 quilómetros quadrados, é constituída por 40674 habitantes, cerca de menos 2300 habitantes que em 2001 (figura 2), distribuídos por 16 freguesias, segundo dados dos Censos 2011 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2011).

Figura 2: Variação da população residente por freguesia, 2001-2011



Fonte: Censos 2011

Tomar apresenta hoje uma boa acessibilidade, cujo suporte de deslocações é sobretudo a rede viária. O concelho dispõe de trajectos fáceis a todas as regiões do país sendo servido pela A13, IC 9 e A 23 e pelas EN 110, EN 243, EN 113, EN 349-3, EN 358, EN 358-1. Além destas vias, o concelho é atravessado ainda em todos os sentidos por uma rede diversificada de estradas municipais com cerca de 460 km, que serve todas as suas freguesias e pólos urbanos limítrofes. A sua proximidade e fácil acessibilidade à A1, constituem uma mais valia para o concelho.

No que concerne à rede ferroviária, possui um ramal ferroviário que liga Tomar ao importante nó ferroviário do Entroncamento.

Relativamente ao setor socio económico o concelho revela uma combinação de um peso importante do sector terciário com algum sector secundário e com um peso menor do sector primário. A agricultura, assume no concelho uma importância relativa, com pequena exploração familiar, diversificada e com policultura, funcionando na maior parte das vezes como plurirendimento para várias famílias.

Ao nível de habilitações literárias dos seus residentes, o concelho de Tomar apresentava em 2001, uma taxa de analfabetismo de 10%, ligeiramente inferior à taxa registada para a Região do Centro (11%) mas superior à de Portugal Continental (9%) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA).

A oferta educativa no concelho de Tomar encontra-se distribuída pelo ensino público e privado, abarcando o primeiro, todos os níveis de ensino e o segundo, a educação pré-escolar, o 1º ciclo do ensino básico e o ensino profissional.

Apresentam-se os estabelecimentos públicos da Educação Pré-Escolar, do 1º Ciclo e dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico estão organizados em três Agrupamentos de Escolas sediados na cidade de Tomar (Gualdim Pais, Santa Iria e D. Nuno Álvares Pereira) (figura 3).

O ensino público no concelho de Tomar encontra-se distribuído da seguinte forma:

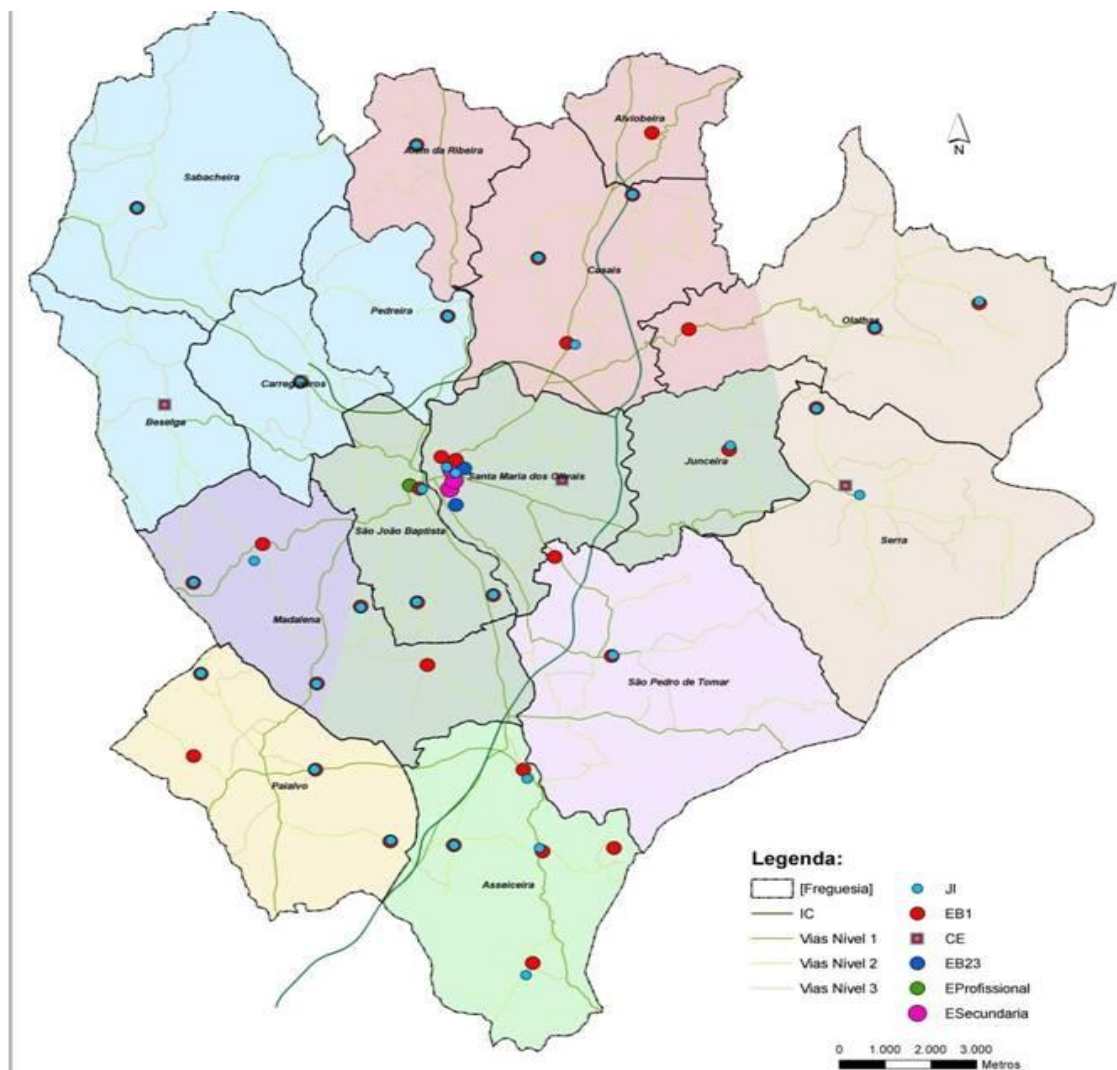
Educação Pré – Escolar: destina-se às crianças desde 3 anos de idade até ao primeiro ano de ingresso no 1º Ciclo do Ensino Básico e abrange 15 das 16 freguesias do concelho, num total de 30 estabelecimentos públicos.

- ✓ 1º Ciclo do Ensino Básico: Engloba os primeiros quatro anos da escolaridade obrigatória, encontra-se distribuído por todas as freguesias do concelho, com um total de 40 estabelecimentos de ensino.
- ✓ 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico: engloba 5 anos de escolaridade, e encontra-se a ser leccionado em três escolas de tipologia EB 2,3, todas na cidade (Stª. Iria, Gualdim Pais e D. Nuno Álvares Pereira), sendo o 3º ciclo também leccionado em duas escolas secundárias (Stª. Maria do Olival e Jácome Ratton).
- ✓ Ensino Secundário: de frequência facultativa, corresponde a três anos de escolaridade (10º, 11º e 12º anos de escolaridade) e é ministrado nas duas Escolas Secundárias com 3.º ciclo oficiais (Stª. Maria do Olival e Jácome Ratton).
- ✓ Ensino Superior: encontram-se localizadas em Tomar duas das três Escolas do Instituto Politécnico de Tomar.

O ensino privado no concelho de Tomar encontra-se distribuído da seguinte forma:

- ✓ Educação Pré – Escolar: Abrange as duas freguesias urbanas do concelho, num total de 5 estabelecimentos.
- ✓ 1º Ciclo do Ensino Básico: Encontra-se também distribuído nas duas freguesias urbanas do concelho, com 2 estabelecimentos de ensino.

Figura 3 – Localização dos Estabelecimentos de Ensino do Concelho de Tomar



2 – ESTRUTURA ORGÂNICO FUNCIONAL DA USP DO ACES ZÊZERE

A área de abrangência do ACES Zêzere é compreendida pelos concelhos de: Abrantes, Barquinha, Constância, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, e Tomar, sendo os concelhos do denominado Médio Tejo.

De entre as unidades funcionais do ACES Zêzere surge a USP com sede em Constância.

A Saúde Pública é a “ciência e arte de prevenir a doença, prolongando a vida e promovendo a saúde e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade” (TURNOCK, 1997, citado por STANHOPE e LANCASTER, 2011, p. 1126). De acordo com Institute of Medicine (1988), a saúde pública não é um ramo da medicina, mas uma abordagem comunitária organizada, concebida para prevenir a doença, promover a saúde e proteger as populações (STANHOPE e LANCASTER, 2011).

Nesta ótica e atendendo ao Decreto-Lei N° 28/2008 a equipa multidisciplinar da USP do Zêzere é constituída por dois médicos, sendo um deles o coordenador da USP, 3 enfermeiros especialistas em saúde comunitária, 1 enfermeiro especialista em saúde pública, 1 enfermeiro especialista em saúde materna, 6 técnicos de saúde ambiental e 2 higienistas orais.

De acordo com o Plano de Ação para o biénio 2011 da USP do ACES Zêzere, para criar o espírito de grupo e de ACES foram atribuídas áreas de responsabilidade a todos os elementos da USP. Atendendo às atividades que competem à USP, foi proposto uma carteira de serviços a adotar e foram discutidos e aprovados os seguintes programas e projetos:

- ✓ Programa de Vigilância Sanitária das Águas de Consumo Humano, Piscinas e Zonas Balneares
- ✓ Programa de Vacinação do ACES do Zêzere
- ✓ Programa de Saúde Escolar do ACES do Zêzere
- ✓ Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde dos Estabelecimentos de Ensino
- ✓ Promoção da Saúde e Prevenção Primária das Doenças Orais
- ✓ Referenciação em Saúde Oral, no âmbito do PNPSO
- ✓ Vigilância das Condições Higio-Sanitárias das Clínicas e Consultórios de Medicina Dentária
- ✓ Vigilância Sanitária dos Estabelecimentos Comerciais
- ✓ Vigilância Sanitária dos Estabelecimentos Comerciais
- ✓ Vigilância Sanitária de Estabelecimentos de Restauração e Bebidas
- ✓ Gestão de Resíduos Hospitalares
- ✓ Saúde ocupacional Interna e Externa
- ✓ Promoção da Saúde
- ✓ Rastreio do Cancro do Colo do Útero no ACES do Zêzere

✓ Põe-te na linha: Projecto de combate à obesidade.

Foi ainda identificada a necessidade da criação de um Observatório de Saúde, de forma a desenvolver atividades de planeamento em saúde, de promoção e proteção da saúde, incluindo a avaliação do impacto em saúde, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de saúde pública, adequado à realidade desta área geográfica e “baseado nos problemas de saúde que venham a ser identificados e listados, de acordo com a importância relativa que lhes venha a ser atribuída” (PLANO DE ATIVIDADES PARA O BIÉNIO 2011).

3 – PLANO DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias / Recursos Materiais	Quando	Quem
Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Compreender a estrutura orgânica e funcional da USP do ACES Zêzere ✚ Integrar a equipa multidisciplinar da USP do ACES Zêzere. ✚ Compreender a organização dos cuidados desenvolvidos em contexto de cuidados de saúde primários. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião com a enfermeira cooperante da USP. ✓ Mobilização de literatura de suporte, no âmbito da enfermagem comunitária (Plano de ação da USP do ACES Zêzere, PNSE, PNS, etc.). ✓ Analisar criticamente os programas/projetos no âmbito da enfermagem comunitária que contribuem para a consecução dos objetivos do PNS. ✓ Pesquisa bibliográfica. ✓ Construção do Projeto de Estágio. ✓ Reformulação do projeto ✓ Reunião com a professora Orientadora. ✓ Observar a organização e dinâmica dos cuidados prestados em contexto de cuidados de saúde primários. ✓ Acompanhar os cuidados prestados pela enfermeira de cuidados gerais no centro de saúde. ✓ Participar na prestação de cuidados de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários. 	<p>Suporte bibliográfico.</p> <p>Documentos da USP.</p>	<p>1ª e 2ª semana de estágio</p> <p>4ª semana de estágio Dia 22/03</p> <p>Ao longo do estágio e sempre que possível</p>	<p>Aluna Isabel Vital</p> <p>Enfª Margarida Arnaut</p> <p>Prof Rosário Machado</p> <p>Enfª Cristina Inácio</p>

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias / Recursos Materiais	Quando	Quem
Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Desenvolver competências no âmbito da enfermagem comunitária, integrando projetos da carteira de serviços da USP do ACES Zêzere. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contato com as atividades da equipa multidisciplinar da USP do ACES Zêzere. ✓ Trabalho em equipa nas atividades da equipa multidisciplinar da USP do ACES Zêzere nos programas/projetos (Promoção da Saúde e Prevenção Primária das Doenças Orais, Gestão de Resíduos Hospitalares, Promoção da Saúde, Rastreio do Cancro do Colo do Útero no ACES do Zêzere, Põe-te na linha: Projeto de combate à obesidade). ✓ Reuniões de equipa da USP do ACES Zêzere. ✓ Reuniões com a enfermeira cooperante. ✓ Reuniões com a professora orientadora. 	<p>USP</p> <p>Parceiros</p> <p>Material de apoio que eventualmente possa vir a ser necessário.</p> <p>Suporte informático (computador, data show)</p>	Ao longo de todo o estágio	Aluna Isabel Vital
	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Desenvolver projeto de intervenção ao abrigo do Programa de Saúde Escolar do ACES Zêzere. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atividades inerentes ao desenvolvimento do projeto (apresentadas no capítulo seguinte). 			Enf ^a Margarida Arnaut

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias / Recursos Materiais	Quando	Quem
Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar	<p>✚ Mobilizar as competências desenvolvidas e os resultados do projeto desenvolvido, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada.</p> <p>✚ Analisar criticamente as situações vivenciadas tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.</p> <p>✚ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspectiva da melhoria da qualidade das intervenções de enfermagem.</p>	<p>✓ Apreciação crítica dos resultados obtidos face às competências específicas do enfermeiro de Enfermagem Comunitária.</p> <p>✓ Realização de reuniões de acompanhamento para reflexão das situações vivenciadas.</p> <p>✓ Realização de um seminário de avaliação intermédia, e ponto de situação de execução face aos objetivos propostos.</p> <p>✓ Realização de um seminário final, e preenchimento de ficha de autoavaliação.</p> <p>✓ Desenvolvimento do Relatório de Estágio.</p> <p>✓ Apresentação e discussão pública do relatório.</p>	<p>Bibliografia de suporte</p> <p>Consulta das bases de dados científicas</p> <p>Consulta dos programas de saúde.</p>	<p>A partir da 14^a /15^a semana de estágio até ao final do mesmo.</p> <p>Dia 27/04</p> <p>Dia 18/06</p>	<p>Aluna Isabel Vital</p> <p>Enf^a Margarida Arnaut</p> <p>Aluna, enfermeira cooperante e restantes elementos da turma.</p>

4 – PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

Apresentado o contexto físico e social do local de estágio e sendo o cerne deste projeto de estágio a elaboração de um projeto de intervenção individual, indo ao encontro dos programas da USP e conjugando as necessidades de formação do aluno no desenvolvimento desta unidade curricular, surge o presente capítulo onde será apresentado uma conceptualização da temática, a população alvo, os objetivos e as atividades a desenvolver.

4.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

Os estilos de vida são apontados como o produto da cultura, que é traduzido em herança social (TAYLOR, 2002 citado por GONÇALVES, CARVALHO, 2004). De uma forma geral, os sujeitos adotam vários comportamentos que podem constituir fatores de risco para a saúde (RIBEIRO E TAPADINHAS, 2002). Nesta linha de pensamento a OMS (1998), define os estilos de vida como um conjunto de estruturas mediadoras que refletem uma totalidade de atividades, atitudes e valores sociais. São tidos como elementos estruturadores e requisitos indispensáveis à obtenção do completo bem – estar, físico, mental e social.

O Plano Nacional de Saúde (2011-2016), enfatiza que os estilos de vida são uma das cinco categorias dos determinantes de saúde, salientando que estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas.

Nesta ótica os estilos de vida são, em grande parte, produto de uma construção social e cultural no qual as crianças e adolescentes estão incluídos e têm papel ativo (FERREIRA, 2004, citado por FONTES, 2007). Logo, a realização de uma intervenção precoce junto das crianças e adolescentes torna-se fundamental, pois existe a possibilidade de uma grande parte dos hábitos dos adultos serem desencadeados durante a infância e adolescência (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2006).

De acordo com OMS a adolescência é uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biopsicossocial, delimitada pela faixa etária de 10 a 19 anos que, em geral, se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina com a inserção social, profissional e económica. Contudo, este momento de grandes mudanças e adaptações constitui um enorme potencial, no que respeita ao envolvimento dos adolescentes na construção do seu projeto pessoal de vida. De uma forma geral, possuem uma energia inesgotável associada à criatividade e à força de vida. Estas características devem ser canalizadas de forma positiva, para que sintam que têm um

papel ativo e preponderante na promoção e manutenção da saúde e bem-estar das gerações futuras (ZIGLIO, 2004, citado por FONTES, 2007).

Na sociedade atual, devido a diversos fatores socio culturais e económicos, as crianças e adolescentes encontram-se grande parte do dia na escola. Assim sendo, a escola constitui um local privilegiado para a implementação de ações que visam orientar as atitudes e comportamentos ao longo do percurso escolar dos alunos (FARIA, 1997, 2002; ROCHA, 1994; SMITH, GOFFNEY & NAIRN, 2004; VIANA, 2001, citado por FONTES, 2007). A escola, enquanto espaço educativo, tem vindo a ser estimulada a libertar-se da prática tradicional, preocupada unicamente com a aquisição de conhecimentos (ANDRADE, 1995). Tem, também centrado os seus esforços numa educação mais globalizante, dando prioridade a uma formação da pessoa mais consciente, crítica, reflexiva, ativa e feliz, assumindo, desta forma, o seu papel de promotora de saúde (LEGER, 1999, citado por FONTES, 2007). Corroborando com esta ideia o PNSE (2006) apresenta que

“no Sistema Educativo, novos desafios se colocam: a par do trabalho de transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, a escola deve, também, educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia.”

Neste contexto procura-se através da Saúde Escolar estimular o desenvolvimento de atividades, com base nas necessidades da comunidade, motivando a participação de toda a comunidade educativa na definição de prioridades e estratégias, na busca de soluções e encaminhamentos para uma vida mais saudável (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2006). Compete à Saúde Escolar desenvolver ações, tendo a escola como parceria, que atuem simultaneamente sobre as crianças e os adolescentes, a restante comunidade educativa e o ambiente, através das quais contribuam para a redução de riscos e de vulnerabilidade perante a doença, para alteração dos padrões de morbi-mortalidade e para a promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996, citado por VIANA, 2001, p.17).

Partindo deste eixo organizador Educação e Saúde surge a expressão Educação para a Saúde, que tem vindo a ser internacionalmente reconhecida como parte integrante dos esforços da promoção da saúde (RODRIGUES; PEREIRA; BARROSO, 2005). Para TONES e TILFORD (1994, p.11) a educação para a saúde define-se como: “toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar”. A definição de educação para a saúde, da OMS, mais integradora, tem servido de base para muitas outras, que surgiram posteriormente:

“É uma acção exercida sobre os indivíduos, no sentido de modificar os seus comportamentos a fim de adquirirem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem.” (OMS, 1969)

Segundo LEAVELL e CLARK a promoção da saúde centra-se em medidas positivas para a saúde, desde a educação para a saúde em pessoas saudáveis e a promoção de condições ambientais favoráveis (STANHOPE, LANCASTER, 2011).

O ideário em torno da promoção da saúde, está descrito em vários documentos. Entre outros, destaca-se a definição apontada pela OMS, no seu relatório de 1984, que a define como “o processo que permite às pessoas aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la” (STANHOPE, LANCASTER, 2011). Neste mesmo relatório a OMS identifica cinco áreas de intervenção em promoção da saúde: acesso livre à saúde, excluindo qualquer fonte de desigualdade, melhoramento do ambiente em que se insere a pessoa, quer familiar, quer laboral, fortalecimento das redes sociais de apoio, promoção de estilos de vida saudáveis, através da aprendizagem e do desenvolvimento de estratégias de coping, e o aumento do conhecimento e informação sobre a saúde (DIAS; DUQUE; SILVA; DURÁ, 2004).

Na Carta de Ottawa elaborada na Primeira Conferência Internacional de promoção de saúde, é descrita como:

“o processo que visa aumentar as capacidades dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Actualmente, é impossível abordar a promoção da saúde sem a criação de atividades de promoção em saúde, fortemente influenciadas pela teoria do *empowerment* (RODRIGUES et al., 2005). A importância desta teoria na promoção da saúde tem vindo a ser confirmada por numerosos estudos (HOHN, 1997 citado por RODRIGUES et al., 2005).

O *empowerment* é um “processo que aumenta a capacidade de realização das pessoas, tendo em vista a melhoria das suas vidas e comunidades (...)” (PAGE; CZUBA, 1999 citado por RODRIGUES et al., 2005, p. 86). O processo é em si mesmo educativo e capacitante, dando consciência social às pessoas e dotando-as de competências de intervenção.

O *empowerment* pode ser desenvolvido num contexto individual e comunitário. O *empowerment* individual caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências individuais para a tomada de decisão na vida pessoal, para a resolução de problemas e concretização de objetivos (SCHULTZ, 1995, citado por PEREIRA, 2010). O *empowerment* comunitário é um processo que permite que as pessoas isoladas possam ser compreendidas, de forma que tenham influência direta nas decisões que afetam a sua vida (RAPPAPORT, 1984, citado por PEREIRA, 2010). Uma das principais metas da OMS, relativamente ao *empowerment comunitário*, consiste no desenvolvimento de comunidades participativas e ativas que conduzam os indivíduos a atuar de forma coletiva, no sentido de obter uma maior influência sobre os determinantes da saúde e qualidade de vida da sua comunidade (WHO, 1998).

Existem ligações intrínsecas e extrínsecas entre o *empowerment* individual e o *empowerment* comunitário. Este conceito é considerado como um paradigma sinérgico, onde as pessoas se inter-relacionam, partilhando recursos e motivações (KATZ, 1984 citado por PEREIRA, 2010).

Partindo do pressuposto que o *empowerment* constitui um eixo central da promoção da saúde, as suas principais vantagens são: os clientes adquirem conhecimentos e capacidades, discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionam poder de intervenção, tendo em vista a mudança social e uma distribuição dos bens e serviços de saúde mais igualitária; este processo de participação é, também um processo de aprendizagem, permitindo aos que nele participam conhecimentos que favorecem a mudança de estilos de vida e a criação de hábitos de vida mais saudáveis (RODRIGUES et al., 2005).

No presente contexto torna-se fundamental conceptualizar o *empowerment* na promoção da saúde, que é definido como a educação sobre os problemas de saúde, colocando os interesses e necessidades das famílias no centro do processo, como sujeitos ativos e participantes, em todas as fases. Desta forma, os programas de promoção da saúde são encarados como meios de promoverem estilos de vida saudáveis, mas também como uma forma de capacitação e de aprendizagem, dando poder e intervenção aos que deles beneficiam, indivíduos, famílias, grupos e comunidade (RODRIGUES et al., 2005).

Segundo PINTO (1988) o *empowerment* pode ser definido como um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no seu meio envolvente, traduzindo-se num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania. O poder é entendido como a capacidade e autoridade para:

- ✓ Influenciar o pensamento dos outros – poder sobre;
- ✓ Ter acesso a recursos e bens – poder para;
- ✓ Tomar decisões e fazer escolhas – poder para;
- ✓ Resistir ao pensamento dos outros se necessário – poder de.

O processo de *empowerment* pretende desenvolver todos estes tipos de poder.

Reportando as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, a presente conceptualização tem vindo a encaminhar-se na sua direção. Portanto, no decorrer do presente texto torna-se importante salientar a importância do papel do enfermeiro comunitário na promoção da saúde da comunidade educativa. O papel dos enfermeiros na educação para a saúde é amplamente reconhecido, pelo que, em 1989, a OMS declarou que estes profissionais têm o potencial para impulsionarem o novo movimento da promoção da saúde (BENSON & LATTE, 1998 citado por FONTES, 2007). De acordo com o PNSE (2006, p. 4) “a meta 13 do documento *Health for all* prevê que em 2015, (...) e 95% das crianças que frequentem a Escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da

saúde.” Define-se, então Escola Promotora da Saúde como “aquela que inclui a educação para a saúde no seu currículo, e possui atividades de saúde escolar” (PNSE, 2006, p.4). O PNSE (2006) enfatiza que a escola deverá ser um espaço seguro e saudável, facilitando a adoção de comportamentos mais saudáveis, assumindo uma posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

Partindo deste eixo organizador enfermagem – comunidade educativa como sistema, é fundamental a referência ao Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman – o Modelo de Sistemas de Neuman. O sistema, comunidade educativa é visto como um sistema aberto, em constante mudança e interação recíproca com o ambiente. Tanto a comunidade educativa, como o ambiente podem ser afetados positiva ou negativamente um pelo outro. A comunidade educativa como sistema pode ajustar-se ao ambiente, ou ajustar o ambiente a si mesmo. O ideal é a aquisição de uma excelente estabilidade no sistema. O sistema comunidade educativa, como sistema aberto é propenso a encontrar, ou manter o equilíbrio entre os vários fatores, tanto dentro, como fora do sistema. Neuman denomina essas forças como stressoras e considera-as capazes de efeitos positivos ou negativos (GEORGE, 2000; TOMEY, ALLIGOOD, 2004). O stress e a reação ao stress são componentes básicos de um sistema aberto. As forças stressoras são estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema comunidade educativa e podem ser: forças intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. Já as reações e os resultados podem ser positivos ou negativos, em que o grau de reação é a quantidade de energia necessária para a comunidade educativa se ajustar aos stressores. A prevenção primária, a secundária e a terciária, como intervenções, são usadas para ajudar a reter, atingir e manter o equilíbrio do sistema. A prevenção primária ocorre antes do sistema reagir a um stressor, mas o grau de risco é conhecido, e inclui a promoção da saúde.

Neste sentido a principal preocupação da enfermagem é ajudar o sistema comunidade educativa a atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema, ajudando-o a fazer os ajustes necessários para o bem-estar ideal. Segundo Neuman o bem-estar “existe quando as partes do sistema do cliente interagem em harmonia e as suas necessidades são satisfeitas” (TOMEY, ALLIGOOD, 2004, p. 338).

Pelo exposto considera-se que os técnicos das equipas de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária “são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos” (PNSE, 2006, p. 5).

Neste contexto, tudo isto vai igualmente ao encontro da aplicabilidade que se espera atingir com esta temática, onde se procura favorecer a formação e o desenvolvimento equilibrado do adolescente e restante comunidade educativa.

4.2 – POPULAÇÃO ALVO

O PNSE destina-se a toda a comunidade educativa dos Jardins-de-infância, das Escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário e instituições com intervenção na população escolar. O PNSE desenvolve-se nos estabelecimentos de educação e ensino do Ministério da Educação, nas Instituições Particulares de Solidariedade Social, bem como noutros estabelecimentos cuja população seja considerada mais vulnerável ou de risco acrescido e, sempre que os recursos humanos o permitam, nos estabelecimentos de ensino cooperativo e/ou particular.

Este projeto tem como população alvo os adolescentes do 8ºano da escolaridade, de forma a capacitar este grupo populacional, de conhecimentos para a promoção de estilos de vida saudáveis.

4.3 - OBJETIVOS

Integrando os objetivos do Programa da Saúde Escolar da USP onde se realiza o presente estágio, este projeto de intervenção apresenta como objetivos gerais:

- ✓ Promover estilos de vida saudáveis no grupo populacional, os adolescentes que frequentam o 8º ano
- ✓ Promover a participação do grupo populacional, os adolescentes que frequentam o 8º ano nas atividades a desenvolver.

Assim elaboraram-se os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Promover a saúde e prevenir a doença dos adolescentes, que frequentam o 8º ano;
- ✓ Melhorar conhecimentos e comportamentos face á adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes, que frequentam o 8º ano;
- ✓ Reduzir a incidência e a prevalência de estilos de vida menos saudáveis nos adolescentes, que frequentam o 8º ano.
- ✓ Incentivar os adolescentes do 8ºano a serem promotores de saúde.

4.4 – PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO

ATIVIDADES	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO
<p>✓ Realização de uma atividade de promoção da saúde sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis no grupo populacional, os adolescentes.</p>	<p>Através de metodologias educativas</p>	<p>Aluna Isabel</p>	<p>Sala de aula da Escola</p>	<p>19/03 a 23/03 ou 09/04 a 13/04</p>
<p>✓ Identificação dos temas acerca de estilos de vida saudáveis que os adolescentes gostariam que fossem abordados.</p>	<p>Caixinha de Sugestões Anónima, escolhendo os 3 temas mais votados</p>	<p>População Alvo</p>		<p>23/03 ou 13/04</p>
<p>✓ Sessões de promoção da saúde de acordo com os temas identificados pelos adolescentes e que promovam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.</p>	<p>Através de metodologias educativas Realização de</p>	<p>Enfª Cooperante</p>	<p>Sala de aula da Escola</p>	<p>A definir</p>

<p>✓ Informar e sensibilizar o grupo populacional, os adolescentes, através da comemoração do Dia Mundial sem Tabaco (31 de Maio) e da produção de materiais informativos: elaboração de cartazes sobre “O direito a respirar ar livre de tabaco” e a sua distribuição pela escola.</p> <p>✓ Organização de um convívio com a realização de jogos populares, e participação de toda a comunidade educativa, cujo tema será: “Um Dia Livre e Saudável”.</p>	<p>panfletos e cartazes e sua distribuição pela escola.</p> <p>Corridas de Sacos Macaca Cabra-Cega Puxar a Corda</p>	<p>Parceiros</p>	<p>Todo o recinto escolar</p> <p>Pátio da escola</p>	<p>Dia 31 de Maio de 2012</p> <p>Num dia na semana de 11/06 a 15/06</p>
<p>✓ Articulação com outras unidades funcionais do ACES</p>	<p>-----</p>	<p>Aluna Isabel Enfª Cooperante</p>	<p>USP</p>	<p>Quando necessário</p>

5 – CRONOGRAMA

Meses	Fevereiro		Março			Abril			Maio			Junho			Julho			
Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Atividades	20 a 24	27 a 02	05 a 09	12 a 16	19 a 23	09 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 04	07 a 11	14 a 18	21 a 25	28 a 01	04 a 08	11 a 15	18 a 22	25 a 29	02 a 06
Reunião com enfermeira cooperante																		
Reunião com professora orientadora																		
Pesquisa/Consulta de documentação necessária																		
Revisão bibliográfica (enquadramento do tema)																		
Realização do projeto																		
Reformulação do projeto																		
Contato com as atividades da equipa multidisciplinar da USP																		
Trabalho em equipa nas atividades da equipa multidisciplinar																		
Realização da sessão de educação para a saúde sobre a adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes																		
Sessões de educação para a saúde de acordo com os temas identificados pelos adolescentes.																		

Comemoração do Dia Mundial sem Tabaco														31				
Convívio com a realização de jogos populares, cujo tema será: “Um Dia Livre e Saudável”															a defi nir			
Avaliação intermédia do projeto																		
Reuniões de equipa da USP do ACES Zêzere			3^{af}	3^{af}	3^{af}	3^{af}	3^{af}	3^{af}	3^{af}	3^{af}	3^{af}	3^{af}	3^{af}	3^{af}	3^{af}			
Seminário de avaliação intermédia								27										
Seminário Final																	18	
Realização do Relatório Final																		
Defesa Pública																		

6. – NOTAS FINAIS

A elaboração deste documento constituiu um turbilhão de incertezas devido ao cariz de inovação que lhe está subjacente. Contudo pretendeu-se criar um elemento de orientação do percurso a realizar, que devido à complexidade não deverá ser encarado como algo definitivo, mas sim suscetível de alterações consoante as necessidades de cada momento.

Tendo em conta que há vários estudos que comprovam que as raízes no comportamento humano se situam na infância e na adolescência (LIMA, 1995, citado por ESTEVES e ANASTÁCIO, 2011), altura em que as crianças e os jovens estão mais recetivos a adquirirem conhecimentos e hábitos saudáveis, “a escola deve ser usada como uma das plataformas para a promoção da saúde, da qualidade de vida e da prevenção da doença em crianças e adolescentes, envolvendo famílias e comunidades” (OMS, Declaração de Liverpool, 2005, p. 2, citado por ESTEVES e ANASTÁCIO, 2011).

Relativamente à temática em estudo considera-se que cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária investir no *empowerment*, como uma estratégia de centrar esforços nas capacidades e potencialidades do grupo populacional, os adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. ACES do Médio Tejo II - Zêzere - **Plano de Atividades para o biénio 2011 da Unidade de Saúde Pública**. Constância 2011.

ANDRADE, M. I. (1995). **Educação para a saúde: guia para professores e educadores**. Lisboa: Texto Editora.

BOTELHO, José – A pedagogia do projecto. **Enfermagem em Foco**. Lisboa. ISSN 0871 8008. Ano 4, vol. 14 (1994) p. 35 – 37.

CARTA DE OTTAWA, 1986. (Consultado em 07/11/2011) Disponível em <http://ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>.

CARTA EDUCATIVA DO CONCELHO DE TOMAR, 2006. (Consultado em 27/02/2012) Disponível em <http://www.cm-tomar.pt/NR/rdonlyres/.../CartaEducativadeTomar.pdf>

DECRETO-LEI nº 28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008 - criação dos agrupamentos de centro de saúde. *Diário da República nº 38/2008 – I Série A*. Ministério da Saúde: Lisboa.

DIAS, M. R., DUQUE, A. F., SILVA, M. G., DURÁ, E. – Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia?. **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol. 22, nº3 (Setembro 2004) p. 463-473.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2006). **Programa Nacional de saúde dos jovens 2006/2010**. Lisboa: DGS. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

ESTEVES, Isabel; ANASTÁCIO, Zélia – **Promoção da saúde entre crianças de jardim-de-infância**. Universidade do Minho, 2011.

FONTES, Raquel Maria Ferreira Veloso – **Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes – estudo do impacte de um projecto de intervenção**. Porto: Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. 311 f. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem.

GEORGE, Julia B. (2000). **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional**. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed.

GONÇALVES, Artur; Carvalho, Graça – **Diferenças de estilos de vida entre populações jovens de meio rural (Boticas) e de meio urbano (Braga): análise de concepções, de valores e de práticas**. Braga: Universidade do Minho, 2004. Dissertação de Mestrado.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Censos 2011: Resultados Preliminares**. Lisboa: INE: 2011.

MARTINS, Carlos – Cuidados de Enfermagem Especializados: Do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento; Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária. **Ordem dos enfermeiros: Governação Clínica e estratégias profissionais**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Número 38 (Setembro 2011) p. 43-46.

MENEZES, I. (2007). **Intervenção Comunitária: Uma Perspectiva Psicológica**. Porto: Livpsic

OMS (1969). **Bulletin of the World Health Organization**, 62. Genève: OMS.

PEREIRA, Mónica Alexandra Miranda – **A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente**. Lisboa: Universidade Aberta, 2010. Dissertação de Mestrado.

PINTO, Carla – **“Empowerment: uma Prática de Serviço Social**. 1988, in Barata, O (coord), Política Social – Lisboa: ISCSP.

Plano Nacional de Saúde 2011-2016. [Em linha] Lisboa: Direção Geral de Saúde [Consult. 2011-11-05]. Disponível em WWW: [URL:http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-discussao/](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-discussao/)

Programa Nacional de Saúde Escolar [Em linha]. Lisboa. Direção Geral da Saúde [Consult. 2012-06-19]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>

REGULAMENTO nº. 128/2011, de 18 de Fevereiro. Diário da República- II série n.º35 - **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária**.

RIBEIRO, J. L., TAPADINHAS, A. - **Saúde, que concepção e vivência: estudo exploratório na grande Lisboa**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2002. Dissertação de Mestrado na área da psicologia da Saúde.

RODRIGUES, M., PEREIRA, A., BARROSO, T. (2005). **Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde**. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette. (2011). **Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ª edição. Loures: Lusodidacta.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. (2004). **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.

TONES, K.; TILFORD, S. (1994). **Health education. Efectiveness, efficiency and equity**. London: Chapman & Hall.

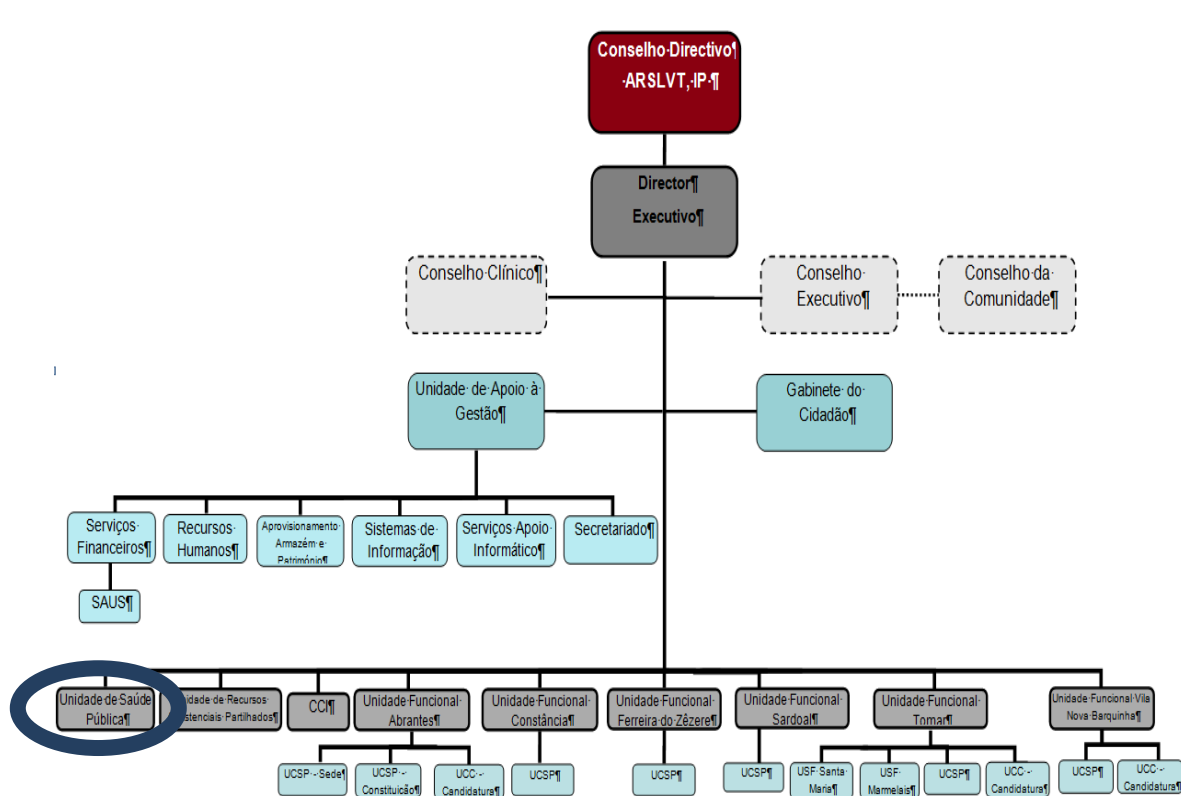
VIANA, M. C. – **Promoção da Saúde na Escola: Perspectivas teóricas e opiniões de profissionais de educação e saúde – um estudo exploratório**. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2001. Tese de Mestrado.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary**. Geneva; 1998.

Anexo II
A Unidade de Saúde Pública

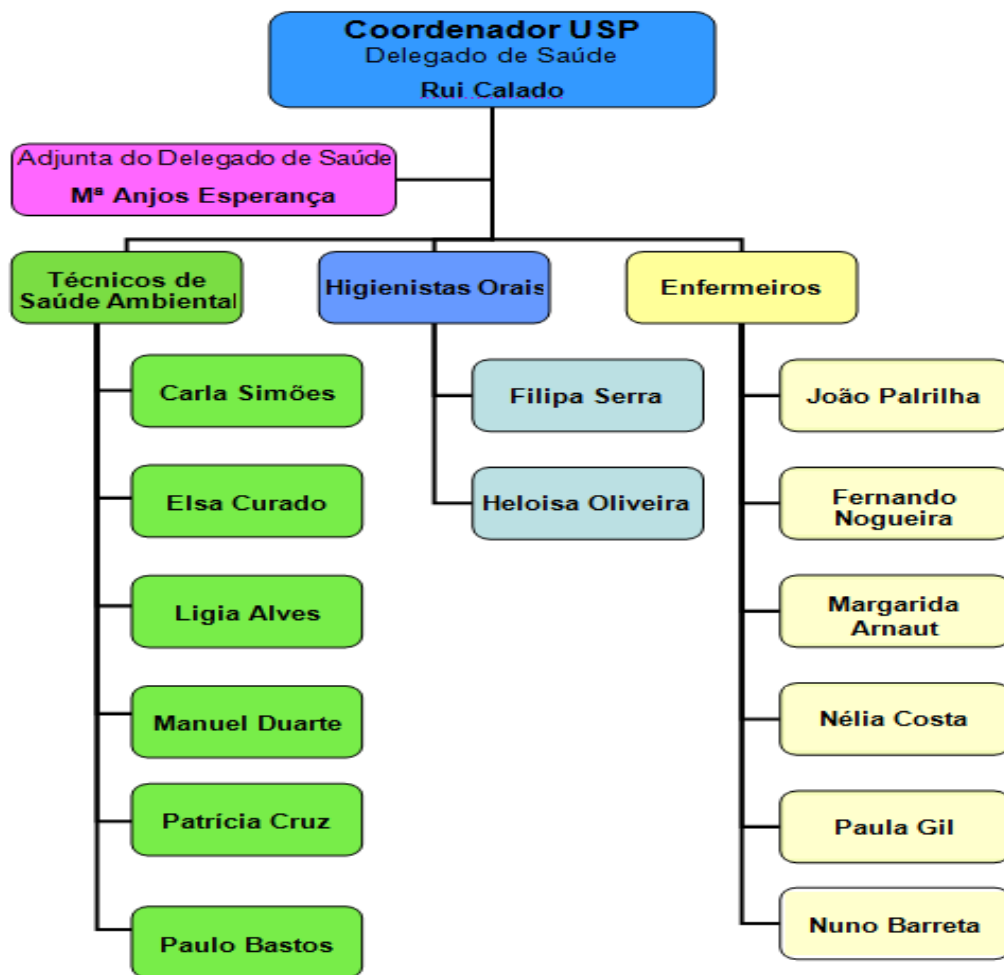
A USP do ACeS do Médio Tejo II - Zêzere

Atendendo ao Decreto-Lei Nº 28/2008 surge o ACeS do Médio Tejo II - Zêzere, designado por ACeS Zêzere, em que a sua área de abrangência é compreendida pelos concelhos de: Abrantes, Barquinha, Constância, Ferreira do Zêzere, Mação, Sardoal, e Tomar, sendo os concelhos do denominado Médio Tejo. De entre as unidades funcionais do ACeS Zêzere surge a USP com sede em Constância:



Organograma do ACeS do Médio Tejo II - Zêzere

Anexo III
A equipa da Unidade de Saúde Pública



Organigrama da USP
ACES Médio Tejo II - Zêzere

Estrutura Orgânico Funcional da USP do ACes do Médio Tejo II - Zêzere

Anexo IV
Programas e Projetos da Unidade de Saúde Pública

OUTROS PROGRAMAS E PROJETOS DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA USP

Ao longo deste estágio foi possível desenvolver atividades inseridas noutros programas e projetos da USP, pelo que, torna-se importante realizar uma breve apresentação dos mesmos.

Com o objetivo de contrariar a taxa de crescimento da prevalência da pré-obesidade e obesidade nos jovens do secundário, surge o **Projeto de Combate à Obesidade: Põe-te na Linha**. Este projeto pretende dar resposta aos objetivos definidos pela Plataforma Contra a Obesidade, no âmbito regional, tendo em conta a área de abrangência da USP Zêzere, contribuindo assim para a deteção precoce de situações de sobrepeso e obesidade, assim como para a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências no que respeita à alimentação saudável/hábitos de vida saudáveis, nos jovens (PLANO DE ATIVIDADES PARA O BIÉNIO 2011).

O **Projeto Gestão de Resíduos Hospitalares** tem como finalidade fornecer uma base de trabalho conceptual e prática para uma boa gestão dos Resíduos Hospitalares, pois como existem diferentes tipos de resíduos produzidos é necessário um cuidado extremo na sua triagem, de modo a garantir a minimização dos riscos de forma economicamente sustentável. Este projeto apresenta como objetivo geral: desenvolver um conjunto de procedimentos a aplicar em todo o ACeS no âmbito da Gestão dos Resíduos Hospitalares. De forma a dar cumprimento a este objetivo foi construído um Manual de Procedimentos, pois só é possível uma boa gestão dos Resíduos Hospitalares se forem instituídas boas práticas (PLANO DE ATIVIDADES PARA O BIÉNIO 2011).

De forma a dotar a comunidade de competências que lhe permita adotar estilos de vida compatíveis com um estado de saúde equilibrado, surge na carteira de serviços da USP do Zêzere o projeto **Promoção da Saúde**. Este projeto pretende constituir-se como um recurso na divulgação das estratégias de promoção da saúde, à população da área de influência do ACeS do Zêzere, utilizando nesta divulgação os recursos informativos da comunidade, articulando com outras estruturas sociais e económicas, no sentido de garantir ao máximo a igualdade no acesso à informação (PLANO DE ATIVIDADES PARA O BIÉNIO 2011).

A saúde oral como parte integrante da saúde em geral, requer mudanças de comportamentos e de ações integradas. É neste sentido que surge o **Programa da Saúde e Prevenção Primária das Doenças Orais**. A implementação deste projeto visa tornar o indivíduo saudável e informado, através da aplicação de estratégias promotoras de saúde, de modo a reduzir o risco de doença oral, e a longo prazo, obter ganhos em saúde (PLANO DE ATIVIDADES PARA O BIÉNIO 2011).

Vigilância das Condições Higiêno-Sanitárias dos Consultórios e Clínicas Dentárias é outro dos projetos da USP, que apresenta como objetivos: 1) Monitorizar as condições higiêno-sanitárias de instalações e produtos dos estabelecimentos identificados; 2) Monitorizar o cumprimento das recomendações efetuadas pelos técnicos da USP tendo em vista a melhoria das condições de higiene e laboração das clínicas e consultórios vistoriados (PLANO DE ATIVIDADES PARA O BIÊNIO 2011).

A prestação de cuidados de saúde à mulher é uma área que deve merecer especial atenção na organização dos cuidados de saúde primários, quer pelo papel social que desempenha, quer pelos vários momentos vulneráveis ao longo da sua vida reprodutiva, surge na USP o projeto **Rastreio do Cancro do Colo do Útero nos ACeS do Zêzere**. Pretende-se com este, informar/sensibilizar toda a comunidade para a problemática do cancro do colo de útero e para a importância de uma atitude preventiva, incentivando todas as mulheres ao rastreio e diagnóstico precoce. O projeto tem ainda uma vertente de promoção da saúde, uma vez que os fatores de risco se prendem com importantes determinantes da saúde e estilos de vida. Apresenta como objetivo obter taxas de cobertura rastreio cancro de colo de útero superiores a 60% da população (PLANO DE ATIVIDADES PARA O BIÊNIO 2011).

Anexo V
Apresentação do Projeto de Intervenção à Unidade de Saúde Pública



Unidade de Saúde Pública

Escola Superior de Saúde de Santarém

2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Unidade Curricular – Estágio e Relatório

A mestranda:
Isabel Vital

Autores: Isabel Vital

Coordenação:
Professora Teresa Machado
Enfermagem Especialidade: Materno Infantil

Coimbra, 17 de Abril de 2012

PROJETO DE Estágio



Para conseguirmos realizar grandes feitos temos, não só de acreditar, mas também de planear, não só de sonhar, mas também de *agir!*
Anatole France

Autores: Isabel Vital

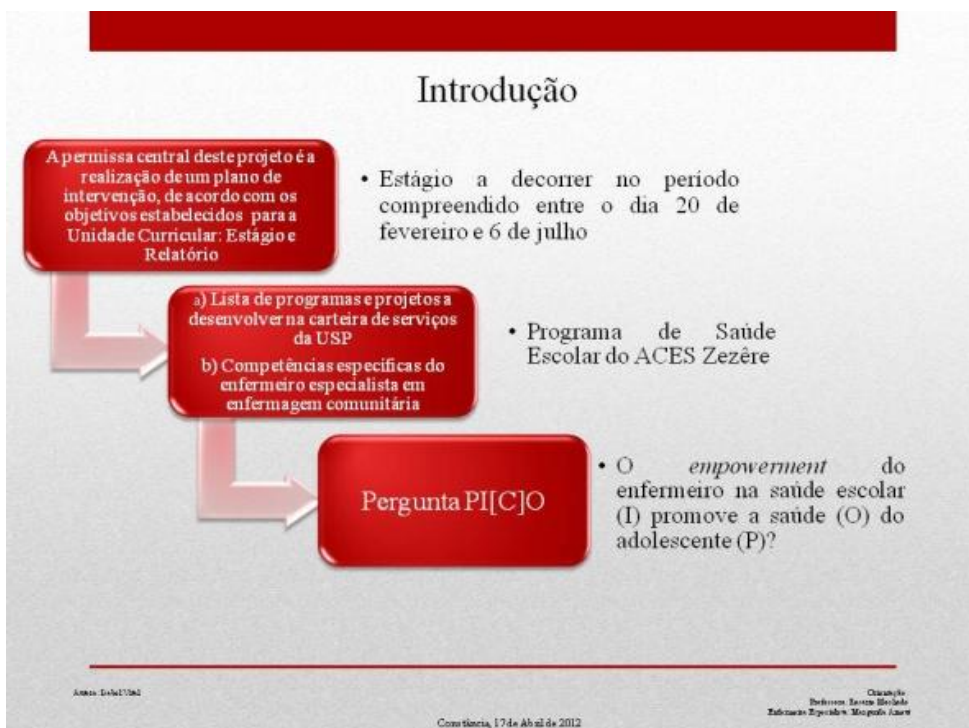
Coordenação:
Professora Teresa Machado
Enfermagem Especialidade: Materno Infantil

Coimbra, 17 de Abril de 2012

INTRODUÇÃO	
1 - O CONCELHO DE TOMAR E A OFERTA EDUCATIVA	
2 - ESTRUTURA ORGÂNICO FUNCIONAL DA USP DO ACES ZÊZERE	
3 - PLANO DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO	
4 - PROJETO DE INTERVENÇÃO - "CONSTRUIR O CAMINHO - PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS"	
4.1 - POPULAÇÃO ALVO	
4.2 - OBJETIVOS	
4.3 - PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	
5 - CRONOGRAMA	
6 - NOTAS FINAS	
BIBLIOGRAFIA	

Amora, Isabel V. 2001 Chiribella, Daniela, Luciana, Mariana, Edmarcio, Espiridão, Margarida, Amora

Comissão, 17 de Abril de 2012



Introdução

Objetivos Gerais:

Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária

Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar

Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar

Área: Saúde

Ciência: 17 de Abril 2011

Química:
Debruço, Inês, Michele
Edição: Especial 8, 10 de Maio 2011

O concelho de Tomar e a oferta educativa

Figura 1: Localização do Concelho de Tomar

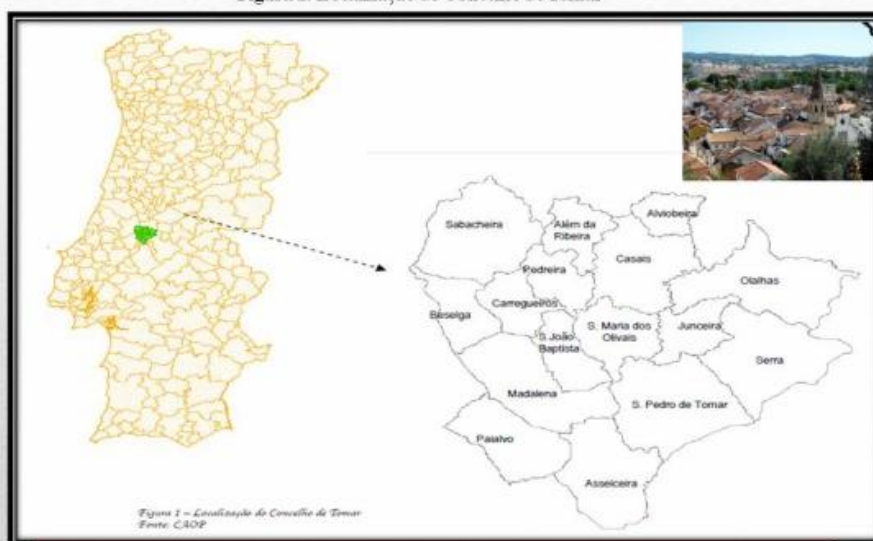


Figura 1 - Localização do Concelho de Tomar
Fonte: CAOP

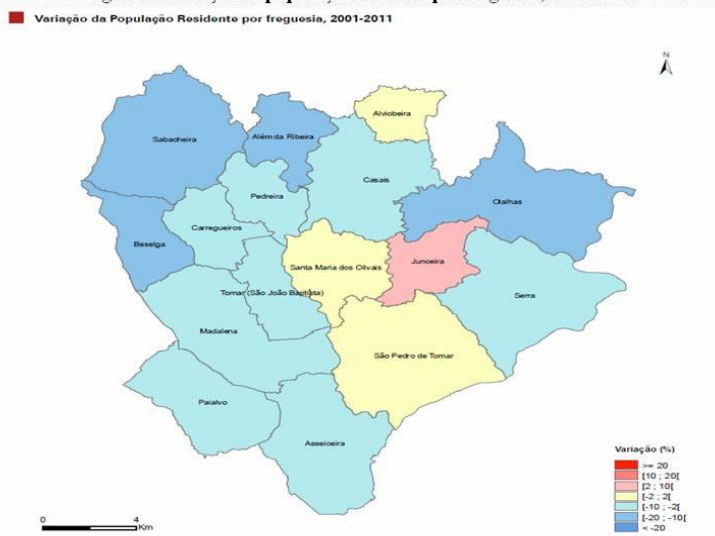
Área: Saúde

Ciência: 17 de Abril 2011

Química:
Debruço, Inês, Michele
Edição: Especial 8, 10 de Maio 2011

O concelho de Tomar e a oferta educativa

Figura 2: Variação da população residente por freguesia, 2001-2011



Amos Delgado

Coimbra, 17 de Maio de 2012

Classificação:
Professora Luísa Matias
Educação Especial e Integração Social

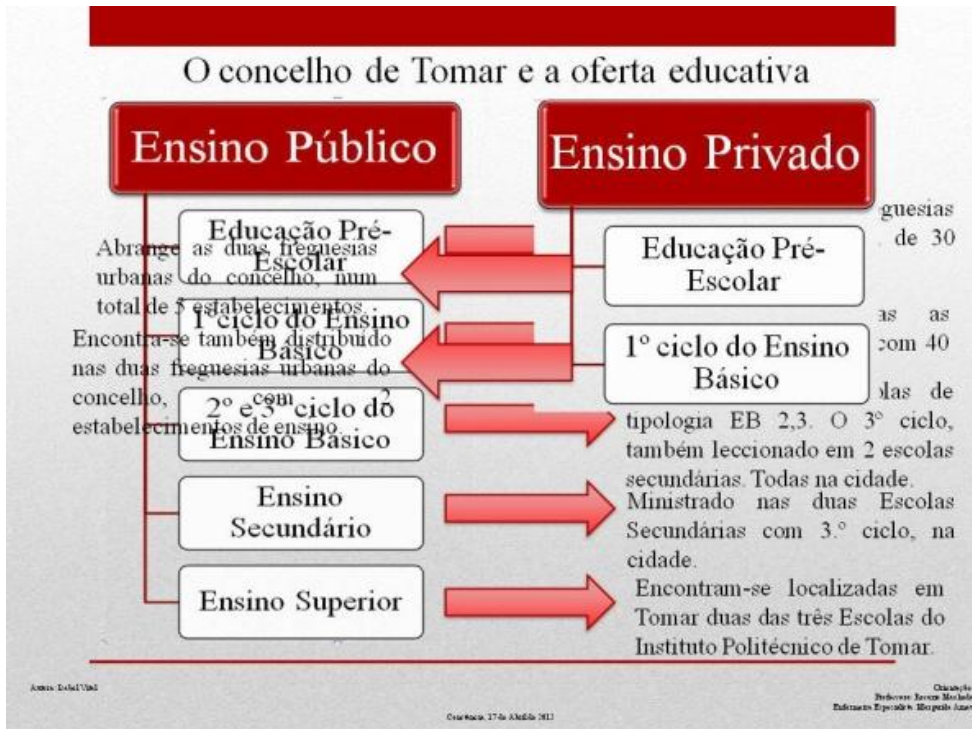
O concelho de Tomar e a oferta educativa



Amos Delgado

Coimbra, 17 de Maio de 2012

Classificação:
Professora Luísa Matias
Educação Especial e Integração Social



2 – ESTRUTURA ORGÂNICO FUNCIONAL DA USP DO ACES ZÊZERE

Projetos:

- ✓ Programa de Vigilância Sanitária das Águas de Consumo Humano, Piscinas e Zonas Balneares
- ✓ Programa de Vacinação do ACES do Zêzere
- ✓ Programa de Saúde Escolar do ACES do Zêzere
- ✓ Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde dos Estabelecimentos de Ensino
- ✓ Promoção da Saúde e Prevenção Primária das Doenças Orais
- ✓ Referenciação em Saúde Oral, no âmbito do PNPSO
- ✓ Vigilância das Condições Higié-Sanitárias das Clínicas e Consultórios de Medicina Dentária
- ✓ Vigilância Sanitária dos Estabelecimentos Comerciais
- ✓ Vigilância Sanitária dos Estabelecimentos Comerciais
- ✓ Vigilância Sanitária de Estabelecimentos de Restauração e Bebidas
- ✓ Gestão de Resíduos Hospitalares
- ✓ Saúde ocupacional Interna e Externa
- ✓ Promoção da Saúde
- ✓ Rastreamento do Cancro do Colo do Útero no ACES do Zêzere
- ✓ Põe-te na linha: Projecto de combate à obesidade.

Aluna Isabel Vital

Curriculum 37 de Junho 2012

Cláudia M. Rodrigues, Escola Secundária de Educação Especial n.º 100 João Azar

3 – PLANO DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias/ Recursos/ Materiais	Quando	Quem
Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compreender a estrutura orgânica e funcional da USP do ACES Zêzere ✓ Integrar a equipa multidisciplinar da USP do ACES Zêzere 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião com a enfermeira cooperante da USP ✓ Mobilização de literatura de suporte, no âmbito da enfermagem comunitária (Plano de ação da USP do ACES Zêzere, PNSE, PNS, etc) ✓ Analisar criticamente os programas/projetos no âmbito da enfermagem comunitária que contribuem para a consecução dos objetivos do PNS ✓ Pesquisa bibliográfica ✓ Construção do Projeto de Estágio ✓ Reformulação do projeto ✓ Reunião com a professora Orientadora 	<ul style="list-style-type: none"> Suporte bibliográfico Documentos da USP 	<ul style="list-style-type: none"> 1ª e 2ª semana de estágio 4ª semana de estágio Dia 22/03 	<ul style="list-style-type: none"> Aluna Isabel Vital Enf. Margarida Arnaut Prof. Rosário Machado

3 – PLANO DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias/ Recursos/ Materiais	Quando	Quem
Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver competências no âmbito da enfermagem comunitária, integrando projetos da carteira de serviços da USP do ACES Zêzere. Desenvolver projeto de intervenção ao abrigo do Programa de Saúde Escolar do ACES Zêzere. 	<ul style="list-style-type: none"> Contato com as atividades da equipa multidisciplinar da USP do ACES Zêzere. Trabalho em equipa nas atividades da equipa multidisciplinar da USP do ACES Zêzere nos programas/projetos (Promoção da Saúde e Prevenção Primária das Doenças, Orais, Gestão de Resíduos Hospitalares, Promoção da Saúde, Rastreio do Cancro do Colo do Útero no ACES do Zêzere, Põe-te na linha: Projecto de combate à obesidade). Reuniões de equipa da USP do ACES Zêzere. Reuniões com a enfermeira cooperante. Reuniões com a professora orientadora. Atividades inerentes ao desenvolvimento do projeto (apresentadas no capítulo seguinte). 	<ul style="list-style-type: none"> USP Parceiros Material de apoio que eventualmente possa vir a ser necessário. Suporte informático (computador, data show) 	Ao longo de todo o estágio	<ul style="list-style-type: none"> Aluna Isabel Vital Enfª Margarida Arnaut Equipa Multidisciplinar Prof. Rosário Machado

3 – PLANO DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Estratégias/ Recursos/ Materiais	Quando	Quem
Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar	<ul style="list-style-type: none"> Mobilizar as competências desenvolvidas e os resultados do projeto desenvolvido, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada. Analisar criticamente as situações vivenciadas tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspectiva da melhoria da qualidade das intervenções de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Apreciação crítica dos resultados obtidos face às competências específicas do enfermeiro de Enfermagem Comunitária. Realização de reuniões de acompanhamento para reflexão das situações vivenciadas. Realização de um seminário de avaliação intermédia, e ponto de situação de execução face aos objetivos propostos. Realização de um seminário final, e preenchimento de ficha de auto-avaliação. Desenvolvimento do Relatório de Estágio. Apresentação e discussão pública do relatório. 	<ul style="list-style-type: none"> Bibliografia de suporte Consulta das bases de dados científicas Consulta dos programas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> A partir da 14ª /15ª semana de estágio até ao final do mesmo. Dia 27/04 Dia 18/06 	<ul style="list-style-type: none"> Aluna Isabel Vital Enfª Margarida Arnaut Aluna enfermeira cooperante e restantes elementos da turma

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

Estilos de Vida

Os estilos de vida são apontados como o produto da cultura, que é traduzido em herança social.

TAYLOR, 2002 citado por GONÇALVES, CARVALHO, 2004

Os sujeitos adotam vários comportamentos que podem constituir fatores de risco para a saúde.

RIBEIRO E TAPADINHAS, 2002

Os estilos de vida são como um conjunto de estruturas mediadoras que refletem uma totalidade de atividades, atitudes e valores sociais. São tidos como elementos estruturadores e requisitos indispensáveis à obtenção do completo bem-estar, físico, mental e social.

OMS

O Plano Nacional de Saúde (2011-2016), enfatiza que os estilos de vida são uma das cinco categorias dos determinantes de saúde, salientando que estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crônicas.

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

Os estilos de vida são, em grande parte, produto de uma construção social e cultural no qual as crianças e adolescentes estão incluídos e têm papel activo.

FERREIRA, 2004, citado por FONTES, 2007

A realização de uma intervenção precoce junto das crianças e adolescentes torna-se fundamental, pois existe a possibilidade de uma grande parte dos hábitos dos adultos serem desencadeados durante a infância e adolescência.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2006

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

Na sociedade atual

Fatores sociais, culturais e económicos

Os adolescentes passam grande parte do dia na escola

Associação Educativa do Rio de Janeiro

Coimbra, 17 de Junho 2011

Química: Professores: Everson Machado, Edmarcio Espinalde N. B. e Paulo Luiz

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

A escola constitui um local privilegiado para a implementação de ações que visam orientar as atitudes e comportamentos ao longo do percurso escolar dos alunos.
FARIA, 1997, 2002, ROCHA, 1994, MITTE, GOPPNEY & HAIRIS, 2006, VIANNA, 2001, citado por FONTES, 2007

A escola, enquanto espaço educativo, tem vindo a ser estimulada a libertar-se da prática tradicional, preocupada unicamente com a aquisição de conhecimentos.
ANDRADE, 1995

A escola tem centrado os seus esforços numa educação mais globalizante, dando prioridade a uma formação da pessoa mais consciente, crítica, reflexiva, ativa e feliz, assumindo, desta forma, o seu papel de promotora de saúde.
LEGER, 1999, citado por FONTES, 2007

Associação Educativa do Rio de Janeiro

Coimbra, 17 de Junho 2011

Química: Professores: Everson Machado, Edmarcio Espinalde N. B. e Paulo Luiz

PNSE 2006

- No Sistema Educativo, novos desafios se colocam: a par do trabalho de transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, a escola deve, também, educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia.

DGS 2006

- Procura-se através da Saúde Escolar estimular o desenvolvimento de atividades, com base nas necessidades da comunidade, motivando a participação de toda a comunidade educativa na definição de prioridades e estratégias, na busca de soluções e encaminhamentos para uma vida mais saudável.

Ministério da Saúde 1996, citado por VIANA, 2001

- Compete à Saúde Escolar desenvolver ações, tendo a escola como parceria, que atuem simultaneamente sobre as crianças e os adolescentes, a restante comunidade educativa e o ambiente, através das quais contribuam para a redução de riscos e de vulnerabilidade perante a doença, para alteração dos padrões de morbi-mortalidade e para a promoção da saúde.

Amos, Isabel (198)
Classificação:
Professora Auxiliares
Educação Especial e, Mestrado em

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

“Toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar”.

TONES e TILFORD, 1994, p.11

“É uma ação exercida sobre os indivíduos, no sentido de modificar os seus comportamentos a fim de adquirirem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem.”

OMS, 1969

Amos, Isabel (198)
Classificação:
Professora Auxiliares
Educação Especial e, Mestrado em

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

A Educação para a Saúde tem vindo a ser internacionalmente reconhecida como parte integrante dos esforços da promoção da saúde.

RODRIGUES, FERREIRA, BARROSO, 2005

Segundo LEAVELL e CLARK a promoção da saúde centra-se em medidas positivas para a saúde, desde a educação para a saúde em pessoas saudáveis e a promoção de condições ambientais favoráveis.

STANHOPE, LANCASTER, 2011

Segundo a OMS a promoção da saúde é “o processo que permite às pessoas aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la”.

STANHOPE, LANCASTER, 2011

A OMS identifica cinco áreas de intervenção em promoção da saúde.

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Área: Saúde 1982

Conferência: 17 de Junho 2011

Organização:
Instituto Europeu de Saúde
Educação Especial e Hospital Infantil

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

Na Carta de Ottawa elaborada na Primeira Conferência Internacional de promoção de saúde, é descrita como:

“o processo que visa aumentar as capacidades dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”.

CARTA DE OTTAWA, 1986

Área: Saúde 1982

Conferência: 17 de Junho 2011

Organização:
Instituto Europeu de Saúde
Educação Especial e Hospital Infantil

4 – PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

É impossível abordar a promoção da saúde sem a criação de actividades de promoção em saúde, fortemente influenciadas pela teoria do *empowerment*.

RODRIGUES et al, 2005

O *empowerment* é um “processo que aumenta a capacidade de realização das pessoas, tendo em vista a melhoria das suas vidas e comunidades”.

PAGE, CZUBA, 1999 citado por RODRIGUES et al, 2005, p. 86

O *empowerment* pode ser desenvolvido num contexto individual e comunitário:

O *empowerment* individual caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências individuais para a tomada de decisão na vida pessoal, para a resolução de problemas e concretização de objectivos.

SCHULTE, 1995, citado por PEREIRA, 2010

O *empowerment* comunitário é um processo que permite que as pessoas isoladas possam ser compreendidas, de forma que tenham influência direta nas decisões que afectam a sua vida.

RAPPAPORT, 1984, citado por PEREIRA, 2010

4 – PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

Uma das principais metas da OMS, relativamente ao *empowerment* comunitário, consiste no desenvolvimento de comunidades participativas e ativas que conduzam os indivíduos a atuar de forma coletiva, no sentido de obter uma maior influência sobre os determinantes da saúde e qualidade de vida da sua comunidade.

WHO, 1998

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

O *empowerment* pode ser definido como um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no seu meio envolvente, traduzindo-se num acréscimo de poder – psicológico, sócio-cultural, político e económico.

O poder é entendido como a capacidade e autoridade para:

Influenciar o pensamento dos outros – poder sobre;

Ter acesso a recursos e bens – poder para;

Tomar decisões e fazer escolhas – poder para;

Resistir ao pensamento dos outros se necessário – poder de.

PINTO, 1988

Área: Saúde

Coimbra, 17 de Junho 2011

Química
Bióloga: Inês Machado
Enfermeira Especialista: Inês Paula Azeite

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Fulcral salientar a importância do papel do enfermeiro comunitário na promoção da saúde da comunidade educativa.

Em 1986 a OMS declarou que estes profissionais têm o potencial para impulsionarem o novo movimento da promoção da saúde.

O PNSE (2006, p. 4) “a meta 13 do documento *Health for all* prevê que em 2015, (...) 95% das crianças que frequentam a Escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde.”

Escola Promotora da Saúde como “aquela que inclui a educação para a saúde no seu currículo, e possui atividades de saúde escolar” (PNSE, 2006, p.4).

Área: Saúde

Coimbra, 17 de Junho 2011

Química
Bióloga: Inês Machado
Enfermeira Especialista: Inês Paula Azeite

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”



Amora, Debal'Vani

Ciências da Saúde, 17 de Abril de 2012

Cherubino, Bráulio
Professora, Luciana, Mariana
Enfermeiros Especialistas, Marjorie, Anany

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”



GEORGE, 2000; TOMEY, ALLIGOOD, 2004

Amora, Debal'Vani

Ciências da Saúde, 17 de Abril de 2012

Cherubino, Bráulio
Professora, Luciana, Mariana
Enfermeiros Especialistas, Marjorie, Anany

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

A prevenção primária, a secundária e a terciária, como intervenções, são usadas para ajudar a reter, atingir e manter o equilíbrio do sistema.

A prevenção primária ocorre antes do sistema reagir a um stressor, mas o grau de risco é conhecido, e inclui a **promoção da saúde**.

GEORGE, 2000; TOMEY, ALLIGOOD, 2004

Atividade 1-2017/18

Coerência 17 de Junho 2017

Classificação:
Bolsistas: Inês, Mariana,
Editeza, Espiridão, Ilse, Paulo, Luana

4- PROJETO DE INTERVENÇÃO – “CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

Neste sentido a principal preocupação da enfermagem é ajudar o sistema comunidade educativa a atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema, ajudando-o a fazer os ajustes necessários para o bem-estar ideal.

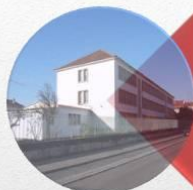
Os técnicos das equipas de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária “são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos” (PNSE, 2006, p. 5).

Atividade 1-2017/18

Coerência 17 de Junho 2017

Classificação:
Bolsistas: Inês, Mariana,
Editeza, Espiridão, Ilse, Paulo, Luana

4.1 – POPULAÇÃO ALVO



Os adolescentes do 8º ano de escolaridade da Escola Jácome Ratton – Tomar, foram a capacitar este grupo populacional, de conhecimentos para a promoção de estilos de vida saudáveis.



39 adolescentes

4.2 - OBJETIVOS

**Objetivos
Gerais**

- Promover estilos de vida saudáveis no grupo populacional, os adolescentes que frequentam o 8º ano da ESJR.
- Promover a participação do grupo populacional, os adolescentes que frequentam o 8º ano da ESJR nas atividades a desenvolver.

4.2 - OBJETIVOS

Objetivos Específicos

Promover a saúde e prevenir a doença dos adolescentes, que frequentam os 8º ano da ESJR

Melhorar conhecimentos e comportamentos face à adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes, que frequentam o 8º ano da ESJR

Reduzir a incidência e a prevalência de estilos de vida menos saudáveis nos adolescentes, que frequentam o 8º ano da ESJR

Associação de Apoio à Saúde
Coimbra, 17 de Junho 2011
Quilómetros
Bredos e Escola
Edifício Especial 8, Escola 8ª

4.3 – PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO

ATIVIDADES	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO
✓ → Realização de uma sessão de educação para a saúde sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis no grupo populacional, os adolescentes.	Através de metodologias educativas	Aluna Isabel	Sala de aula da Escola	19/03 a 23/03 ou 09/04 a 13/04
✓ → Identificação dos temas acerca de estilos de vida saudáveis que os adolescentes gostariam que fossem abordados.	Caixinha de Sugestões Anónima, escolhendo os 3 temas mais votados	População Alvo		23/03 ou 13/04
✓ → Sessões de educação para a saúde de acordo com os temas identificados pelos adolescentes e que promovam o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.	Através de metodologias educativas	Enf. Cooperante	Sala de aula da Escola	A definir
	Realização de			

4.3 – PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO

ATIVIDADES	COMO	QUEM	ONDE	QUANDO
✓ Informar e sensibilizar o grupo populacional, os adolescentes, através da comemoração do Dia Mundial sem Tabaco (31 de Maio) e da produção de materiais informativos: elaboração de cartazes sobre "O direito a respirar ar livre de tabaco" e a sua distribuição pela escola.	panfletos e cartazes e sua distribuição pela escola.	Parceiros	Todo o recinto escolar	Dia 31 de Maio de 2012
✓ Organização de um convívio com a realização de jogos populares, e participação de toda a comunidade educativa, cujo tema será: "Um Dia Livre e Saudável".	Corridas de Sacos Macaca Cabra-Cega Puxar a Corda		Pátio da escola	Num dia na semana de 11/06 a 15/06
✓ Articulação com outras unidades funcionais do ACES	-----	Aluna Isabel Enf. Cooperante	USP	Quando necessário

ACES Zéze

Crónica 37 de Abril 2012

Classificação:
Professor: Lucília Machado
Educadora Especial: Margarida Azerê

5 – CRONOGRAMA


Atividades	Fevereiro		Março			Abril			Maio			Junho			Julho			
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Reunião com enfermeira cooperante																		
Reunião com professora orientadora																		
Pesquisa/Consulta de documentação necessária																		
Revisão bibliográfica (enquadramento do tema)																		
Realização do projeto																		
Reformulação do projeto																		
Contato com as atividades da equipa multidisciplinar da USP																		
Trabalho em equipa nas atividades da equipa multidisciplinar																		
Realização da sessão de educação para a saúde sobre a adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes																		
Sessões de educação para a saúde de acordo com os temas identificados pelos adolescentes																		
Comemoração do Dia Mundial sem Tabaco																		
Convívio com a realização de jogos populares, cujo tema será: "Um Dia Livre e Saudável"																		
Avaliação intermédia do projeto																		
Reuniões de equipa da USP do ACES Zéze																		
Seminário de avaliação intermédia																		
Seminário Final																		
Realização do Relatório Final																		
Defesa Pública																		

ACES Zéze

Crónica 37 de Abril 2012

Classificação:
Professor: Lucília Machado
Educadora Especial: Margarida Azerê

6 – NOTAS FINAIS




- A elaboração deste documento constituiu um turbilhão de incertezas devido ao cariz de inovação que lhe está subjacente.
- Pretendeu-se criar um documento de orientação do percurso a realizar, que não deve ser encarado como definitivo, mas sim susceptível de alterações...

Autores: Daniela Tóris Classificação:
Doutoramento: Enfermagem
Especialização: Enfermagem Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente

Coimbra, 17 de Junho 2011

6 – NOTAS FINAIS



- Tendo em conta que há vários estudos que comprovam que as raízes no comportamento humano se situam na infância e na adolescência (LIMA, 1995, citado por ESTEVES e ANASTÁCIO, 2011), altura em que as crianças e os jovens estão mais receptivos a adquirirem conhecimentos e hábitos saudáveis.
- “A escola deve ser usada como uma das plataformas para a promoção da saúde, da qualidade de vida e da prevenção da doença em crianças e adolescentes, envolvendo famílias e comunidades” (OMS).
- Relativamente à temática em estudo considera-se que cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária investir no *empowerment*, como uma estratégia de centrar esforços nas capacidades e potencialidades do grupo populacional, os adolescentes.

Autores: Daniela Tóris Classificação:
Doutoramento: Enfermagem
Especialização: Enfermagem Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente

Coimbra, 17 de Junho 2011

BIBLIOGRAFIA

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. ACES do Médio Tejo II - Zêzere - Plano de Atividades para o biénio 2011 da Unidade de Saúde Pública. Constância 2011.
- ANDRADE, M. I. (1995). **Educação para a saúde: guia para professores e educadores**. Lisboa: Texto Editora.
- BOTELHO, José – A pedagogia do projecto. **Enfermagem em Foco**. Lisboa. ISSN 0871 8008. Ano 4, vol. 14 (1994) p. 35 – 37.
- CARTA DE OTTAWA, 1986. (Consultado em 07/11/2011) Disponível em <http://ciacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
- CARTA EDUCATIVA DO CONCELHO DE TOMAR, 2006. (Consultado em 27/02/2012) Disponível em <http://www.cm-tomar.pt/NR/rdonlyres/.../CartaEducativaTomar.pdf>
- DECRETO-LEI nº 28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008 - criação dos agrupamentos de centro de saúde. *Diário da República nº 38/2008 - 1ª Série A*. Ministério da Saúde: Lisboa
- DIAS, M. R., DUQUE, A. F., SILVA, M. G., DURÁ, E. – Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia? **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol. 22, nº3 (Setembro 2004) p. 463-473.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2006). **Programa Nacional de saúde dos jovens 2006/2010**. Lisboa: DGS. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- ESTEVES, Isabel, ANASTÁCIO, Zélia – **Promoção da saúde entre crianças e jovens de jardim-de-infância**. Universidade do Minho, 2011.
- FONTES, Raquel Maria Ferreira Veloso – **Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes – estudo do impacto de um projecto de intervenção**. Porto: Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007. 311 f. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem.
- GEORGE, Julia B. (2000). **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional**. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed
- GONÇALVES, Artur, Carvalho, Graça – **Diferenças de estilos de vida entre populações jovens de meio rural (Boticas) e de meio urbano (Braga): análise de concepções, de valores e de práticas**. Braga: Universidade do Minho, 2004. Dissertação de Mestrado
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Censos 2011: Resultados Preliminares**. Lisboa: INE. 2011.
- MARTINS, Carlos – **Cuidados de Enfermagem Especializados: Do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento**; Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária. **Ordem dos enfermeiros: Governação Clínica e estratégias profissionais**. Lisboa. ISSN 1646-2629. Número 38 (Setembro 2011) p. 43-46.
- MENEZES, I. (2007). **Intervenção Comunitária: Uma Perspectiva Psicológica**. Porto: Livpsic
- OMS (1969). **Bulletin of the World Health Organization**, 62. Genève: OMS
- PEREIRA, Mónica Alexandra Miranda – **A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro doente**. Lisboa: Universidade Aberta, 2010. Dissertação de Mestrado
- PINTO, Carla – **“Empowerment: uma Prática de Serviço Social**. 1988, in Barata, O (coord), **Política Social – Lisboa**: ISCSP.

Anexo Dado 1/04

Criação: 27 de Abril de 2012

Classificação:
Bibliotecas: Evelyn Machado
Educação Especial: M. Margarida Amaral

BIBLIOGRAFIA

- Plano Nacional de Saúde 2011-2016. [Em linha] Lisboa: Direcção Geral de Saúde [Consult. 2011-11-05]. Disponível em WWW: [URL: http://www.ars.min-saude.pt/plns2011-2016/plns-discussao/](http://www.ars.min-saude.pt/plns2011-2016/plns-discussao/)
- Programa Nacional de Saúde Escolar [Em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde [Consult. 2012-02-26]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-79B9-435E-B720-8DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSaudeC39eBAd+E Escolar.pdf>
- REGULAMENTO nº. 128/2011, de 18 de Fevereiro. Diário da República- II série n.º35 - **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária**.
- RIBEIRO, J. L., TAPADINHAS, A. - **Saúde, que concepção e vivência: estudo exploratório na grande Lisboa**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2002. Dissertação de Mestrado na área da psicologia da Saúde
- RODRIGUES, M., PEREIRA, A., BARROSO, T. (2005). **Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde**. Coimbra: Formasas – Formação e saúde, Lda
- STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette. (2011). **Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ª edição. Loures: Lusocódacta
- TOMEY, Ann Mariner; ALLIGOOD, Martha Raile. (2004). **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6
- TONES, K.; TILFORD, S. (1994). **Health education. Effectiveness, efficiency and equity**. London: Chapman & Hall.
- VIANA, M. C. – **Promoção da Saúde na Escola: Perspectivas teóricas e opiniões de profissionais de educação e saúde – um estudo exploratório**. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2001. Tese de Mestrado.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary**. Geneva, 1998.

Anexo Dado 1/04

Criação: 27 de Abril de 2012

Classificação:
Bibliotecas: Evelyn Machado
Educação Especial: M. Margarida Amaral

Anexo VI
Promoção da Saúde



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR
PROMOÇÃO DA SAÚDE

CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

ESCOLA SECUNDÁRIA JÁCOME RATTON

Enf.ª Especialista Margarida Amaut
Enf.ª Isabel Vital

Tomar, 24 de Abril



PROMOÇÃO DA SAÚDE

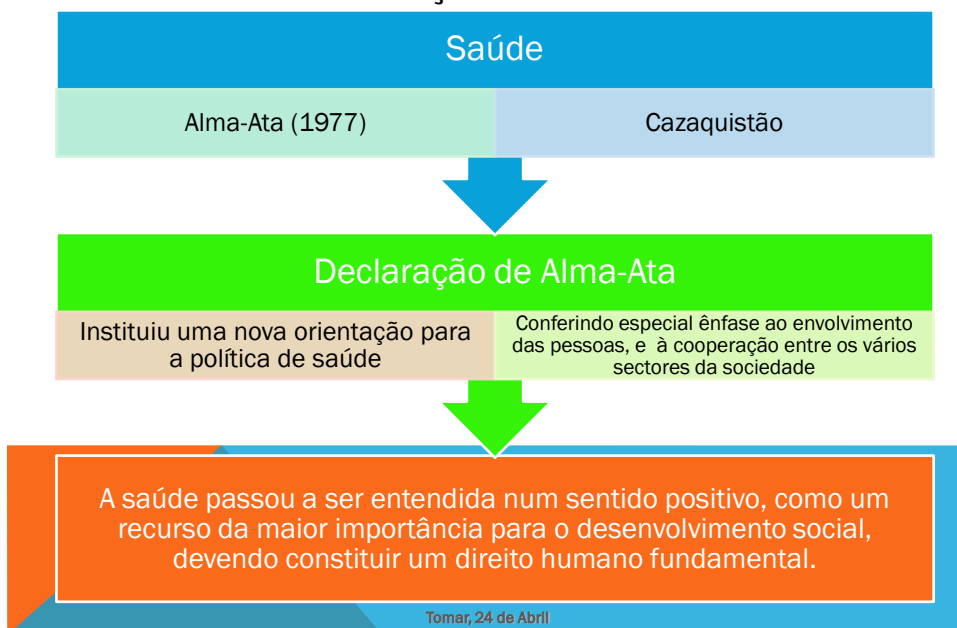
SAÚDE

"Assim como existe uma forma saudável de definir e viver a doença, existe um desafio constante para manter e representar positivamente o estado de saúde"
Marilyn Frank-Stromborg et al.,:37

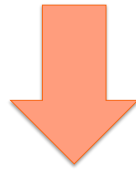
PROMOÇÃO DA SAÚDE



PROMOÇÃO DA SAÚDE



PROMOÇÃO DA SAÚDE



Conceito antigo, em que nas últimas décadas do século XX observou-se uma rápida e expressiva evolução no campo da promoção da saúde.

Tomar, 24 de Abril

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Marcos Históricos Relevantes para a Promoção da Saúde

Carta de Promoção da saúde - Ottawa, 1986

A Conferência de Adelaide, na Austrália, em 1988

A Conferência de Sundsvall, na Suécia, em 1991

Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde, em 1997 - Indonésia

Declaração ministerial do México para a promoção da saúde - México em 2000

Tomar, 24 de Abril

PROMOÇÃO DA SAÚDE

A definição da promoção da Saúde da Carta de Ottawa, foi o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo.

“o processo que visa aumentar as capacidades dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”.

CARTA DE OTTAWA, 1986

Tomar, 24 de Abril

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção
Da
Saúde

• 1ª - A promoção da saúde prioriza os aspectos educativos ligados a factores de riscos comportamentais individuais – processos controlados pelo próprio indivíduo.

• 2ª - Relacionado com a qualidade de vida individual e coletiva. Promover a saúde implica padrões adequados de alimentação, habitação, boas condições de trabalho, acesso à educação, ambiente limpo.

Tomar, 24 de Abril

PROMOÇÃO DA SAÚDE



A **promoção da saúde** é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando desta maneira num modelo participativo de saúde na promoção.

Olhar sobre o conceito de
Saúde



A **prevenção da saúde** é vista simplesmente como ausência de doenças.

Tomar, 24 de Abril

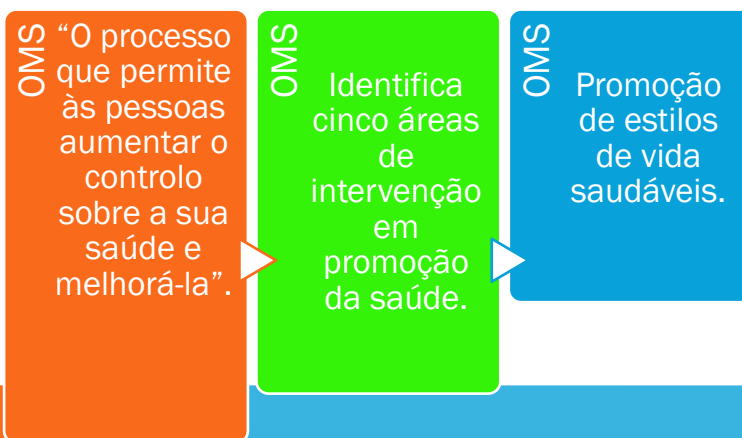
PROMOÇÃO DA SAÚDE



O conceito de promoção da saúde assenta, no paradigma salutogénico, ou seja, valoriza os factores que interferem positivamente na saúde.

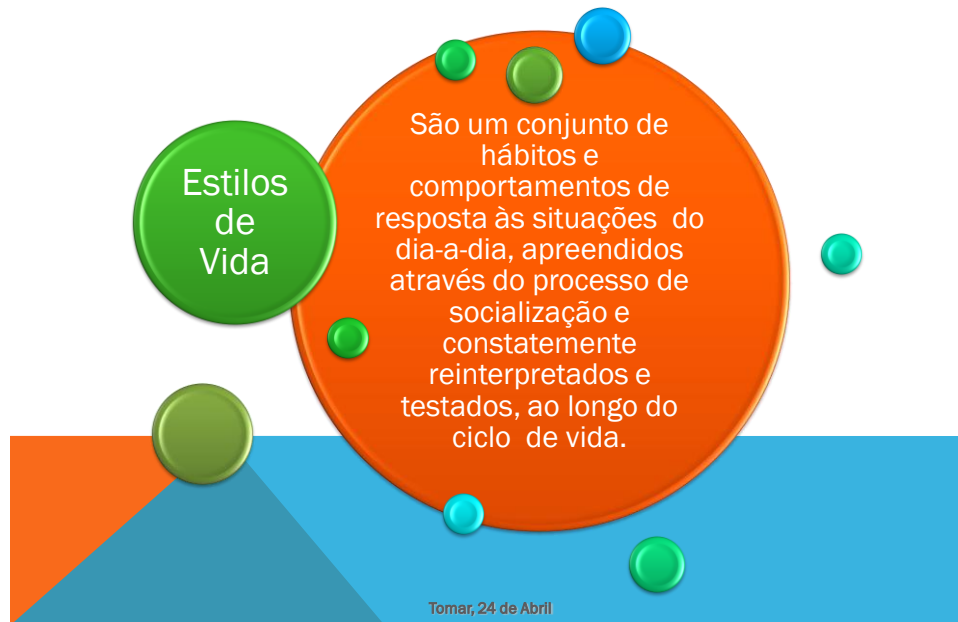
Tomar, 24 de Abril

PROMOÇÃO DA SAÚDE



Tomar, 24 de Abril

PROMOÇÃO DA SAÚDE



PROMOÇÃO DA SAÚDE

Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016

Salienta que os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas.

Tomar, 24 de Abril

PROMOÇÃO DA SAÚDE

No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as áreas prioritárias para Promoção de estilos de vida saudáveis, são:

1. Saúde mental
2. Saúde oral
3. Alimentação saudável
4. Actividade física
5. Ambiente e saúde
6. Promoção da segurança e prevenção de acidentes
7. Saúde sexual e reprodutiva
8. Educação para o consumo.

Tomar, 24 de Abril

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Na escola, o trabalho de **promoção da saúde** com os alunos tem como ponto de partida **‘o que eles sabem’** e **‘o que eles podem fazer’** para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o real e actuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados. Neste processo, os alicerces são as **‘forças’** de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania.

Tomar, 24 de Abril

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Dos técnicos de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de *empowerment*, o princípio básico da promoção da saúde.

O *empowerment* é um “processo que aumenta a capacidade de realização das pessoas, tendo em vista a melhoria das suas vidas e comunidades.

Tomar, 24 de Abril



Anexo VII
Estilo de Vida Saudável



Unidade de Saúde Pública Programa de Saúde Escolar



2012

Enfª Isabel Vital

Estilo de Vida Saudável



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



BEBIDAS



BEBIDAS



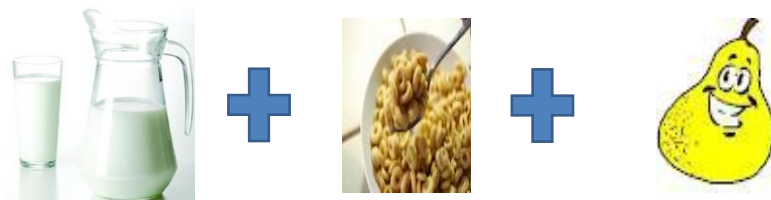
Só às vezes...



Só às vezes...



Pequeno Almoço



Meio da Manhã

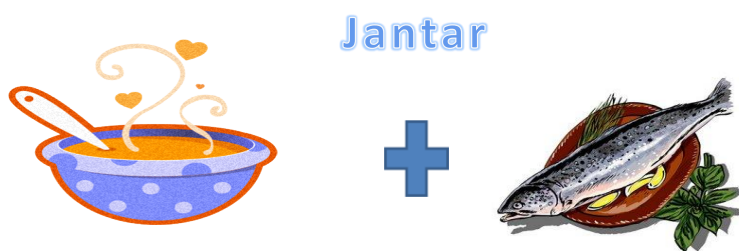


Almoço



Lanche





DORMIR



DORMIR







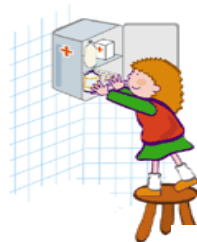


BRINCAR, OUVIR UMA HISTÓRIA, OU UMA MÚSICA



CUMPRIR REGRAS

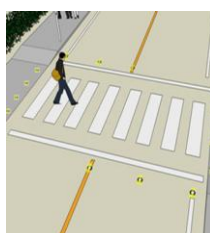
* NÃO BRINQUES EM ESCADAS, EM CIMA DE BANCOS OU AO PÉ DE JANELAS



2012

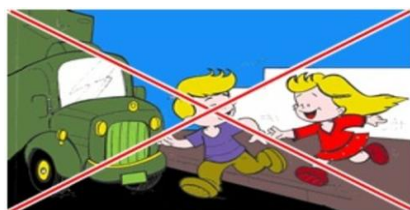
CUMPRIR REGRAS

• NA RUA



CUMPRIR REGRAS

* NA RUA



CUMPRIR REGRAS

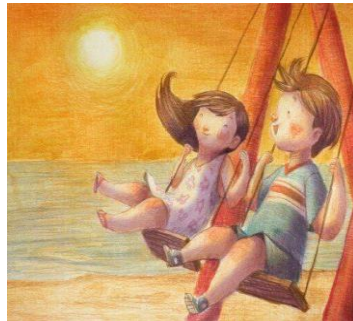
* Bicicleta, Skate ou Patins



2012

CUMPRIR REGRAS

* NO RECREIO



2012

CUMPRIR REGRAS

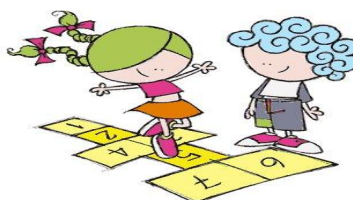
* NO CARRO



2012



Brincar



Aprender



Crescer

Estilo de Vida Saudável

Avaliação da Sessão



Estilo de Vida Saudável

Avaliação da Sessão



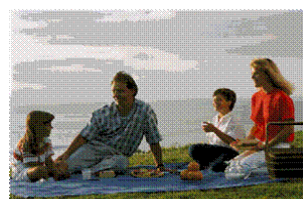
Estilo de Vida Saudável

Avaliação da Sessão



Estilo de Vida Saudável

Avaliação da Sessão



Fim!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Anexo VIII
Alimentação Saudável



Unidade de Saúde Pública Programa de Saúde Escolar

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Enfª Isabel Vital

Março, 2012



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR

RODA DOS ALIMENTOS



Tipo de alimentos

Quantidade

Água está no centro, porquê?

RODA DOS ALIMENTOS



RODA DOS ALIMENTOS

Hidratos de Carbono: pão, batatas, arroz, massas

ENERGIA



4-11 porções

O MAIOR DA RODA

RODA DOS ALIMENTOS

Vegetais: Couves, alfaces, nabos, cenouras, abóbora



3-5 porções

O 2º MAIOR DA RODA

Ajudam o nosso organismo a funcionar.

São como os semáforos no trânsito!!



RODA DOS ALIMENTOS



Frutas: banana, laranja, maçã, uvas, pêra, melancia, melão

Açúcares de Absorção rápida.

Vitaminas que ajudam o sistema imunitário.

1ª peça de fruta deve ser ingerida ao pequeno almoço!

RODA DOS ALIMENTOS

A fatia mais pequena



Gorduras: Azeite, manteiga, óleo

Energia.

Importantes no transporte de algumas vitaminas!

RODA DOS ALIMENTOS

Lactínicos: Leite, queijo, iogurtes



1 porção = 1 copo de leite

3 porções

Cálcio

RODA DOS ALIMENTOS

Carne, Peixe e Ovos



Proteínas de Origem Animal.

São os tijolos do nosso corpo.

Preferir o peixe à carne.



RODA DOS ALIMENTOS

Leguminosas: Feijão, Grão, ervilhas, lentilhas



Proteínas de Origem Vegetal.

Não têm gordura.

Bebidas

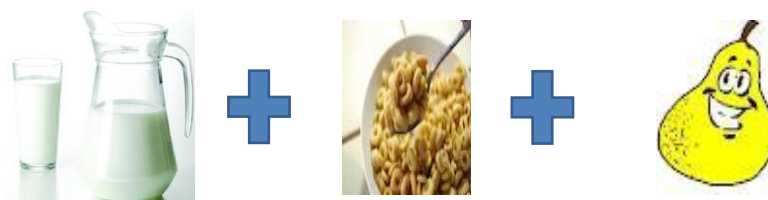




Só às vezes...



Pequeno Almoço



Meio da Manhã



Almoço



Lanche





Dormir

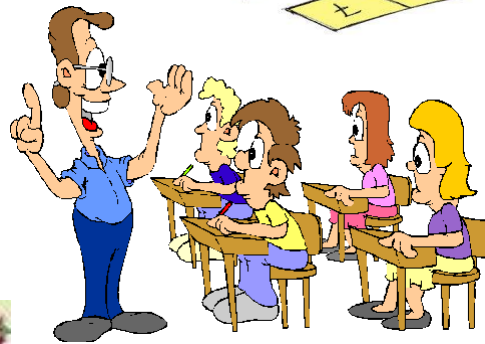




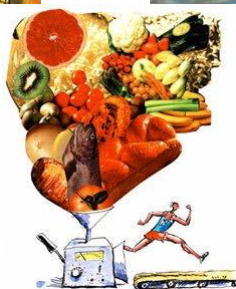
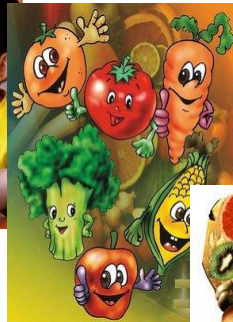
Brincar



Aprender



Crescer



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR

Fim!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Anexo IX
Prevenção de Acidentes



Enfª Isabel Vital

2012



PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* **NA RUA**



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* **NA RUA**



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

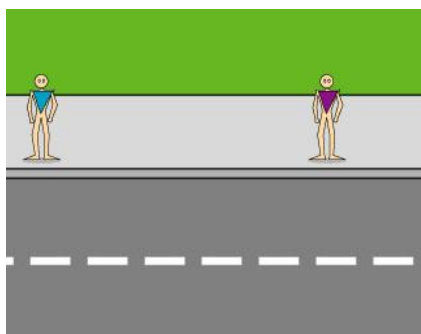
* NA RUA



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* NA RUA



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* NA RUA



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* Bicicleta, Skate ou Patins



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* Bicicleta, Skate ou Patins

Equipamento adequado e aplicado de forma correta:

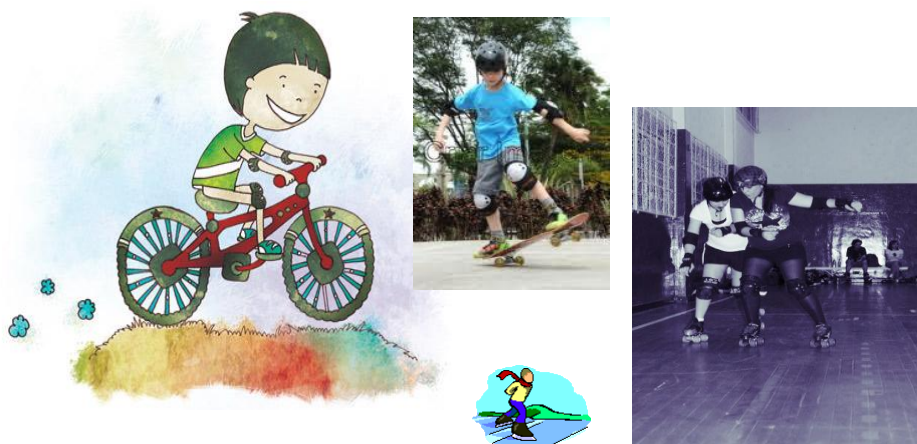
- * Capacete
- * Protetor de queixo
- * Cotoveleiras
- * Luas
- * Joelheiras
- * Boné
- * Óculos



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* Bicicleta, Skate ou Patins



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* Bicicleta, Skate ou Patins



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* NO RECREIO



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

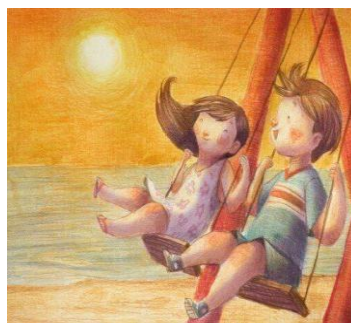
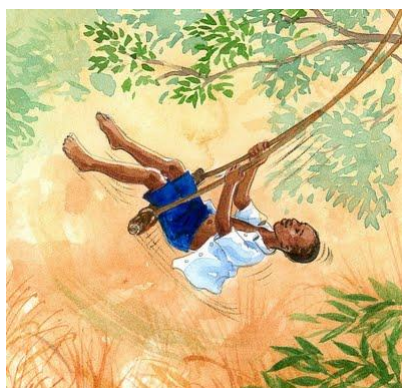
* NO RECREIO



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* NO RECREIO



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

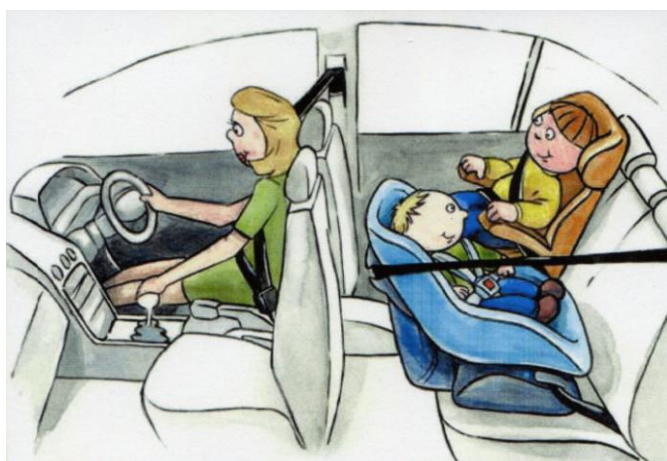
* NA RUA OU BRINCAR AO SOL



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* NO CARRO



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

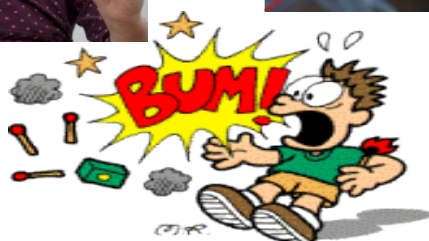
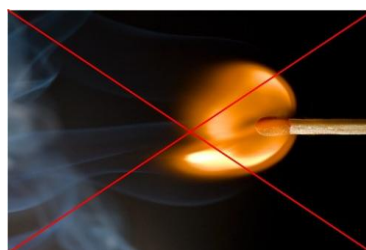
* NO CARRO



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* NÃO BRINQUES COM O FOGO!



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* **NÃO BRINQUES COM O FOGO!**



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* **NÃO BRINQUES NA COZINHA!**



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* **NÃO BRINQUES NA COZINHA!**



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* **NÃO BRINQUES NA COZINHA!**



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

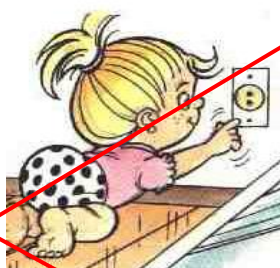
* NÃO MEXER EM MEDICAMENTOS OU PRODUTOS DE LIMPEZA



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

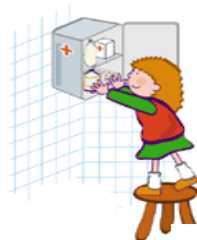
* NÃO MEXER EM FICHAS E TOMDAS ELÉTRICAS



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* **NÃO BRINQUES EM ESCADAS, EM CIMA DE BANCOS
OU AO PÉ DE JANELAS**



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

* **NÃO BRINQUES COM OBJETOS PERFORANTES OU
CORTANTES**



2012

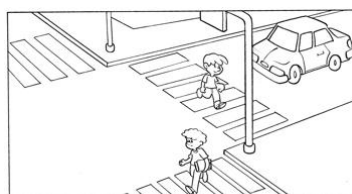
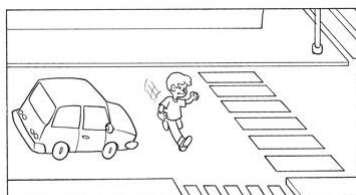
PREVENÇÃO DE ACIDENTES



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Avaliação da Sessão



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Avaliação da Sessão



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Avaliação da Sessão



2012

PREVENÇÃO DE ACIDENTES



FIM!

2012

Anexo X
Higiene Corporal



Unidade de Saúde Pública Programa de Saúde Escolar



Higiene Corporal

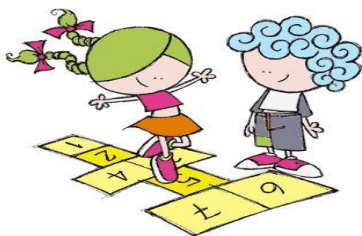
2012

Enf^a Isabel Vital

AS MÃOS



QUANDO SE LAVA AS MÃOS?



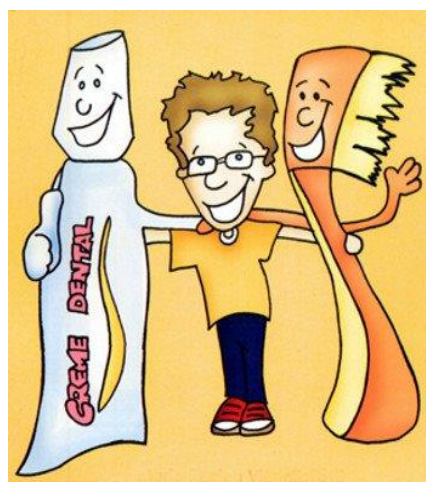
COMO SE LAVA AS MÃOS?



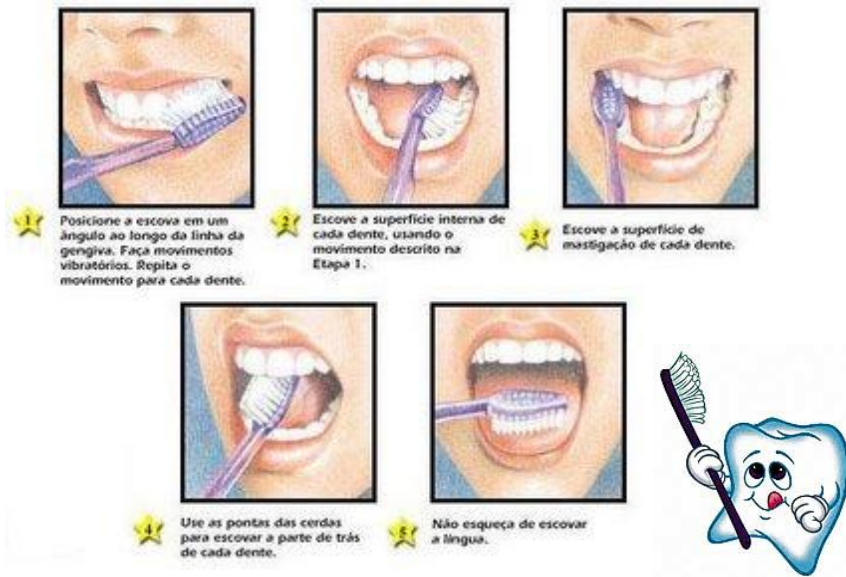
DENTES



O QUE PRECISO PARA LAVAR OS DENTES?



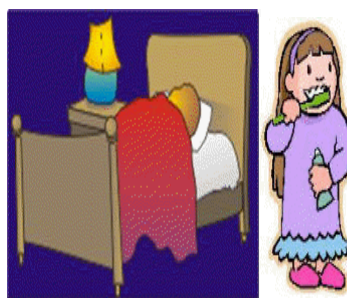
COMO LAVAR OS DENTES?



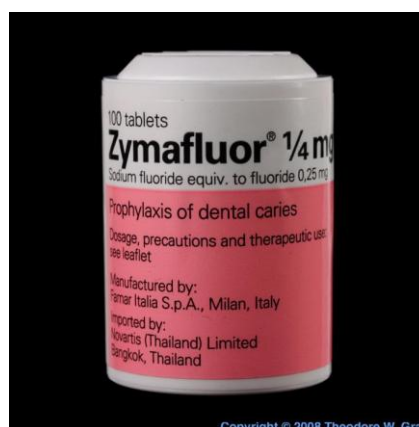
ATENÇÃO AO LAVAR OS DENTES



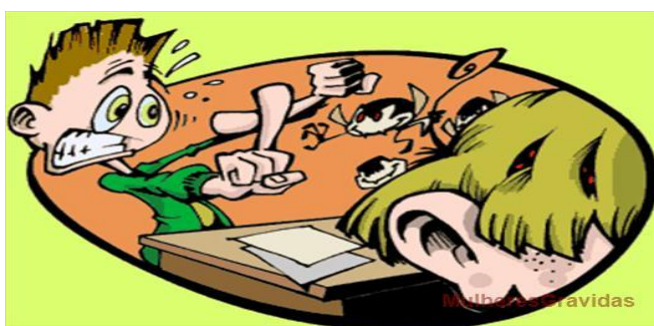
QUANDO LAVAR OS DENTES



NÃO ESQUECER!!!!



CABEÇA - CABELOS



CABEÇA



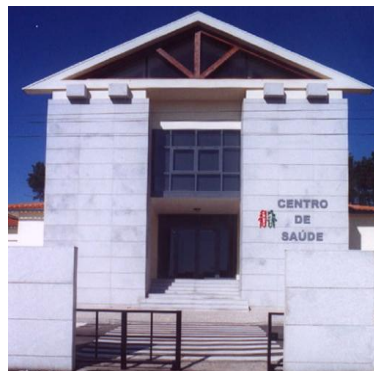
BICHINHOS - PIOLHOS



CABEÇA - CABELOS



CABEÇA - CABELOS





OS PÉS



OS PÉS



OS PÉS - SAPATOS



AS UNHAS



AS UNHAS



O BANHO

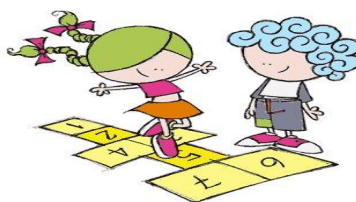


Roupa Lavada





Brincar



Aprender



Crescer

Fim!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Anexo XI
Educação Sexual



Unidade de Saúde Pública Programa de Saúde Escolar

EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA



Enf^a Isabel Vital

Março, 2012

EDUCAÇÃO SEXUAL

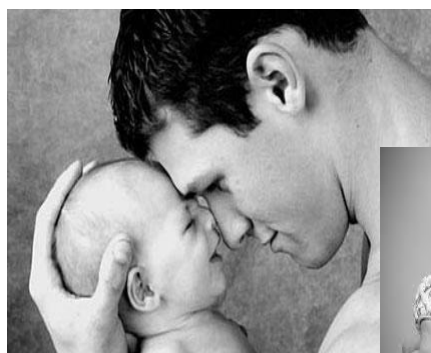


A sexualidade está intimamente relacionada com a saúde, já que esta se entende como fomentadora do desenvolvimento óptimo de bem-estar da pessoa e da comunidade.

ESPINOSA, 1999

A Organização Mundial de Saúde definiu sexualidade como uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e amor.

**Ligações fortes de
Afetividade
desde o início da
nossa concepção!**



**Ligações de
Afetividade com o pai
e restante família!**

EDUCAÇÃO SEXUAL



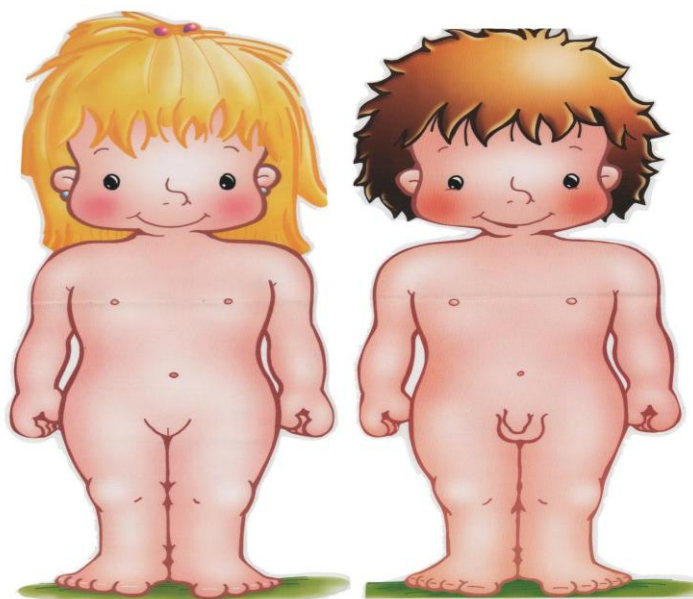
O AMOR E OS AFETOS



DIFERENÇAS ENTRE OS MENINOS E AS MENINAS



**Na infância parecem que
existem poucas diferenças
entre os meninos e as meninas**





DAQUI A UNS ANOS...

- ✓ O nosso aparelho reprodutor que até então estava adormecido, entra em funcionamento!
- ✓ Tanto as meninas como os rapazes vão ver que o seu corpo está a crescer e a modificar-se...
- ✓ Puberdade.
- ✓ Início da adolescência.



TRANSFORMAÇÕES DO CORPO

		
<u>INÍCIO</u>	10 – 11 anos	11 – 12 anos
<u>DURAÇÃO</u>	4 – 6 anos	3 – 4 anos

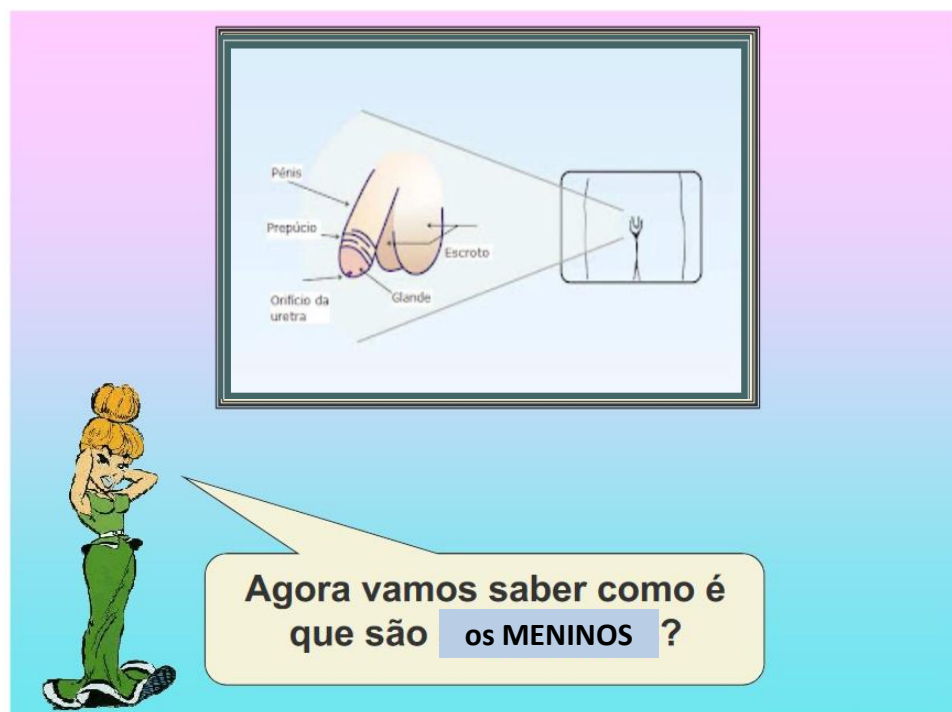
**Olá! Sou o Panoramix!
E vamos explicar-te de
onde vêm os Bebés.**

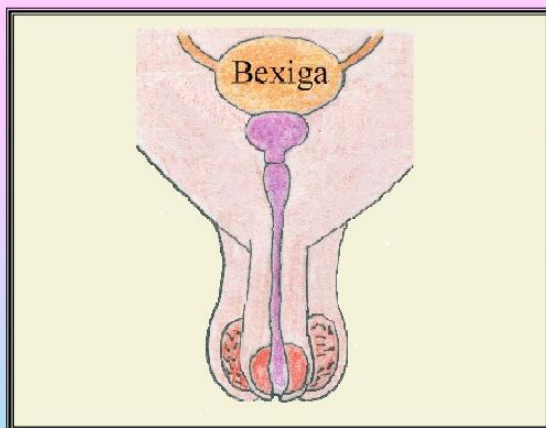


**Eu sou o Obélix
e também vou
ajudar.**

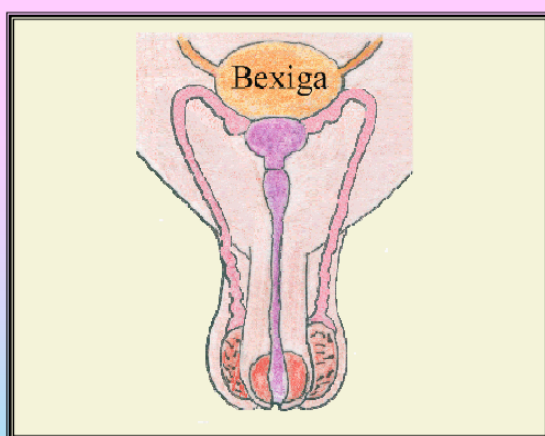








As **bolsas** têm dentro duas pequenas bolas, **os testículos**.



Em seguida, temos dois pequenos tubos chamados **Canais Deferentes**.



CÉLULA REPRODUTORA MASCULINA ESPERMATOZÓIDE



Clitoris

Grandes lábios

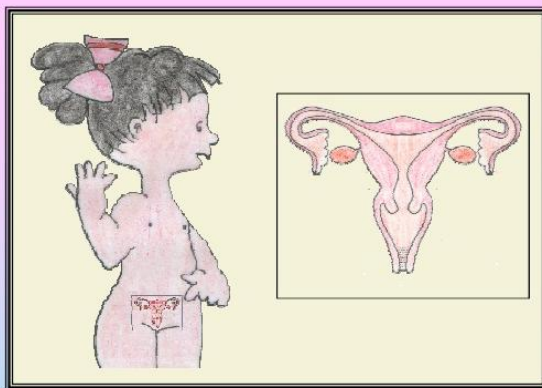
Pequenos lábios

Himen

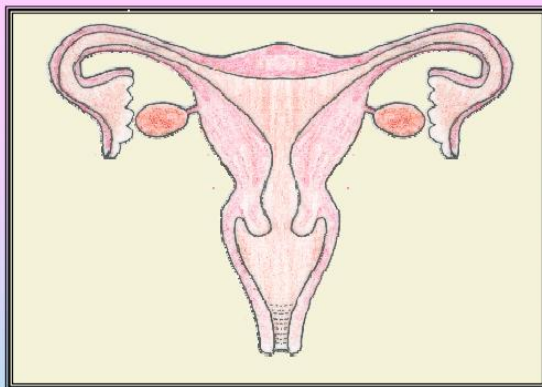
Orifício da uretra

Orifício da vagina

Agora vamos saber como é que são as **MENINAS**?



Agora vamos ver como é a rapariga por dentro.

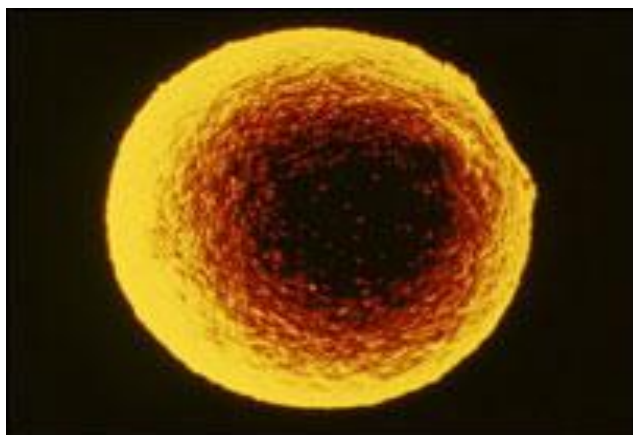


Cada Trompa de Falópio alarga e termina num **ovário.**



Célula Reprodutora Feminina

Óvulo

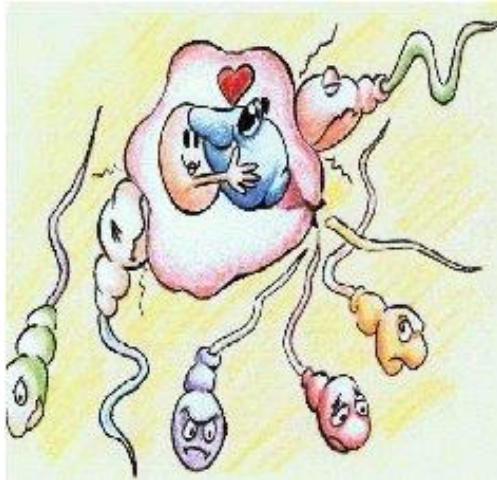


Descamação do endométrio

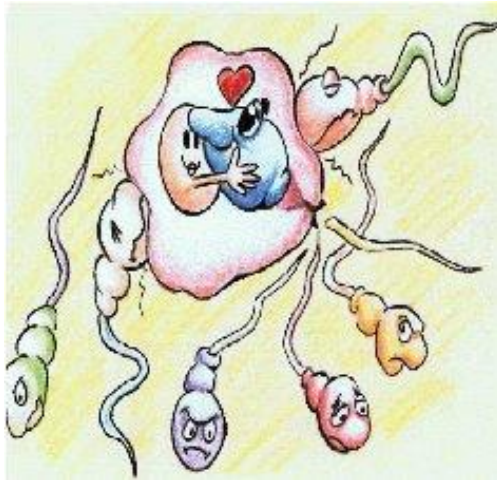
Menstruação

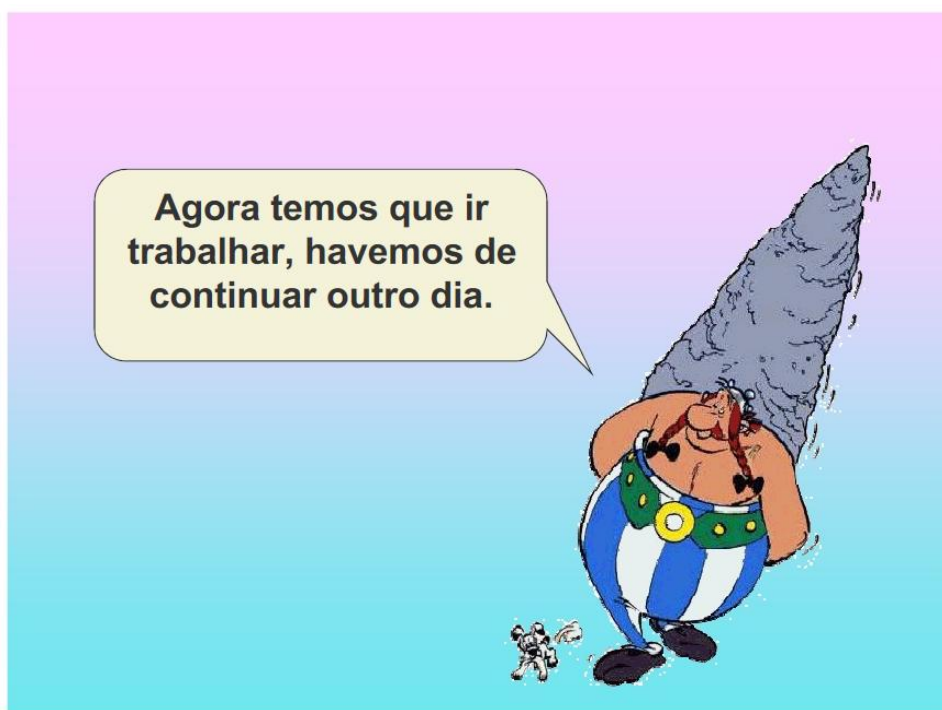
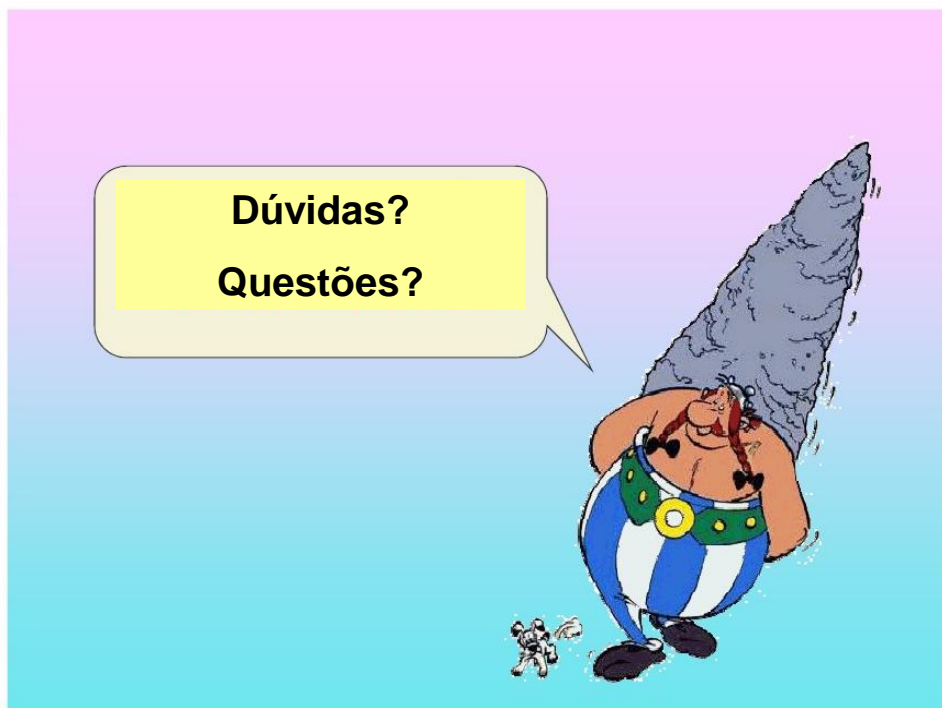
Menarca – aparecimento da Menstruação

Fecundação



Fecundação







Anexo XII
Transformações do Corpo



Unidade de Saúde Pública Programa de Saúde Escolar

TRANSFORMAÇÕES DO CORPO



Enf^a Isabel Vital

Março, 2012

**O NOSSO
CORPO ESTÁ
SEMPRE A
MUDAR...**



Transformações do Corpo



INFÂNCIA



ADOLESCÊNCIA



ADULTO



VELHICE



TRANSFORMAÇÕES DO CORPO



Na infância parecem que existem poucas diferenças entre os meninos e as meninas

TRANSFORMAÇÕES DO CORPO

SERÁ ASSIM NA ADOLESCÊNCIA?

E O QUE É ISSO DA ADOLESCÊNCIA?

QUANDO COMEÇA?





TRANSFORMAÇÕES DO CORPO

Adolescência

- ✓ Etapa maravilhosa da nossa vida!
- ✓ Aparelho reprodutor estava adormecido e ACORDA!
- ✓ Tanto as meninas como os rapazes vão ver que o seu corpo está a crescer e a modificar-se...
- ✓ Começa com a **PUBERDADE** (entrada em funcionamento do aparelho reprodutor que estava adormecido).



TRANSFORMAÇÕES DO CORPO

		
<u>INÍCIO</u>	10 – 11 anos	11– 12 anos
<u>DURAÇÃO</u>	4 – 6 anos	3 – 4 anos

TRANSFORMAÇÕES DO CORPO

RAPAZES



Voz – os meninos irão ficar com uma voz mais grossa;

Desenvolvimento corporal com aumento da massa muscular;

Aumento do tamanho do pênis e dos testículos;

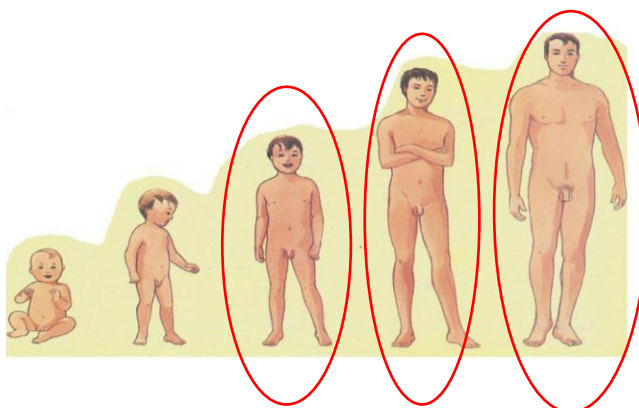
Aparecimento do acne - (Borbulhas);

Aparecimento de pêlos nos órgãos genitais, axilas, nas pernas e na cara (Barba);

Ocorre a primeira ejaculação.

TRANSFORMAÇÕES DO CORPO

RAPAZES



TRANSFORMAÇÕES DO CORPO

RAPARIGAS

Desenvolvimento dos seios e das ancas;

Alargamento das ancas;

Aparecimento de pêlos nos órgãos genitais, axilas e nas pernas;

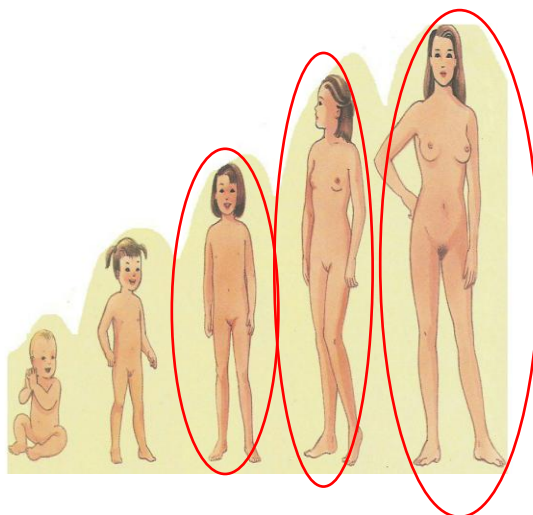
Aparecimento do acne (pele oleosa);

Aparecimento da Menstruação, chamada Menarca (ocorre por volta dos 12 anos).



TRANSFORMAÇÕES DO CORPO

RAPARIGAS



TRANSFORMAÇÕES DO CORPO

- ✓ **Dúvidas**
- ✓ **Pais**
- ✓ **Professores**
- ✓ **Enfermeira da Escola**



Fim!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Anexo XIII
Gravidez na Adolescência



GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência

A adolescência é o momento mais relevante para o reconhecimento da sexualidade, para a aprendizagem do corpo e, muito frequentemente, para a decisão sobre as potencialidades reprodutivas.

Hubner, 1998

A adolescência constitui, então, uma etapa marcada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais, acompanhadas por notórios sentimentos de atracção sexual e profundas meditações sobre a capacidade de decidir.

Justo, 2000

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

EM PORTUGAL

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, a Taxa de fecundidade da faixa etária dos 15 aos 19 anos no ano de 2006 foi de 17,0‰.

Verificou-se um decréscimo acentuado na Taxa de fecundidade na adolescência, correspondendo o mínimo histórico ao último ano observado (2006). Neste período a Taxa de fecundidade passou de 23,9‰ para 17,0‰

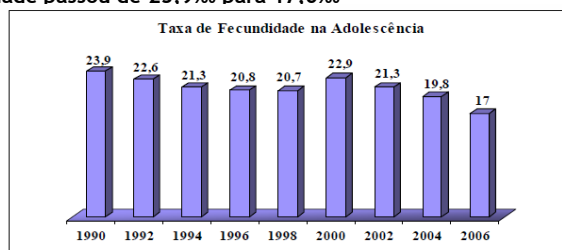


Gráfico 4: Evolução da Taxa de fecundidade na adolescência (15-19 anos) portuguesa, em anos pares, de 1990 a 2006

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência

- O corpo ainda não atingiu o seu completo desenvolvimento e maturidade.
- A personalidade ainda está em formação, ainda não foi atingida a maturidade.
- Os jovens ainda não estão autónomos em relação á família.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O mundo da adolescente grávida ...

- Famílias desestruturadas;
- Famílias com problemas socioeconómicos;
- Adolescentes com ausência de educação sexual adequada;
- Adolescentes em abandono escolar;
- Reduzido número de amigos e uma baixa qualidade das relações de amizade;
- Adolescentes sem projecto de vida definido;

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O mundo da adolescente grávida ...

- Baixo nível de maturidade psicológica;
- Negligência na contracepção (relações esporádicas);
- Gravidez como estratégia de inserção no mundo dos adultos - ideologia de maturidade.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescente grávida em termos psicológicos / emocionais...

- Desequilíbrio emocional, por um lado a crise da adolescência por outro lado a gravidez/maternidade.
- O medo, insegurança, o desespero e a desorientação são sentimentos experimentados pela adolescente.
- A precariedade das relações afectivas, nesta fase, não contribui para que se construa uma família. Muitos casamentos, motivados por uma gravidez precoce, rapidamente se desfazem.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescente grávida em termos psicológicos / emocionais...

- A família tem dificuldade em aceitar a gravidez, o que provoca descontrolo emocional e gera na jovem sentimentos de abandono.
- Risco mais elevado de depressão no 3º trimestre da gravidez e período pós parto.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescente grávida em termos sociais...

- O nosso sistema de ensino não possui condições mínimas que permitam a frequência/continuidade dos estudos a adolescentes grávidas ou com filhos.
- Abandono escolar, com interrupção de uma eventual carreira académica ou profissional que lhes permite viver o futuro com melhores condições.
- Sair com os amigos, passa a ser difícil.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescente grávida em termos sociais...

- Ingressam demasiado cedo no mundo do trabalho, para fazer face a novas necessidades financeiras. Sem completar a sua formação escolar e profissional, serão, frequentemente, pessoas mal remuneradas e com empregos precários, o que se reflectirá na sua realização como pessoas.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A Grávida Adolescente e o Bebê

- Atraso na vigilância pré-natal - falta de apoio familiar
- Desenvolvimento da gravidez, trabalho de parto e saúde do bebé comprometido (Imaturidade do sistema reprodutivo):
 - Desconhecimento do tempo de gestação
 - Anemia
 - Aumento da tensão arterial
 - Ruptura prematura da membrana - desencadeamento prematuro do trabalho de parto
 - Aumento das complicações do parto
 - Desproporção feto-pélvica
 - Infeções urinárias, e do trato genital

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A Grávida Adolescente e o Bebê

- Gravidez na adolescência - Partos distócitos;
- Maior risco de baixo peso ao nascer para o bebê;
- Ganho de peso inadequado durante a gestação.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

**Devido a todas estas potenciais complicações,
costuma-se considerar a gravidez na adolescência
como gravidez de alto risco!**

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA



Amar também é saber esperar

* Gravidez na Adolescência


FIM!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

"Vista pelos jovens, a vida é um futuro infinitamente longo; vista pelos velhos, um passado muito breve."
(Arthur Schopenhauer)

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 1




«Tinha 17 anos quando fiquei grávida. Quando disse ao meu namorado, ele disse que o problema era meu e que eu o podia resolver. Fiquei muito chocada com a reacção dele e isso levou-me a acabar a nossa relação. Fiquei sozinha com o meu problema. Sabia que os meus pais nunca iriam aceitar a minha situação, porque são muito religiosos. Passei duas semanas horríveis, a imaginar-me com um filho, a aguentar esse encargo sozinha, e a ver-me aceitar o primeiro emprego que me aparecesse, ficando sempre muito limitada.

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 1



... Por outro lado, isso ia-me levar a abandonar o meu sonho de tirar um curso e constituir uma família normal. Acabei por me aconselhar com uma amiga, cuja mãe conhecia uma senhora que fazia «desmanchos». Tive que arranjar o dinheiro (o que foi muito complicado) para fazer o «serviço». Depois, foi muito penoso e muito difícil, não tanto fisicamente, mas porque me sentia muito culpada pelo que estava a fazer. Fiquei muito baralhada e ainda hoje tenho dúvidas sobre a atitude que tomei.»

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 2



«Eu tinha 16 anos e andava no 9º ano quando engravidei. Fiquei muito contente e o meu namorado também. Resolvemos casar, mas a minha mãe não queria, embora acabasse por aceitar quando eu lhe disse que estava grávida. Ficámos a viver lá em casa e, no princípio, tudo corria bem. Depois, nasceu o bebé e começaram a surgir as complicações. A minha mãe trabalha fora e eu quis retomar os estudos. O meu marido teve que se empregar e, por causa disso, não podia atender ao bebé durante a noite.

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 2



A mim, também me custavam as noites, porque o bebé chorava muito e no outro dia era-me difícil concentrar nas aulas. Comecei a andar cansada, irritável e a ter discussões com a minha mãe e o meu marido. Acabámos por nos mudar para casa dos meus sogros, porque a minha sogra disse que tomava conta do bebé, porque estava em casa. Mas depois, começou também a queixar-se que andava cansada, sofria da coluna e não podia com o bebé que estava cada vez mais pesado. Depois, a minha sogra começou a criticar-me e a fazer intrigas entre mim e o meu marido.

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 2



O ambiente piorava cada vez mais até que nos separámos. Nessa altura, eu tive que abandonar os estudos. Aluguei um quarto e arranjei emprego num escritório como rececionista. Agora, enquanto trabalho, tenho que deixar o meu filho na ama, porque não quero estar sempre a ouvir queixas e sermões da minha família. Somando a renda do quarto com o que pago à ama pouco me fica de sobra. Acho que nestes últimos quatro anos a vida foi dura. Muitos dos meus sonhos ficaram para trás e não sei o que pensar do futuro...»

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 3



«Ando com a S. há um ano. Agora ela está grávida e quer abortar, mas eu não quero.


Acho que ela não pode fazer isso por várias razões: primeiro, acho que ela não tem o direito de o fazer e, depois, eu também tenho direito a esse filho, que não é só dela!.

Eu acho imoral e ilegal o que ela vai fazer. Ela diz que o faz porque pensa que a família dela nunca vai aceitar e porque a vinda de um filho nos ia obrigar a deixar os estudos. Ela é da opinião que sem independência económica não se devem ter filhos. ...

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 3




... Mas eu estou disposto a ir trabalhar, seja no que for, só não aceito o que ela vai fazer. Penso que ela está a ser muito egoísta. Se ela abortar, eu deixo de andar com ela. Acho indecente o que ela vai fazer.»

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

Tomar, 03 de Maio

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 4



« Tenho 21 anos e ando com a R. Ela tem 18 anos e está no 12^o ano. Este ano, mais uma vez, não consegui entrar na Universidade e estou a trabalhar na loja do meu tio.

No outro dia, a R., disse-me que tinha um atraso de 15 dias e achava que estava grávida. Ela estava muito satisfeita, mas eu não achei graça nenhuma. Disse-lhe para ver bem, porque eu não quero chatices e muito menos um filho nesta altura da vida. ...

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 4



Esta semana meti um vale ao meu tio para lhe pagar o aborto, mas a “cabra” não quer fazê-lo. Já lhe disse que não conte comigo para nada. Pago-lhe o aborto e ponto final, não se fala mais nisso! Se ela insistir em ter o filho, fica tudo por conta dela.

Eu até gostava dela, mas se quiser ter o filho, eu deixo-a, eu nem a conheço!»

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

Anexo XIV
Alcoolismo



ALCOOLISMO

O **alcoolismo** é definido como o consumo consistente e excessivo de bebidas alcoólicas, ao ponto que este comportamento interfira com a vida pessoal, familiar, social ou profissional da pessoa. O alcoolismo pode potencialmente resultar em doenças psicológicas e fisiológicas, assim como, por fim, na morte.



O alcoolismo é o conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool; é entendido como o vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas.



ÁLCOOL

O álcool é a droga psicotrópica mais consumida em qualquer faixa etária e a sua ingestão tem vindo a aumentar de forma significativa entre os adolescentes.



ÁLCOOL EM PORTUGAL

- ✓ De acordo com o estudo desenvolvido por Miguel Gouveia (2008), 3,8% das mortes em Portugal são atribuíveis ao álcool, ou seja, 4054 mortes num total de 107 839.
- ✓ PORTUGAL: UM JARDIM À BEIRA-CEMITÉRIO PLANTADO!



ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES

- No estudo realizado pelo ESPAD (Projecto Europeu para o Estudo do Álcool e outras Substâncias em Meio Escolar), em Portugal no ano de 1995, 79,1% dos adolescentes, referem consumir bebidas alcoólicas.
- No Inquérito Nacional em Meio Escolar realizado pelo Instituto Português da Droga e Toxicoddependência (IPDT) efectuado nas escolas do 3º ciclo na grande Lisboa (1998) é referenciado que 86,3% dos adolescentes consomem bebidas alcoólicas.

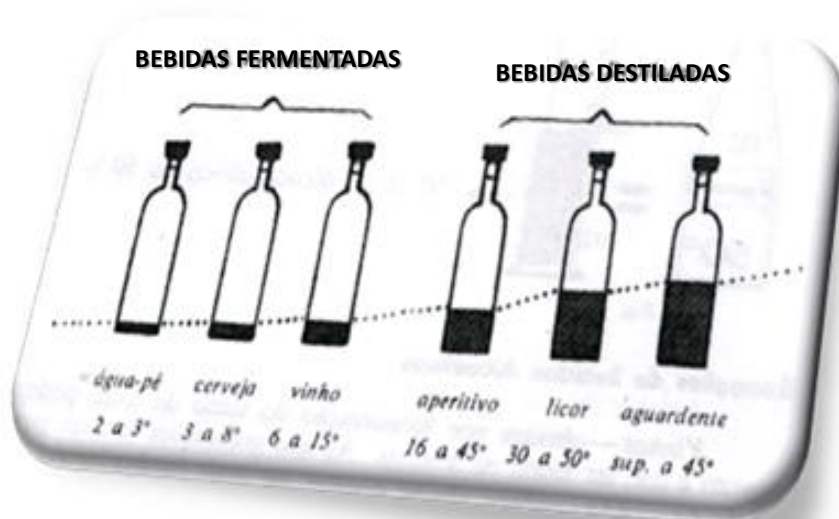
ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES

Adolescentes do 7º ao 12º ano de escolaridade de um colégio particular da região de Lisboa – aplicação de 538 questionários, em Abril de 2002:

- ✓ Os rapazes ingerem mais bebidas alcoólicas que as raparigas;
- ✓ 164 rapazes (30,5%), referem já terem ingerido (cerveja, vinho, whisky, entre outras), contrariamente 142 raparigas (26,4%), referem nunca o terem feito;
- ✓ A maior parte da população, ou sejam 298 indivíduos (55,4%), referem já o terem feito algumas vezes.



BEBIDAS ALCOÓLICAS



Comparação da graduação de bebidas alcoólicas

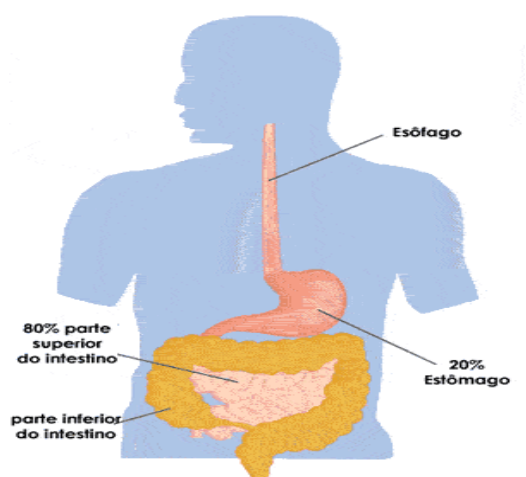


CONSUMO DE ALCOOL



OMS

PARA ONDE VAI O ALCOOL QUE SE INGERE?



COMO O ALCÓOL É ABSORVIDO NO CORPO?

- ✓ Após ter sido absorvido o álcool entra na corrente sanguínea.
- ✓ Fora da refeição: 5 a 15 minutos; à refeição: 30 a 60 minutos
- ✓ O corpo vai trabalhar para o remover.
- ✓ Os rins e os pulmões removem cerca de 10% através da urina e da respiração.



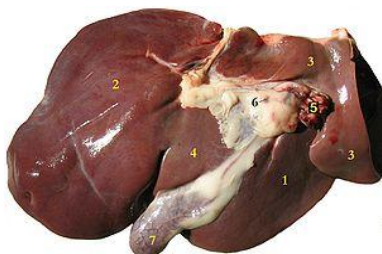
COMO O ALCÓOL É ABSORVIDO NO CORPO?

- ✓ Circulação na corrente sanguínea como toxina
- ✓ Chega a todos os órgãos do nosso corpo
- ✓ No fígado que acontece o seu processo de metabolização
- ✓ Enzima álcool desidrogenase – Acetaldeído
- ✓ A enzima aldeído desidrogenase (ALDH), por sua vez, converte o acetaldeído em acetato
- ✓ A maior parte do acetato produzido, atinge outras partes do organismo pela corrente sanguínea onde participa de outros ciclos metabólicos.

O FÍGADO

Tipos de lesões hepáticas provocadas pelo álcool:

1. **Esteatose alcoólica** (fígado gorduroso).
2. **Hepatite alcoólica**: uma inflamação e/ou destruição (ex. necrose) do tecido hepático.
3. **Cirrose alcoólica**: É uma forma avançada de doença hepática decorrente de um dano progressivo das células hepáticas.



EFEITOS DO ALCOOL NO CORPO



1. **CÉREBRO**: dor de cabeça, insônia ou sonolência, tontura, alteração da fala, falta de coordenação, agressividade, depressão, alterações de humor e memória, medos inexplicáveis, nervosismo, epilepsia, demência, raciocínio mais lento, danos à visão, convulsões, alucinações, desorientação espacial e temporal, perda de consciência, anestesia, coma profundo e morte por parada respiratória
2. **ROSTO**: deterioração, irritação e inchaço nos olhos, envelhecimento prematuro e câncer na boca
3. **GARGANTA**: câncer e tosse crônica
4. **ESÔFAGO**: câncer e varizes
5. **SISTEMA CARDIOVASCULAR**: lesões, cardiomiopatia, insuficiência cardíaca, pressão alta, taquicardia, fraqueza do músculo cardíaco, problemas de coagulação sanguínea, arritmias, trombose, derrame e acidente vascular cerebral
6. **FÍGADO**: degeneração gordurosa, cirrose, câncer e hepatite
7. **MÃOS**: tremores, formigamento e falta de sensibilidade nos dedos
8. **PÂNCREAS**: inflamação e diabetes
9. **ESTÔMAGO**: inflamação, vômito, diarreia, deficiência de vitaminas, desnutrição e úlcera
10. **DUODENO**: úlcera
11. **RINS**: defeito no funcionamento e infecção urinária
12. **PRÓSTATA**: câncer
13. **SISTEMA REPRODUTIVO**: diminuição da fertilidade e do desejo sexual, impotência e ginecomastia (aumento da mama) nos homens, aborto, desregulação na menstruação, câncer de mama. Parto de crianças com defeitos, síndrome de abstinência com convulsões, dificuldades de aprendizado e problemas psicológicos
14. **PERNAS**: enfraquecimento, quedas e degeneração muscular
15. **PÉS**: formigamento e falta de sensibilidade nos dedos

CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE ALCOOL

FAMILIAR

- A alteração de humor vai condicionar as relações do jovem com a sua família. O adolescente fica mais nervoso, irritando-se e discutindo com facilidade, o que vai ter repercussões em todos os elementos que compõe a família. O jovem tem tendência para se isolar da família .

ESCOLAR

- O sistema nervoso central ainda está em processo de desenvolvimento, sofre uma destruição das células cerebrais com consequências na aprendizagem, na memória e na concentração, associado ao elevado índice de faltas e consequente baixo rendimento escolar.

OUTROS

- Acidentes de viação, alguns tipos de criminalidade, nomeadamente furtos, práticas incendiárias, crimes sexuais e mesmo homicídios de que muitas vezes os protagonistas nem se lembram, outro tipo de deficiências permanentes e a morte.

CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE ALCOOL

FAMILIAR

- A alteração de humor vai condicionar as relações do jovem com a sua família. O adolescente fica mais nervoso, irritando-se e discutindo com facilidade, o que vai ter repercussões em todos os elementos que compõe a família. O jovem tem tendência para se isolar da família .

ESCOLAR

- O sistema nervoso central ainda está em processo de desenvolvimento, sofre uma destruição das células cerebrais com consequências na aprendizagem, na memória e na concentração, associado ao elevado índice de faltas e consequente baixo rendimento escolar.

OUTROS

- Acidentes de viação, alguns tipos de criminalidade, nomeadamente furtos, práticas incendiárias, crimes sexuais e mesmo homicídios de que muitas vezes os protagonistas nem se lembram, outro tipo de deficiências permanentes e a morte.





O LEVA OS JOVENS A EXPERIMENTAR BEBIDAS ALCOÓLICAS?

- ✓ Maus amigos
- ✓ Falsas ideias
- ✓ Influência negativa dos meios de comunicação
- ✓ Imitação





LEI



Fim!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Anexo XV
Os adolescentes e o Tabaco

Os Adolescentes e o Tabaco

De acordo com a OMS a adolescência é caracterizada pelo desenvolvimento biopsicossocial, delimitada pela faixa etária de 10 a 19 anos, que se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina com a inserção social, profissional e económica. É nesta fase da vida que o jovem vivencia descobertas significativas, e afirma a sua personalidade. Neste período a interação grupal é mais forte e perceptível. O grupo de amigos atinge a máxima importância social, enquanto, os conflitos familiares atingem o seu pico. É uma tendência normal nos adolescentes. Contudo, é neste período de crise que o consumo de tabaco se inicia.

O tabagismo está identificado como um dos principais fatores responsáveis na origem das doenças crónicas não transmissíveis. Em Portugal, estima-se que morram anualmente cerca de 12.500 pessoas por doenças associadas ao tabaco.

Ao abordar as repercussões do tabagismo na saúde é importante salientar a questão da dependência. É um fenómeno complexo, resultante da interação de vários fatores, um dos quais a nicotina, que é uma substância psicoativa capaz de induzir dependência física e psicológica. Existe, ainda a presença de outros, importantes na dependência do tabaco: de aprendizagem e condicionamento social, associados à personalidade, genéticos e de natureza económica. Atendendo à multiplicidade destes, implicados na génese do tabagismo, a sua abordagem requer uma combinação de estratégias, centradas na prevenção da iniciação do consumo, na promoção da cessação, na proteção da exposição ao fumo ambiental e na criação de climas favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis.

Contudo para promover a saúde dos adolescentes, não basta informar. De uma forma geral, possuem uma energia inesgotável associada à criatividade e à força de vida. Estas características devem ser canalizadas de forma positiva, para que sintam que têm um papel ativo na promoção e manutenção da saúde e bem-estar das gerações futuras. É necessário uma relação dialogal e uma comunicação aberta. Os adolescentes, devido a diversos fatores, passam grande parte do dia na escola, sendo este o local privilegiado para a implementação de ações que visam orientar as suas atitudes e comportamentos. A escola tem dado, cada vez mais, prioridade à formação de adolescentes conscientes, críticos, reflexivos, ativos e felizes, assumindo o seu papel de promotora de saúde. É atendendo a este esforço, que se projeta o Programa de Saúde Escolar da Unidade de Saúde de Pública do ACES Zêzere.

Anexo XVI

Autorização para a realização do projeto de intervenção na ESJR

Anexo XVII
Guiões de Entrevista

Guião de Entrevista Semiestruturada ao diretor de turma do 8º A – Professora Carminda

Data: 24/04/2012

Hora: 14:20

Duração: 30 minutos

Local: Sala de professores da ESJR

Entrevistado: Professora Carminda

Entrevistador: Enfermeira Isabel Vital

	Objetivos	Conteúdo	Observações
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Legitimar a entrevista	Apresentação do entrevistador ao entrevistado. Apresentação do projeto – Construir o caminho – Promoção de Estilos de vida Saudáveis. Assegurar ao entrevistado o anonimato e confidencialidade dos dados.	Apontar dados relevantes.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer as notas escolares:	<u>Dados Biográficos:</u> Nome Cargo Qual a média global da turma e a média por	Acrescentar algumas questões, que no caso do aparecimento de dúvidas, possam ajudar

	<p>média da turma e média por disciplina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender se os adolescentes são provenientes de meio rural ou urbano. • Identificar o tipo de família de cada um dos adolescentes. • Identificar se o delegado de turma é líder da turma. • Conhecer os comportamentos face às saídas da escola para consumo de tabaco, alimentação no refeitório da escola, ou não... 	<p>disciplina?</p> <p>Onde habitam habitual os adolescente dos 8º A? Em meio rural ou urbano?</p> <p>Como é constituída a família de cada um dos adolescentes do 8º A? É uma família nuclear, monoparental, alargada, reconstituída ou outra?</p> <p>Quem é o delegado de turma e o subdelegado do 8º A? São líderes da turma?</p> <p>Como caracteriza os hábitos dos adolescentes do 8º A no intervalo e na hora de almoço? Há saídas da escola para Consumir tabaco, por exemplo? E as refeições onde são realizadas?</p>	<p>a compreensão dos dados.</p> <p>Anotar sempre que possível, ou pertinente, gestos e expressões do entrevistado que possam enriquecer o conteúdo da entrevista</p> <p>Pedir colaboração para agendar com o professor de educação física a avaliação do peso e altura dos adolescentes do 8º A.</p>
Fase Final	<ul style="list-style-type: none"> • Terminar a entrevista 	Terminar com cordialidade a entrevista.	Agradecimento pela participação.

Guião de Entrevista Semiestruturada ao diretor de turma do 8º B – Professor José Carlos

Data: 26/04/2012

Hora: 13:45

Duração: 30 minutos

Local: Sala de professores da ESJR

Entrevistado: Professor José Carlos

Entrevistador: Enfermeira Isabel Vital

	Objetivos	Conteúdo	Observações
Introdução	<ul style="list-style-type: none">Legitimar a entrevista	Apresentação do entrevistador ao entrevistado. Apresentação do projeto – Construir o caminho – Promoção de Estilos de vida Saudáveis. Assegurar ao entrevistado o anonimato e confidencialidade dos dados.	Apontar dados relevantes.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">Conhecer as notas escolares: média da turma e média por disciplina.	<u>Dados Biográficos:</u> Nome Cargo Qual a média global da turma e a média por disciplina?	Acrescentar algumas questões, que no caso do aparecimento de dúvidas, possam ajudar a compreensão dos

	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender se os adolescentes são provenientes de meio rural ou urbano. • Identificar o tipo de família de cada um dos adolescentes. • Identificar se o delegado de turma é líder da turma. • Conhecer os comportamentos face às saídas da escola para consumo de tabaco, alimentação no refeitório da escola, ou não... 	<p>Onde habitam habitual os adolescente dos 8º B? Em meio rural ou urbano?</p> <p>Como é constituída a família de cada um dos adolescentes do 8º B? É uma família nuclear, monoparental, alargada, reconstituída ou outra?</p> <p>Quem é o delegado de turma e o subdelegado do 8º B? São líderes da turma?</p> <p>Como caracteriza os hábitos dos adolescentes do 8º B no intervalo e na hora de almoço? Há saídas da escola para Consumir tabaco, por exemplo? E as refeições onde são realizadas?</p>	<p>dados.</p> <p>Anotar sempre que possível, ou pertinente, gestos e expressões do entrevistado que possam enriquecer o conteúdo da entrevista</p> <p>Pedir colaboração para agendar com o professor de educação física a avaliação do peso e altura dos adolescentes do 8º B.</p>
Fase Final	<ul style="list-style-type: none"> • Terminar a entrevista 	Terminar com cordialidade a entrevista.	Agradecimento pela participação.

Anexo XVIII

O que é para ti a Promoção da Saúde?

Anexo XIX
Educação para o Consumo



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR

PROMOÇÃO DA SAÚDE

CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

8º ANO

ESCOLA SECUNDÁRIA JÁCOME RATTON

Tomar, 26 de Abril

Enfª Isabel Vital

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção de estilos de vida saudáveis

1. Saúde mental
2. Saúde oral
3. Alimentação saudável
4. Actividade física
5. Ambiente e saúde
6. Promoção da segurança e prevenção de acidentes
7. Saúde sexual e reprodutiva
8. Educação para o consumo.

Tomar, 26 de Abril

PROMOÇÃO DA SAÚDE

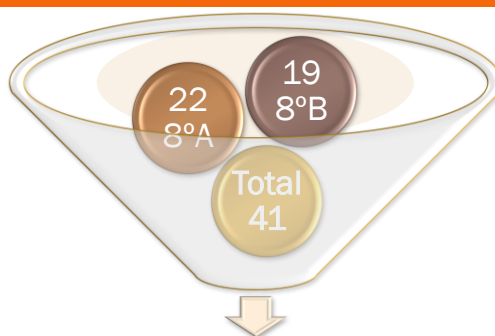
Saúde Sexual e
Reprodutiva

Atividade
Física

Educação para
o consumo

Tomar, 26 de Abril

PROMOÇÃO DA SAÚDE



Saúde Sexual e Reprodutiva – 28

Atividade Física – 24

Educação para o Consumo – 17

Tomar, 26 de Abril



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR

Educação para o Consumo

CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

8º ANO

ESCOLA SECUNDÁRIA JÁCOME RATTON

Tomar, 26 de Abril

Enfª Isabel Vital

Educação para o Consumo



Educação para o Consumo

O avanço da ciência trouxe grandes conquistas, invenções memoráveis, mas todo esse desenvolvimento, comodidade e conforto têm também outras consequências menos gratificantes.



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

"Era uma vez um Homem que vivia na Raridade. Depois de muitas aventuras e de longa viagem através da Ciência Económica, encontrou a Sociedade da Abundância. Casaram-se e tiveram muitas necessidades."

Jean Baudrillard

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



Como as novas tecnologias estão a avançar a um ritmo acelerado estima-se que em pouco tempo a Terra entrará em colapso por não suportar tanto lixo tecnológico.

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

O mundo em que vivemos "encolheu": as fronteiras nacionais diluíram-se, as distâncias encurtaram, a velocidade da comunicação acelerou, as pessoas circulam por diferentes países, os bens de consumo tendem a universalizar-se, os estilos de vida transformaram-se.

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

SOCIEDADE DE CONSUMO



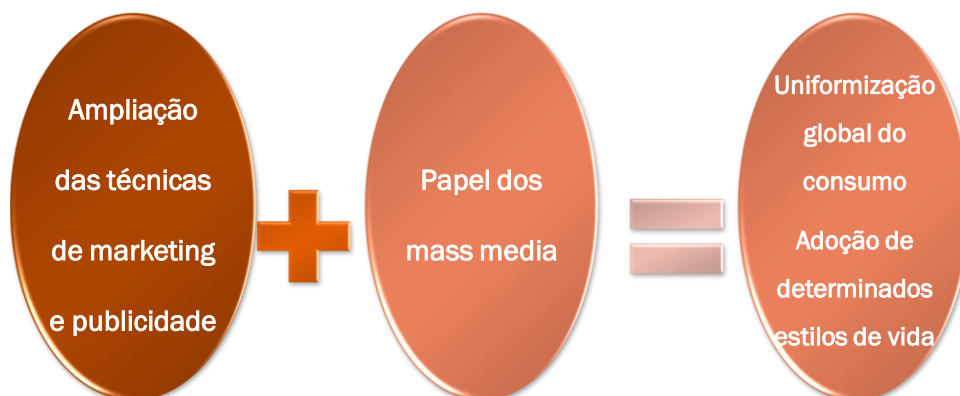
Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

↳ Sociedade caracterizada pela extrema variedade e abundância de bens e serviços disponibilizados ao consumidor, com recurso a técnicas agressivas de estimulação ao consumo, por exemplo, a publicidade, o marketing.

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

- ∞ É na adolescência que o jovem forma a sua personalidade e individualidade, e é também o período em que o consumo de certas drogas se fazem sentir.
- ∞ Consumo de Alcool e Tabaco nos adolescentes estão associados a vários fatores.

CAVALCANTE, ALVES, BARROSO, 2008



Educação para o Consumo

ÁLCOOL

O álcool é a droga psicotrópica mais consumida em qualquer faixa etária e a sua ingestão tem vindo a aumentar de forma significativa entre os adolescentes.

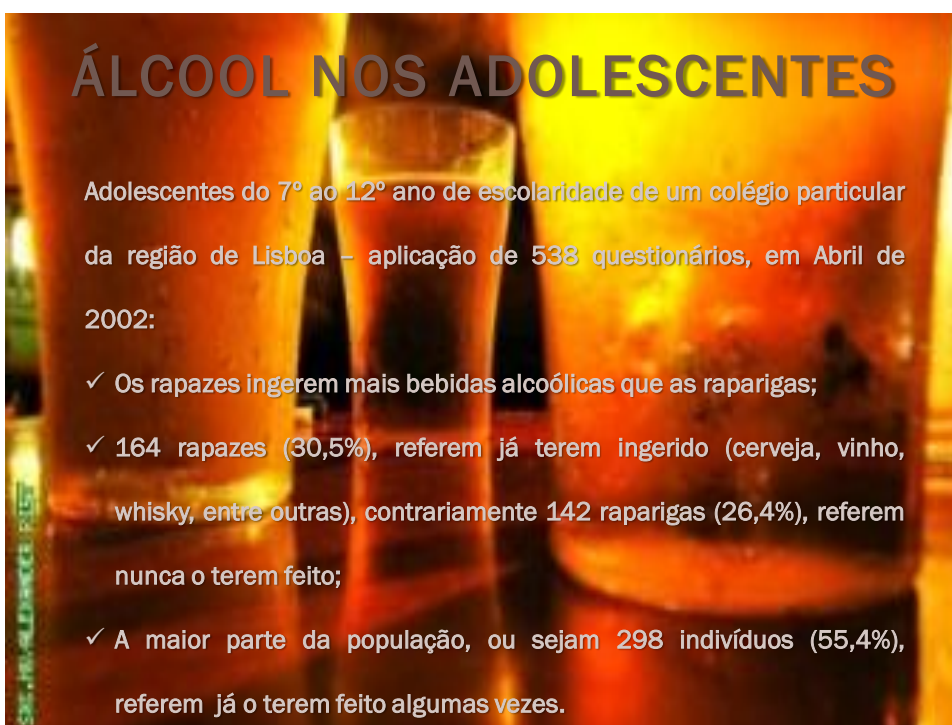


Tomar, 26 de Abril



ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES

- No estudo realizado pelo ESPAD (Projecto Europeu para o Estudo do Álcool e outras Substâncias em Meio Escolar), em Portugal no ano de 1995, 79,1% dos adolescentes, referem consumir bebidas alcoólicas.
- No Inquérito Nacional em Meio Escolar realizado pelo Instituto Português da Droga e Toxicoddependência (IPDT) efectuado nas escolas do 3º ciclo na grande Lisboa (1998) é referenciado que 86,3% dos adolescentes consomem bebidas alcoólicas.



ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES

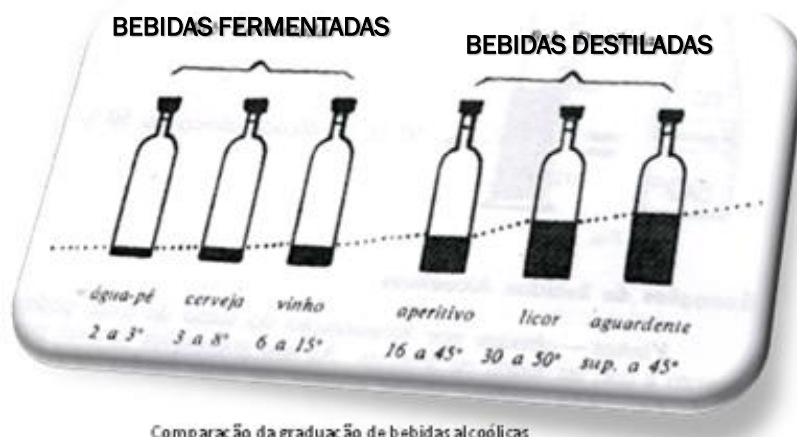
Adolescentes do 7º ao 12º ano de escolaridade de um colégio particular da região de Lisboa – aplicação de 538 questionários, em Abril de 2002:

- ✓ Os rapazes ingerem mais bebidas alcoólicas que as raparigas;
- ✓ 164 rapazes (30,5%), referem já terem ingerido (cerveja, vinho, whisky, entre outras), contrariamente 142 raparigas (26,4%), referem nunca o terem feito;
- ✓ A maior parte da população, ou sejam 298 indivíduos (55,4%), referem já o terem feito algumas vezes.



Educação para o Consumo

BEBIDAS ALCOÓLICAS

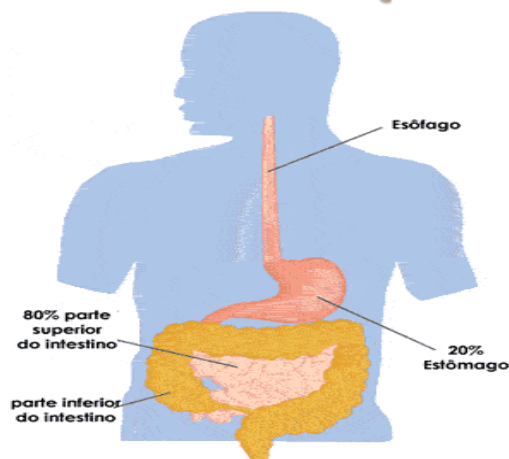


Comparação da graduação de bebidas alcoólicas

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

PARA ONDE VAI O ALCÓOL QUE SE INGERE?



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

COMO O ALCÓOL É ABSORVIDO NO CORPO?

- ✓ Após ter sido absorvido o álcool entra na corrente sanguínea.
- ✓ Fora da refeição: 5 a 15 minutos; à refeição: 30 a 60 minutos
- ✓ O corpo vai trabalhar para o remover.
- ✓ Os rins e os pulmões removem cerca de 10% através da urina e da respiração.

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

COMO O ALCÓOL É ABSORVIDO NO CORPO?

- ✓ Circulação na corrente sanguínea como toxina
- ✓ Chega a todos os órgãos do nosso corpo
- ✓ No fígado que acontece o seu processo de metabolização
- ✓ Enzima álcool desidrogenase – Acetaldeído
- ✓ A enzima aldeído desidrogenase (ALDH), por sua vez, converte o acetaldeído em acetato
- ✓ A maior parte do acetato produzido, atinge outras partes do organismo pela corrente sanguínea onde participa de outros ciclos metabólicos.

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

O FÍGADO

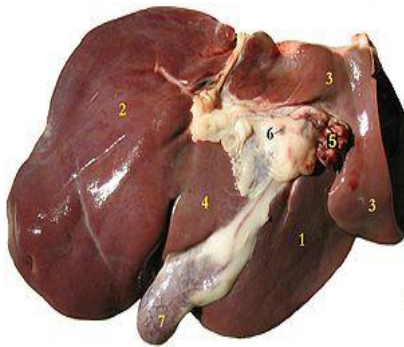
Tipos de lesões hepáticas provocadas pelo álcool:

1. **Esteatose alcoólica** (fígado gorduroso).
2. **Hepatite alcoólica**: esta condição implica em uma inflamação e/ou destruição (ex. necrose) do tecido hepático.
3. **Cirrose alcoólica**: É uma forma avançada de doença hepática decorrente de um dano progressivo das células hepáticas.

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

O FÍGADO



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

EFEITOS DO ALCOOL NO CORPO



- 1. CÉREBRO:** dor de cabeça, insônia ou sonolência, tontura, alteração da fala, falta de coordenação, agressividade, depressão, alterações de humor e memória, medos inexplicáveis, nervosismo, epilepsia, demência, raciocínio mais lento, danos à visão, convulsões, alucinações, desorientação espacial e temporal, perda de consciência, anestesia, coma profundo e morte por parada respiratória
- 2. ROSTO:** deterioração, irritação e inchaço nos olhos, envelhecimento prematuro e câncer na boca
- 3. GARGANTA:** câncer e tosse crônica
- 4. ESÔFAGO:** câncer e varizes
- 5. SISTEMA CARDIOVASCULAR:** lesões, cardiomiopatia, insuficiência cardíaca, pressão alta, taquicardia, fraqueza do músculo cardíaco, problemas de coagulação sanguínea, arritmias, trombose, derrame e acidente vascular cerebral
- 6. FÍGADO:** degeneração gordurosa, cirrose, câncer e hepatite
- 7. MÃOS:** tremores, formigamento e falta de sensibilidade nos dedos
- 8. PÂNCREAS:** inflamação e diabetes
- 9. ESTÔMAGO:** inflamação, vômito, diarreia, deficiência de vitaminas, desnutrição e úlcera
- 10. DUODENO:** úlcera
- 11. RINS:** defeito no funcionamento e infecção urinária
- 12. PRÓSTATA:** câncer
- 13. SISTEMA REPRODUTIVO:** diminuição da fertilidade e do desejo sexual, impotência e ginecomastia (aumento da mama) nos homens, aborto, desregulação na menstruação, câncer de mama. Parto de crianças com defeitos, síndrome de abstinência com convulsões, dificuldades de aprendizado e problemas psicológicos
- 14. PERNAS:** enfraquecimento, quedas e degeneração muscular
- 15. PÉS:** formigamento e falta de sensibilidade nos dedos

Educação para o Consumo

CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE ALCOOL

FAMILIAR

- A alteração de humor vai condicionar as relações do jovem com a sua família. O adolescente fica mais nervoso, irritando-se e discutindo com facilidade, o que vai ter repercussões em todos os elementos que compõe a família. O jovem tem tendência para se isolar da família .

ESCOLAR

- O sistema nervoso central ainda está em processo de desenvolvimento, sofre uma destruição das células cerebrais com consequências na aprendizagem, na memória e na concentração, associado ao elevado índice de faltas e consequente baixo rendimento escolar.

OUTROS

- Acidentes de viação, alguns tipos de criminalidade, nomeadamente furtos, práticas incendiárias, crimes sexuais e mesmo homicídios de que muitas vezes os protagonistas nem se lembram, outro tipo de deficiências permanentes e a morte.

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



Tomar, 26 de Abril



Educação para o Consumo

TABACO


A PLANTA DO TABACO

O tabaco é uma planta cujo nome científico é *Nicotiana tabacum*, em homenagem a Jean Nicot, que promoveu o seu cultivo e importação, da América do Sul para a Europa, uma vez que acreditava no seu suposto valor medicinal.



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



UM EM CADA DOIS FUMADORES, QUE INICIE O CONSUMO NA ADOLESCÊNCIA E FUME AO LONGO DA VIDA, MORRE POR UMA DOENÇA PROVOCADA PELO TABACO.

OMS

NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS TEM-SE VERIFICADO UM AUMENTO DO CONSUMO DE TABACO NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE, QUER NOS ESTADOS UNIDOS QUER NA EUROPA.

CURRIE, HURRELMAN, SETTERTOBUT, SMITH & TODD, 2000

Educação para o Consumo

COMPOSIÇÃO QUÍMICA DO TABACO

Ao queimar um cigarro são libertadas mais de 4000 substâncias na forma de gases e partículas. Algumas têm **propriedades irritativas** e mais de 60 são conhecidas como **cancerígenas**.

A nicotina é a constituinte do tabaco que é responsável pela habituação tabágica.

O monóxido de carbono é a substância que se combina com os glóbulos vermelhos, dificultando a oxigenação das várias estruturas do organismo.

As substâncias irritantes são principalmente responsáveis pelas alterações do aparelho respiratório.

Dos constituintes que provocam cancro, o principal é o alcatrão.

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

Todos os produtos do tabaco são nocivos, não havendo um limiar seguro de exposição.

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

EFEITOS DO TABACO NO ORGANISMO



No aparelho respiratório, 90% dos cancros são devidos ao tabaco.



Várias outras doenças, como bronquite e enfisema, estão associados ao tabaco.



O transporte de oxigénio pelo sangue é dificultado.



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

OS PULMÕES



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

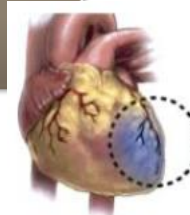
EFEITOS DO TABACO NO ORGANISMO



No **aparelho circulatório**, a angina de peito, o enfarte do miocárdio, a hipertensão arterial e o acidente vascular cerebral são algumas das doenças frequentes.



Ao nível Sanguíneo provoca alterações da coagulação



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

EFEITOS DO TABACO NO ORGANISMO

Na área otorrinolológica, 65% dos cancros da boca são devidos ao tabaco bem como à diminuição do olfacto e tendência para rouquidão e tosse persistentes.

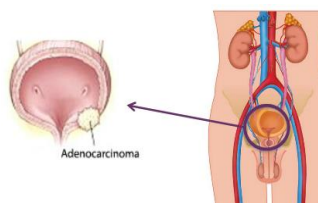


Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

EFEITOS DO TABACO NO ORGANISMO

No aparelho urinário, o tabaco pode provocar cancro da bexiga.



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



EFEITOS DO TABACO

Na mulher, o tabaco aumenta o risco de cancro do colo do útero e em combinação com a pílula contraceptiva, aumenta o risco de enfarte do miocárdio.

No recém-nascido, o tabagismo da mãe aumenta o risco de malformações, parto prematuro, baixo peso ao nascer e síndrome da morte súbita.

Os homens fumadores têm uma maior probabilidade de vir a ter problemas de impotência sexual, do que os não fumadores.

Tomar, 26 de Abril



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

DEPENDÊNCIA DO TABACO



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



Educação para o Consumo

O LEVA OS ADOLESCENTES A EXPERIMENTAR ESTAS SUBSTÂNCIAS?

- ↻ Aspectos sócio históricos e demográficos
- ↻ Crescente produção industrial destas substâncias
- ↻ Forte apelo dos meios de comunicação
- ↻ História familiar de consumo de tabaco e álcool
- ↻ Amigos que consomem estas substâncias
- ↻ Falta de fiscalização para a sua venda
- ↻ Conflitos familiares graves – fuga à situação

Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo



Tomar, 26 de Abril

Educação para o Consumo

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO!

FIM!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Tomar, 26 de Abril

Anexo XX
Atividade Física



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR
PROMOÇÃO DA SAÚDE

CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

8º ANO
ESCOLA SECUNDÁRIA JÁCOME RATTON

Tomar, 03 de Maio Enfª Isabel Vital

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção de estilos de vida saudáveis

1. Saúde mental
2. Saúde oral
3. Alimentação saudável
4. Actividade física
5. Ambiente e saúde
6. Promoção da segurança e prevenção de acidentes
7. Saúde sexual e reprodutiva
8. Educação para o consumo.

Tomar, 03 de Maio





UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR

ATIVIDADE FÍSICA

CONSTRUIR O CAMINHO – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

8º ANO

ESCOLA SECUNDÁRIA JÁCOME RATTON

Tomar, 03 de Maio Enfª Isabel Vital



ATIVIDADE FÍSICA

É qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulte num gasto energético maior que os níveis de repouso.

CARPERSEN, 1985



Tomar, 03 de Maio

ATIVIDADE FÍSICA

Tem sido reconhecida como uma componente importante de um estilo de vida saudável.

TWISK, 2001

São várias as razões sugeridas para explicar a possível relação causal entre a atividade física e a saúde em adolescentes.

BLAIR, et al, 1989


Os adolescentes com baixos índices de Atividade Física parecem ser mais susceptíveis a desenvolverem patologias degenerativas em idade adulta.

A Atividade Física nos adolescentes parece induzir alterações biomecânicas, fisiológicas e psicológicas, as quais se manifestam como adaptações crônicas benéficas, persistindo de forma vantajosa durante a vida adulta.

Os hábitos da prática das atividades físicas, adquiridos na infância e adolescência parecem persistir durante a vida adulta.

Tomar, 03 de Maio

A actividade física deve incidir em 3 pontos:



Fortalecimento Ósseo Fortalecimento Muscular Exercício Aeróbio

Fortalecimento ósseo

Saltar à corda, correr

3 dias/semana

60 min/dia



Fortalecimento Muscular

Ginástica
Abdominais e flexões
3 dias/semana



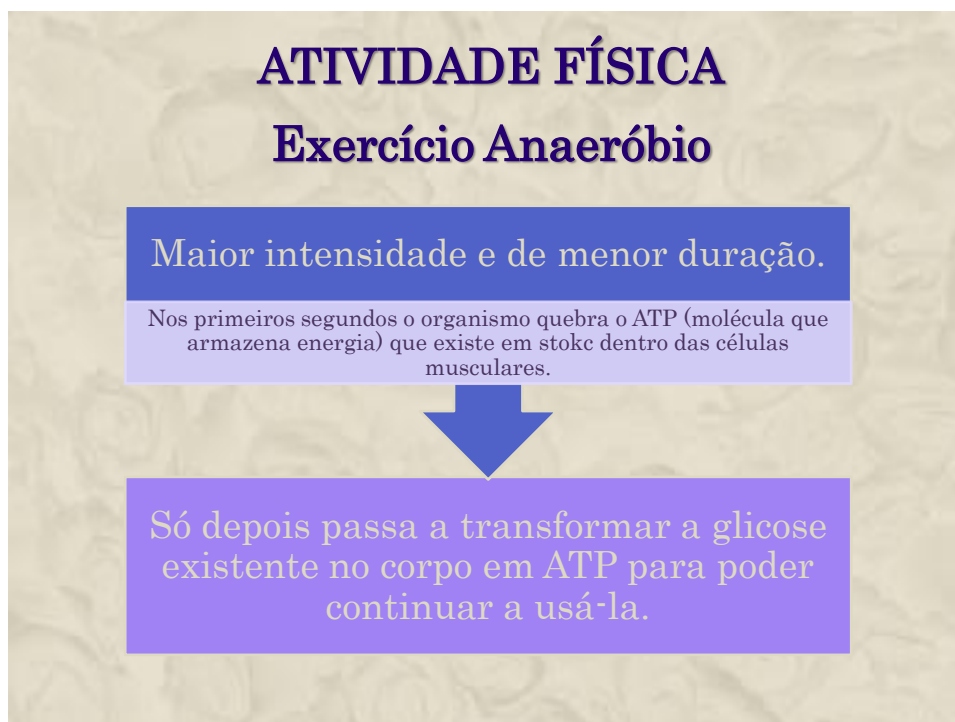
Melhoria na flexibilidade
Melhoria das articulações

ATIVIDADE FÍSICA

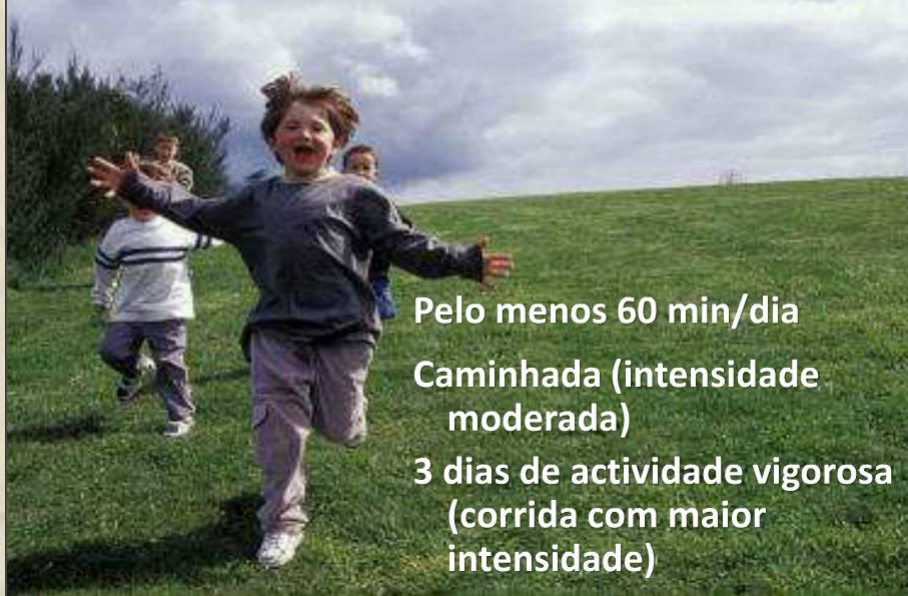
Exercício Aeróbio

É um exercício de longa duração, contínuo e de baixa e moderada intensidade, havendo o uso de oxigênio no processo de produção de energia dos músculos. São exemplos: Caminhar, correr, andar, pedalar, nadar, dançar.





Actividade Aeróbia








Pelo menos 60 min/dia
Caminhada (intensidade moderada)
3 dias de actividade vigorosa (corrida com maior intensidade)



Para além do habitual que exercício devem os jovens fazer como **COMPLEMENTO** ?



 <p>1. Com as pernas paralelas e semiflexionadas, pressione o cotovelo em direção ao corpo.</p>	 <p>2. Leve o braço flexionado para trás da cabeça e, com a outra mão, e puxe levemente para o outro lado.</p> <p>3. Puxe a cabeça com uma das mãos até sentir uma leve pressão na lateral do pescoço.</p>	 <p>7. Mantenha as pernas bem afastadas e a ponta dos pés apontando para fora e desça o tronco para um dos lados até sentir uma leve tensão na parte de trás da coxa.</p>
 <p>4. Coloque as mãos sobre a nuca e pressione a cabeça para baixo.</p> <p>5. Faça um movimento giratório com a cabeça, primeiro no sentido horário e depois no anti-horário.</p>	 <p>6. Com os joelhos semiflexionados e uma das mãos na cintura, levante a outra mão para cima e incline-se para a lateral.</p>	 <p>8. Mantenha a perna de trás semiflexionada e dobre a da frente num ângulo de 90 graus.</p> <p>9. Cruze uma das pernas para trás e mantenha as mãos e o pé de apoio totalmente apoiados no chão.</p> <p>10. Estique uma das pernas e cruze a outra sobre ela, rotacionando o tronco para o lado da perna flexionada.</p> <p>11. Deixe os cotovelos apoiados no chão e flexione uma das pernas para trás, com o peito do pé para baixo, e a outra flexionada à frente. Para não tensionar o pescoço, relaxe-o para trás.</p> <p>12. Deitado, mantenha um dos pés apoiados sobre o chão e, com a ajuda das mãos, estenda a outra perna com a ponta do pé apontando para o chão.</p>

Fique 30 segundos em cada posição e alongue dos dois lados







Karatê



Ginástica

Para quê?

Com que benefícios ?



ATIVIDADE FÍSICA BENEFÍCIOS

Facilita a perda de peso ou a manutenção do peso desejado
Combate a obesidade.
Facilita o controle do diabetes.
Diminui edemas, varizes e o risco de trombose.







ATIVIDADE FÍSICA BENEFÍCIOS

Reduz obstruções nas paredes dos vasos, diminuindo problemas como aterosclerose (placas de gordura), derrames cerebrais" e infartos.
Fortalece a massa muscular.
Aumenta a flexibilidade.
Reduz os riscos de osteoporose (enfraquecimento dos ossos) e fraturas na velhice



ATIVIDADE FÍSICA

BENEFÍCIOS

Proporciona sensação de bem estar.
Melhora a auto-estima.
Reduz sintomas depressivos e ansiosos.
Melhora o controle do apetite.



**Melhorar a saúde
mental e o humor**

ATIVIDADE FÍSICA BENEFÍCIOS

Além dos benefícios fisiológicos da atividade física no organismo, as evidências mostram que existem alterações nas funções cognitivas dos indivíduos envolvidos em atividade física regular. Estas evidências sugerem que o processo cognitivo seria mais rápido e mais eficiente em indivíduos fisicamente ativos.



ATIVIDADE FÍSICA

Como escolher a atividade física ideal ?

Essa escolha deve ser feita individualmente

- 1) Preferência pessoal
- 2) Aptidão necessária
- 3) Risco associado à atividade



ATIVIDADE FÍSICA

IMC

O índice de massa corporal (IMC) é uma medida internacional usada para calcular se uma pessoa está no peso ideal.



ATIVIDADE FÍSICA

IMC

Trata-se de um método fácil e rápido para a avaliação do nível de gordura de cada pessoa, ou seja, é um preditor internacional de obesidade adotado pela [Organização Mundial da Saúde](#) (OMS).

ATIVIDADE FÍSICA

IMC

Cálculo

O IMC é determinado pela divisão da massa do indivíduo pelo quadrado de sua altura, onde a massa está em quilogramas e a altura está em metros.

$$\text{IMC} = \frac{\text{MASSA}}{\text{altura}^2}$$

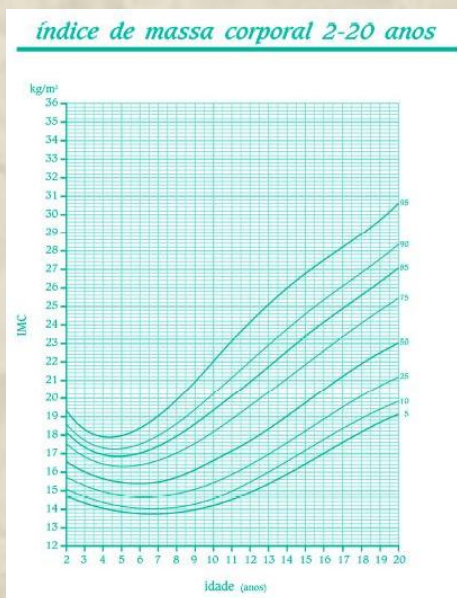
ATIVIDADE FÍSICA

CLASSIFICAÇÃO

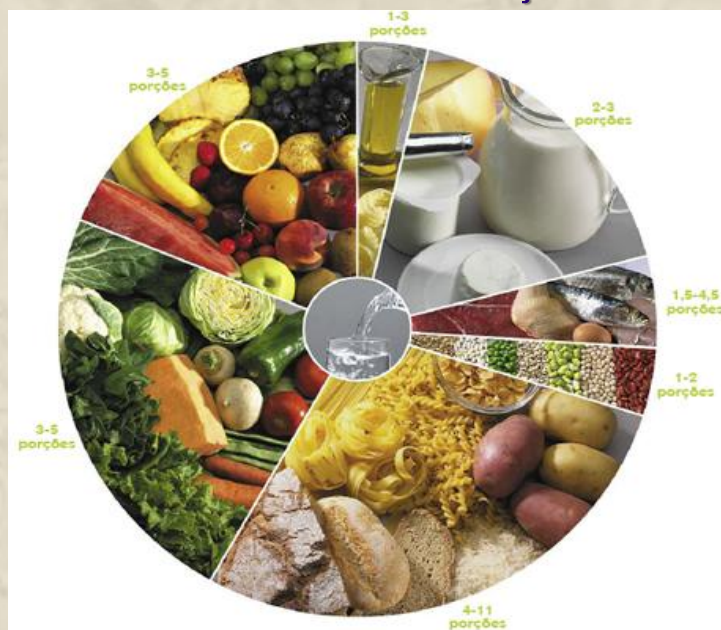
O resultado é comparado com uma tabela que indica o grau de obesidade do indivíduo.

IMC	CLASSIFICAÇÃO
< 18,5	MAGREZA
18,5 - 24,9	SAUDÁVEL
25,0 - 29,9	SOBREPESO
30,0 - 34,9	OBESIDADE GRAU I
35,0 - 39,9	OBESIDADE GRAU II (SEVERA)
> 40,0	OBESIDADE GRAU III (MÓRBIDA)

ATIVIDADE FÍSICA

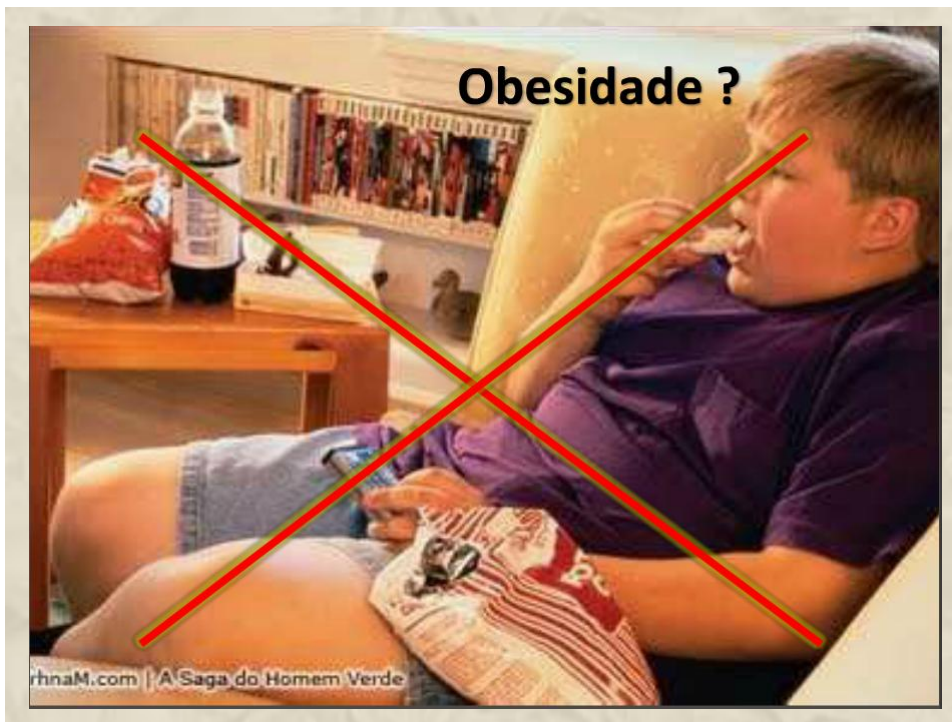


ATIVIDADE FÍSICA / ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL











Atividade Física

Este é o teu ponto de largada!
Programa a tua mente para te convenceres de que é possível praticar atividade física. Não te esqueças de consultar antes o médico para realizar uma avaliação completa antes de começar!
Para adotar novos hábitos alimentares segue as instruções de um nutricionista.
Boa Saúde!





ATIVIDADE FÍSICA

Obrigado pela Vossa Atenção!

FIM!

Avaliação da sessão.

Tomar, 03 de Maio

Anexo XXI
Saúde Sexual e Reprodutiva



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR
PROMOÇÃO DA SAÚDE

CONSTRUIR O CAMINHO - PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

8º ANO
ESCOLA SECUNDÁRIA JÁCOME RATTON

Tomar, 10 de Maio

Enª Isabel Vital

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção de estilos de vida saudáveis

1. Saúde mental
2. Saúde oral
3. Alimentação saudável
4. Actividade física
5. Ambiente e saúde
6. Promoção da segurança e prevenção de acidentes
7. Saúde sexual e reprodutiva
8. Educação para o consumo.

Tomar, 10 de Maio





UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR


SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

CONSTRUIR O CAMINHO - PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

8º ANO
ESCOLA SECUNDÁRIA JÁCOME RATTON

Tomar, 10 de Maio Enfª Isabel Vital

*** Saúde Sexual e Reprodutiva**

Saúde	<ul style="list-style-type: none">• É um estado de completo bem estar físico, mental e social.• E não só meramente a ausência de doença.
Saúde Sexual e Reprodutiva	<ul style="list-style-type: none">• Decidir livremente se se quer ter, ou não uma família.• Diz também respeito ao bem estar emocional através de uma vivência sexual prazerosa e segura.
Saúde Sexual e Reprodutiva	<ul style="list-style-type: none">• Direitos• Um dos direitos humanos, como o direito à vida, à educação, à liberdade, o direito à Saúde Sexual e Reprodutiva. 

Tomar, 03 de Maio

*Saúde Sexual e Reprodutiva

Investir nos Direitos Sexuais e Reprodutivos deve ser uma prioridade:

<p>Um direito tão fundamental como exercer controlo sobre o seu próprio corpo só pode ser conseguido através de um esforço em assegurar que a saúde sexual, a gravidez ou maternidade sejam vividas sem riscos.</p>	<p>Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos</p>	<p>Tem como objetivo a promoção e proteção dos direitos e liberdades sexuais e reprodutivas em todos os sistemas políticos, económicos e culturais.</p>
---	--	---

Tomar, 03 de Maio

*Saúde Sexual e Reprodutiva

The diagram features a cluster of green circles of varying sizes on the left, with the text "Saúde Sexual e Reprodutiva" overlaid. Two large, light green chevron arrows point from this cluster towards a dark green circle on the right containing the text "Prevenção da Gravidez indesejada".

Tomar, 03 de Maio



*** As relações afetivas e o início das relações sexuais nos jovens...**

tema:

- * Orientação sexual
- * Sentimentos e Afetos
- * Valores
- * Liberdade - Direito à liberdade e segurança da pessoa;
Direito à liberdade de pensamento
- * Gravidez
- * Metodos contraceptivos
- * DST



* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 1



«Tinha 17 anos quando fiquei grávida. Quando disse ao meu namorado, ele disse que o problema era meu e que eu o podia resolver. Fiquei muito chocada com a reacção dele e isso levou-me a acabar a nossa relação. Fiquei sozinha com o meu problema. Sabia que os meus pais nunca iriam aceitar a minha situação, porque são muito religiosos. Passei duas semanas horríveis, a imaginar-me com um filho, a aguentar esse encargo sozinha, e a ver-me aceitar o primeiro emprego que me aparecesse, ficando sempre muito limitada.

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 1



... Por outro lado, isso ia-me levar a abandonar o meu sonho de tirar um curso e constituir uma família normal. Acabei por me aconselhar com uma amiga, cuja mãe conhecia uma senhora que fazia «desmanchos». Tive que arranjar o dinheiro (o que foi muito complicado) para fazer o «serviço». Depois, foi muito penoso e muito difícil, não tanto fisicamente, mas porque me sentia muito culpada pelo que estava a fazer. Fiquei muito baralhada e ainda hoje tenho dúvidas sobre a atitude que tomei.»

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 2



«Eu tinha 16 anos e andava no 9º ano quando engravidei. Fiquei muito contente e o meu namorado também. Resolvemos casar, mas a minha mãe não queria, embora acabasse por aceitar quando eu lhe disse que estava grávida. Ficámos a viver lá em casa e, no princípio, tudo corria bem. Depois, nasceu o bebé e começaram a surgir as complicações. A minha mãe trabalha fora e eu quis retomar os estudos. O meu marido teve que se empregar e, por causa disso, não podia atender ao bebé durante a noite.

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 2



A mim, também me custavam as noites, porque o bebé chorava muito e no outro dia era-me difícil concentrar nas aulas. Comecei a andar cansada, irritável e a ter discussões com a minha mãe e o meu marido. Acabámos por nos mudar para casa dos meus sogros, porque a minha sogra disse que tomava conta do bebé, porque estava em casa. Mas depois, começou também a queixar-se que andava cansada, sofria da coluna e não podia com o bebé que estava cada vez mais pesado. Depois, a minha sogra começou a criticar-me e a fazer intrigas entre mim e o meu marido.

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 2



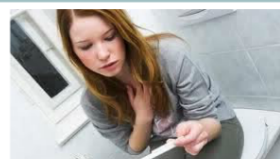
O ambiente piorava cada vez mais até que nos separámos. Nessa altura, eu tive que abandonar os estudos. Aluguei um quarto e arranjei emprego num escritório como rececionista. Agora, enquanto trabalho, tenho que deixar o meu filho na ama, porque não quero estar sempre a ouvir queixas e sermões da minha família. Somando a renda do quarto com o que pago à ama pouco me fica de sobra. Acho que nestes últimos quatro anos a vida foi dura. Muitos dos meus sonhos ficaram para trás e não sei o que pensar do futuro...»

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 3



«Ando com a S. há um ano. Agora ela está grávida e quer abortar, mas eu não quero.

Acho que ela não pode fazer isso por várias razões: primeiro, acho que ela não tem o direito de o fazer e, depois, eu também tenho direito a esse filho, que não é só dela!.

Eu acho imoral e ilegal o que ela vai fazer. Ela diz que o faz porque pensa que a família dela nunca vai aceitar e porque a vinda de um filho nos ia obrigar a deixar os estudos. Ela é da opinião que sem independência económica não se devem ter filhos. ...

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

*Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 3



... Mas eu estou disposto a ir trabalhar, seja no que for, só não aceito o que ela vai fazer. Penso que ela está a ser muito egoísta. Se ela abortar, eu deixo de andar com ela. Acho indecente o que ela vai fazer.»

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

Tomar, 03 de Maio

*Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 4



« Tenho 21 anos e ando com a R. Ela tem 18 anos e está no 12^o ano. Este ano, mais uma vez, não consegui entrar na Universidade e estou a trabalhar na loja do meu tio.

No outro dia, a R., disse-me que tinha um atraso de 15 dias e achava que estava grávida. Ela estava muito satisfeita, mas eu não achei graça nenhuma. Disse-lhe para ver bem, porque eu não quero chatices e muito menos um filho nesta altura da vida. ...

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

*Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Gravidez - TEXTO 4



Esta semana meti um vale ao meu tio para lhe pagar o aborto, mas a “cabra” não quer fazê-lo. Já lhe disse que não conte comigo para nada. Pago-lhe o aborto e ponto final, não se fala mais nisso! Se ela insistir em ter o filho, fica tudo por conta dela.

Eu até gostava dela, mas se quiser ter o filho, eu deixo-a, eu nem a conheço!»

In Educação Sexual, Só para jovens. Texto Editora

*Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência

A adolescência é o momento mais relevante para o reconhecimento da sexualidade, para a aprendizagem do corpo e, muito frequentemente, para a decisão sobre as potencialidades reprodutivas.

Hubner, 1998

A adolescência constitui, então, uma etapa marcada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais, acompanhadas por notórios sentimentos de atracção sexual e profundas meditações sobre a capacidade de decidir.

Justo, 2000

* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

EM PORTUGAL

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, a Taxa de fecundidade da faixa etária dos 15 aos 19 anos no ano de 2006 foi de 17,0‰.

Verificou-se um decréscimo acentuado na Taxa de fecundidade na adolescência, correspondendo o mínimo histórico ao último ano observado (2006). Neste período a Taxa de fecundidade passou de 23,9‰ para 17,0‰

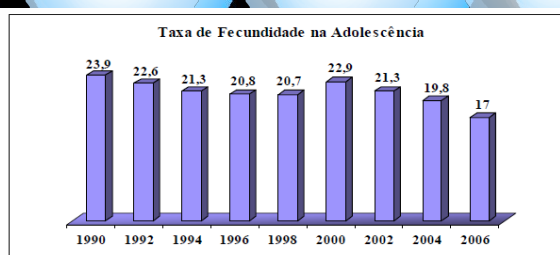


Gráfico 4: Evolução da Taxa de fecundidade na adolescência (15-19 anos) portuguesa, em anos pares, de 1990 a 2006

* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência

- O corpo ainda não atingiu o seu completo desenvolvimento e maturidade.
- A personalidade ainda está em formação, ainda não foi atingida a maturidade.
- Os jovens ainda não estão autónomos em relação á família.

Tomar, 03 de Maio

*Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O mundo da adolescente grávida ...

- Famílias desestruturadas;
- Famílias com problemas socioeconómicos;
- Adolescentes com ausência de educação sexual adequada;
- Adolescentes em abandono escolar;
- Reduzido número de amigos e uma baixa qualidade das relações de amizade;
- Adolescentes sem projecto de vida definido;

*Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

O mundo da adolescente grávida ...

- Baixo nível de maturidade psicológica;
- Negligência na contraceção (relações esporádicas);
- Gravidez como estratégia de inserção no mundo dos adultos - ideologia de maturidade.

* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescente grávida em termos psicológicos / emocionais...

- Desequilíbrio emocional, por um lado a crise da adolescência por outro lado a gravidez/maternidade.
- O medo, insegurança, o desespero e a desorientação são sentimentos experimentados pela adolescente.
- A precariedade das relações afectivas, nesta fase, não contribui para que se construa uma família. Muitos casamentos, motivados por uma gravidez precoce, rapidamente se desfazem.

* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescente grávida em termos psicológicos / emocionais...

- A família tem dificuldade em aceitar a gravidez, o que provoca descontrolo emocional e gera na jovem sentimentos de abandono.
- Risco mais elevado de depressão no 3º trimestre da gravidez e período pós parto.

*Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescente grávida em termos sociais...

- O nosso sistema de ensino não possui condições mínimas que permitam a frequência/continuidade dos estudos a adolescentes grávidas ou com filhos.
- Abandono escolar, com interrupção de uma eventual carreira académica ou profissional que lhes permite viver o futuro com melhores condições.
- Sair com os amigos, passa a ser difícil.

*Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescente grávida em termos sociais...

- Ingressam demasiado cedo no mundo do trabalho, para fazer face a novas necessidades financeiras. Sem completar a sua formação escolar e profissional, serão, frequentemente, pessoas mal remuneradas e com empregos precários, o que se reflectirá na sua realização como pessoas.

* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A Grávida Adolescente e o Bebê

- Atraso na vigilância pré-natal - falta de apoio familiar
- Desenvolvimento da gravidez, trabalho de parto e saúde do bebê comprometido (Imaturidade do sistema reprodutivo):
 - Desconhecimento do tempo de gestação
 - Anemia
 - Aumento da tensão arterial
 - Ruptura prematura da membrana - desencadeamento prematuro do trabalho de parto
 - Aumento das complicações do parto
 - Desproporção feto-pélvica
 - Infecções urinárias, e do trato genital

* Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A Grávida Adolescente e o Bebê

- Gravidez na adolescência - Partos distócitos;
- Maior risco de baixo peso ao nascer para o bebê;
- Ganho de peso inadequado durante a gestação.

*Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Devido a todas estas potenciais complicações,
costuma-se considerar a gravidez na adolescência
como gravidez de alto risco!

Tomar, 03 de Maio

*Saúde Sexual e Reprodutiva

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA





*Saúde Sexual e Reprodutiva

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO!

FIM!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Vista pelos jovens, a vida é um futuro infinitamente longo; vista pelos velhos, um passado muito breve."

(Arthur Schopenhauer)

Anexo XXII
Escala de Likert



Programa de Saúde Escolar

Projeto Construir o Caminho – Promoção de Estilos de Vida Saudáveis

Avaliação das sessões de Educação para a Saúde



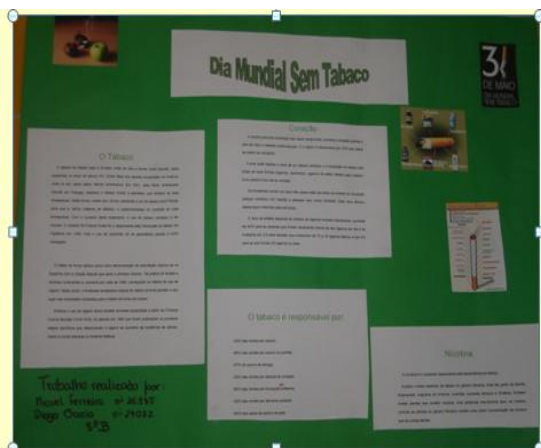
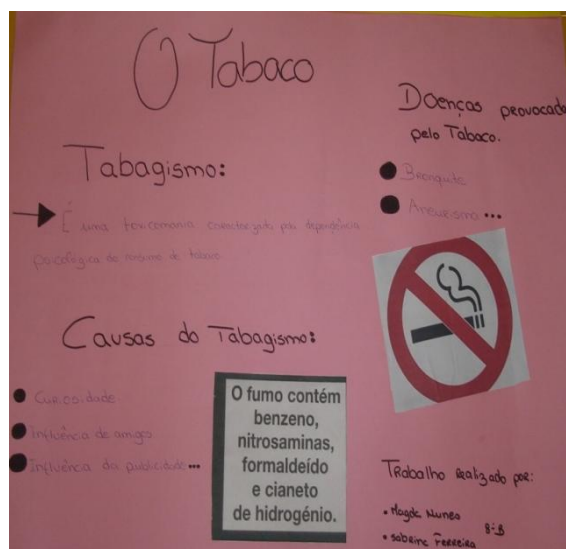
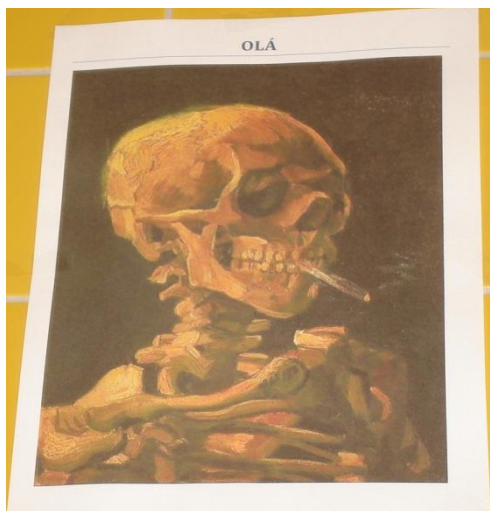
Coloca uma cruz (X) no quadrado que corresponda à tua escolha de acordo com a afirmação colocada.

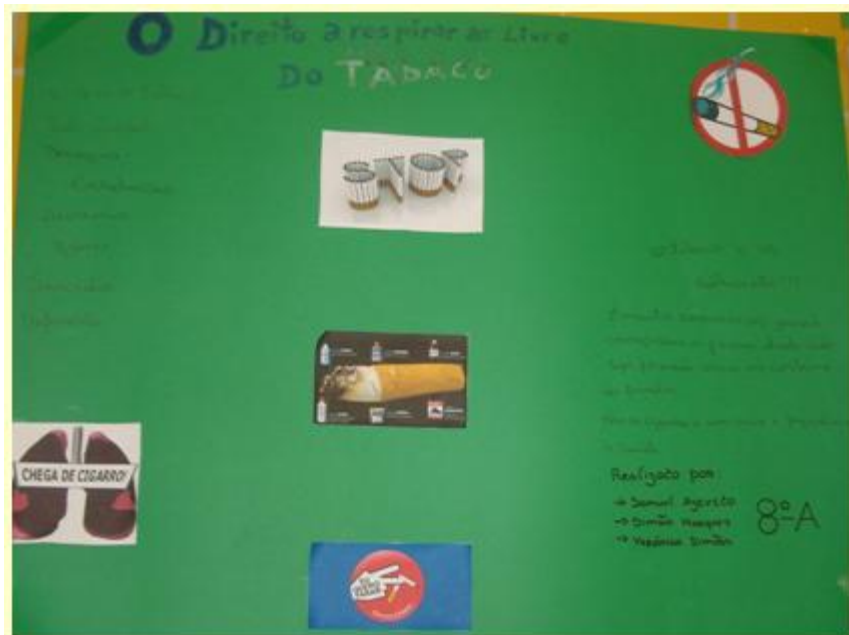
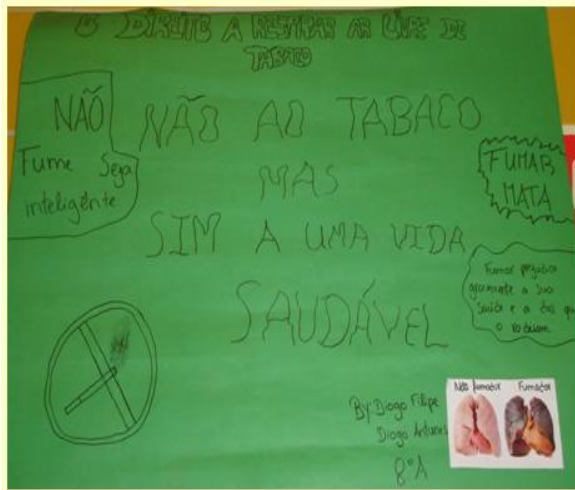
	Concordo Totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
Sinto-me satisfeito(a) quanto aos <u>Conteúdos</u> apresentados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A <u>Metodologia</u> utilizada foi apropriada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gostei dos <u>Meios Auxiliares</u> usados nas sessões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O <u>Tempo de Exposição</u> dos conteúdos foi adequado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados Finais da aplicação da Escala

	Concordo Totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
Sinto-me satisfeito(a) quanto aos <u>Conteúdos</u> apresentados.	48,8% (20)	48,8% (20)		2,4% (1)	
A <u>Metodologia</u> utilizada foi apropriada.	58,5% (24)	36,6% (15)	4,9% (2)		
Gostei dos <u>Meios Auxiliares</u> usados nas sessões.	51,2% (21)	43,9% (18)	4,9% (2)		
O <u>Tempo de Exposição</u> dos conteúdos foi adequado.	34,2% (14)	43,9% (18)	14,6% (6)	4,9% (2)	2,4 (1)

Anexo XXIII
Cartazes





Anexo XXIV
Grelha de Avaliação dos Cartazes

Programa de Saúde Escolar

Projeto Construir o Caminho – Promoção de Estilos de Vida Saudáveis

Avaliação dos cartazes de comemoração do Dia Mundial sem Tabaco – “O direito a respirar ar livre de Tabaco”

Classifique cada cartaz de acordo com os critérios de avaliação seleccionados, e tendo em conta a seguinte escala: 1= Insuficiente; 2= Suficiente; 3= Bom; 4= Muito Bom; 5= Excelente

Alunos	Critérios de avaliação	Estrutura	Criatividade	Originalidade	Conteúdos face ao tema: “O direito a respirar ar livre de Tabaco”, no âmbito da promoção da saúde	Participação na distribuição dos cartazes, adolescentes como promotores de saúde
/						
/						
/						
/						

Anexo XXV
Cartaz Vencedor

Anexo XXVI

E agora, o que é para ti a Promoção da Saúde?

Anexo XXVII
Jogos Populares

Jogos Populares



O Jogo do Ratinho



O Jogo da Corda



O Jogo das Latas



Corrida de Sacos

Anexo XXVIII
Sopas

As sopas



Anexo XXIX
Reciclagem e Água

A reciclagem e a água



Anexo XXX

Notícia do Projeto de Intervenção no Jornal Cidade de Tomar

Escola Jácome Ratton

Promoção de estilos de vida saudáveis

Manuel Subtil

A Escola Jácome Ratton continua a apostar na promoção de estilos de vida saudáveis junto dos seus alunos. Tendo em conta esta preocupação decorreu no passado dia 14 de junho, nas instalações da escola, uma iniciativa com o apoio do ACES do Zêzere e da Associação de Pais, que envolveu técnicos, alunos e docentes.

As técnicas Isabel Vital, Margarida Arnault, Elsa Curado, Lígia Alves, a professora Graça

Carvalho, e o presidente da Associação de Pais, Paulo Ferreira, promoveram um conjunto de atividades, entre elas, jogos tradicionais e a confeção de várias sopas no refeitório da escola.

Esta ação na escola esteve relacionada com o projeto saúde escolar, que tem como principal objetivo incutir nos estudantes hábitos saudáveis, como a prática diária de exercício físico, associada a uma boa alimentação e a comportamentos saudáveis, longe de maus hábitos, como o consumo de drogas ou bebidas alcoólicas.



Anexo XXXI
Registo das atividades desenvolvidas

(A PREENCHER PELO GESTOR LOCAL DE SAÚDE ESCOLAR) IDENTIFICAÇÃO DA ACTIVIDADE		1800
PLANO DA ACTIVIDADE		
DESIGNAÇÃO DA ACTIVIDADE		
Promoção da Saúde		
NOME DA ESCOLA		
Escola Secundária Jácome Ratton		
NÍVEL DE ENSINO		
<input type="checkbox"/> PRÉ-ESCOLAR		
<input type="checkbox"/> BÁSICO – 1.º CICLO		
<input type="checkbox"/> BÁSICO – 2.º CICLO		
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICO – 3.º CICLO		
<input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO		
<input type="checkbox"/> OUTRO NÍVEL DE ENSINO		
ANO(S)		
8º anos		
TURMA(S)		
A, B		
N.º DE ALUNOS PRESENTES NA ACTIVIDADE		
41 ALUNOS		
ÁREAS PRIORITÁRIAS		
<input type="checkbox"/> Vida activa saudável		
<input type="checkbox"/> Educação alimentar		
<input type="checkbox"/> Educação Sexual		
<input type="checkbox"/> Cidadania		
<input type="checkbox"/> Relações Interpessoais		
<input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
<input type="checkbox"/> Absentismo Escolar		
<input type="checkbox"/> Consumos Nocivos - Tabaco		
<input type="checkbox"/> Consumos Nocivos - Alcool		
<input type="checkbox"/> Consumos Nocivos - Outras Dependências		
<input type="checkbox"/> Prevenção da violência		
<input checked="" type="checkbox"/> Promoção da Saúde		
OBJECTIVOS		
Compreender o que é a Promoção da Saúde e a sua importância; Identificar as áreas de intervenção em promoção da saúde; Conhecer as áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis no contexto da Saúde Escolar.		
CONTEÚDOS		
Conceito de Saúde; Perspetiva História da Promoção da Saúde; Definição da Promoção da Saúde; Áreas de Intervenção em Promoção da Saúde; Promoção de Estilos de Vida Saudáveis; Áreas Prioritárias para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis em contexto escolar.		
ESTRATÉGIAS		
Identificação das áreas que gostavam de ver tratadas tendo em conta, as áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis no contexto da Saúde Escolar, colocando as suas preferências num garrafão opaco construído para o efeito.		
RECURSOS		
Computador, Vídeo projetor, Garrafão, Papel e caneta.		
AValiação		
Diagnóstico inicial de forma a saber o que os adolescentes entendem ser a Promoção da Saúde. Diagnóstico final após as atividades promotoras de saúde em que tiveram a oportunidade de serem promotores de saúde.		
OBSERVAÇÕES		
IDENTIFICAÇÃO DO(S) RESPONSÁVEL(ES)		
Margarida Arnaut (enfermeira especialista em enfermagem comunitária); Isabel Vital (mestranda em enfermagem comunitária)		

(A PREENCHER PELO GESTOR LOCAL DE SAÚDE ESCOLAR) IDENTIFICAÇÃO DA ACTIVIDADE		1800
PLANO DA ACTIVIDADE		
DESIGNAÇÃO DA ACTIVIDADE		
Educação para o consumo		
NOME DA ESCOLA		
Escola Secundária Jacome Ratton		
NÍVEL DE ENSINO		
<input type="checkbox"/>	PRÉ-ESCOLAR	
<input type="checkbox"/>	BÁSICO – 1.º CICLO	
<input type="checkbox"/>	BÁSICO – 2.º CICLO	
<input checked="" type="checkbox"/>	BÁSICO – 3.º CICLO	
<input type="checkbox"/>	SECUNDÁRIO	
<input type="checkbox"/>	OUTRO NÍVEL DE ENSINO	
ANO(S)		
8º ANOS		
TURMA(S)		
A, B		
N.º DE ALUNOS PRESENTES NA ACTIVIDADE		
41 alunos		
ÁREAS PRIORITÁRIAS		
<input type="checkbox"/>	Vida activa saudável	
<input type="checkbox"/>	Educação alimentar	
<input type="checkbox"/>	Educação Sexual	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cidadania	
<input type="checkbox"/>	Relações Interpessoais	
<input type="checkbox"/>	Trabalho infantil	
<input type="checkbox"/>	Absentismo Escolar	
<input checked="" type="checkbox"/>	Consumos Nocivos - Tabaco	
<input checked="" type="checkbox"/>	Consumos Nocivos - Alcool	
<input type="checkbox"/>	Consumos Nocivos - Outras Dependências	
<input type="checkbox"/>	Prevenção da violência	
<input type="checkbox"/>	Outros:	
OBJECTIVOS		
Compreender as alterações dos estilos de vida devido ao consumismo; Identificar os consumos nocivos na adolescência.		
CONTEÚDOS		
Exposição de conceitos relacionados com o consumismo; Alteração dos estilos de vida como consequência do consumismo; Consumos nocivos entre os adolescentes: Alcool e Tabaco.		
ESTRATÉGIAS		
Método expositivo; Método interrogativo. Brainsntorming.		
RECURSOS		
Computador, Vídeo projetor, Quadro Branco; Marcadores.		
AVALIAÇÃO		
Através da participação nas sessões de formação; Observação direta.		

(A PREENCHER PELO GESTOR LOCAL DE SAÚDE ESCOLAR) IDENTIFICAÇÃO DA ACTIVIDADE	
1800	
PLANO DA ACTIVIDADE	
DESIGNAÇÃO DA ACTIVIDADE	
ACTIVIDADE FÍSICA	
NOME DA ESCOLA	
Escola Secundária Jacome Ratton	
NÍVEL DE ENSINO	
<input type="checkbox"/> PRÉ-ESCOLAR	
<input type="checkbox"/> BÁSICO – 1.º CICLO	
<input type="checkbox"/> BÁSICO – 2.º CICLO	
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICO – 3.º CICLO	
<input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO	
<input type="checkbox"/> OUTRO NÍVEL DE ENSINO	
ANO(S)	
8º ANOS	
TURMA(S)	
A, B	
N.º DE ALUNOS PRESENTES NA ACTIVIDADE	
41 ALUNOS	
ÁREAS PRIORITÁRIAS	
<input checked="" type="checkbox"/> Vida activa saudável	
<input type="checkbox"/> Educação alimentar	
<input type="checkbox"/> Educação Sexual	
<input type="checkbox"/> Cidadania	
<input type="checkbox"/> Relações Interpessoais	
<input type="checkbox"/> Trabalho infantil	
<input type="checkbox"/> Absentismo Escolar	
<input type="checkbox"/> Consumos Nocivos - Tabaco	
<input type="checkbox"/> Consumos Nocivos - Alcool	
<input type="checkbox"/> Consumos Nocivos - Outras Dependências	
<input type="checkbox"/> Prevenção da violência	
<input type="checkbox"/> Outros:	
OBJECTIVOS	
Compreender o que é a actividade física e seus benefícios para a promoção da saúde; Distinguir exercícios aeróbicos de exercícios anaeróbicos; Conhecer a importância de actividade física / alimentação saudável.	
CONTEÚDOS	
Conceito de actividade física; Exercício anaeróbio; Exercício aeróbio; Benefício da actividade física; Como escolher a actividade física ideal?; Cálculo do IMC; Actividade física / Alimentação Saudável	
ESTRATÉGIAS	
Método expositivo; Método interrogativo. Cálculo do IMC de cada adolescente de forma individual e confidencial, e sua correspondência à idade na tabela de acordo com o género do adolescente.	
RECURSOS	
Computador, Vídeo projetor, Quadro Branco; Marcadores. Tabela do IMC / idade / género.	
AValiação	
Através da participação nas sessões de formação; Observação directa; Participação no cálculo do IMC.	

(A PREENCHER PELO GESTOR LOCAL DE SAÚDE ESCOLAR) IDENTIFICAÇÃO DA ACTIVIDADE		1800
PLANO DA ACTIVIDADE		
DESIGNAÇÃO DA ACTIVIDADE		
Saúde Sexual e Reprodutiva		
NOME DA ESCOLA		
Escola Jacome Ratton		
NÍVEL DE ENSINO		
<input type="checkbox"/>	PRÉ-ESCOLAR	
<input type="checkbox"/>	BÁSICO – 1.º CICLO	
<input type="checkbox"/>	BÁSICO – 2.º CICLO	
<input checked="" type="checkbox"/>	BÁSICO – 3.º CICLO	
<input type="checkbox"/>	SECUNDÁRIO	
<input type="checkbox"/>	OUTRO NÍVEL DE ENSINO	
ANO(S)		
8º ANO		
TURMA(S)		
A, B		
N.º DE ALUNOS PRESENTES NA ACTIVIDADE		
41 ALUNOS		
ÁREAS PRIORITÁRIAS		
<input type="checkbox"/>	Vida activa saudável	
<input type="checkbox"/>	Educação alimentar	
<input checked="" type="checkbox"/>	Educação Sexual	
<input type="checkbox"/>	Cidadania	
<input type="checkbox"/>	Relações Interpessoais	
<input type="checkbox"/>	Trabalho infantil	
<input type="checkbox"/>	Absentismo Escolar	
<input type="checkbox"/>	Consumos Nocivos - Tabaco	
<input type="checkbox"/>	Consumos Nocivos - Alcool	
<input type="checkbox"/>	Consumos Nocivos - Outras Dependências	
<input type="checkbox"/>	Prevenção da violência	
<input type="checkbox"/>	Outros:	
OBJECTIVOS		
Conhecer o conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva; Identificar os direitos sexuais e reprodutivos; Reforçar nos adolescentes a importância das relações afetivas; Compreender os problemas com que se depara uma grávida adolescente.		
CONTEÚDOS		
Definição de Saúde Sexual e Reprodutiva; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Relações Afetivas e Início da Atividade Sexual; Gravidez na Adolescência.		
ESTRATÉGIAS		
Método expositivo; Método interrogativo. Leitura de testemunhos reais de casos de gravidez na adolescência.		
RECURSOS		
Computador, Vídeo projetor, Quadro Branco; Marcadores. Textos de Apoio.		
AVALIAÇÃO		
Através da participação nas sessões de formação; Observação direta.		

(A PREENCHER PELO GESTOR LOCAL DE SAÚDE ESCOLAR) IDENTIFICAÇÃO DA ACTIVIDADE	
1800	
PLANO DA ACTIVIDADE	
DESIGNAÇÃO DA ACTIVIDADE	
O direito a respirar ar livre de tabaco	
NOME DA ESCOLA	
Escola Secundária Jacome Ratton	
NÍVEL DE ENSINO	
<input type="checkbox"/> PRÉ-ESCOLAR	
<input type="checkbox"/> BÁSICO – 1.º CICLO	
<input type="checkbox"/> BÁSICO – 2.º CICLO	
<input checked="" type="checkbox"/> BÁSICO – 3.º CICLO	
<input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO	
<input type="checkbox"/> OUTRO NÍVEL DE ENSINO	
ANO(S)	
8º ANOS	
TURMA(S)	
A, B	
N.º DE ALUNOS PRESENTES NA ACTIVIDADE	
41 ALUNOS	
ÁREAS PRIORITÁRIAS	
<input type="checkbox"/> Vida activa saudável	
<input type="checkbox"/> Educação alimentar	
<input type="checkbox"/> Educação Sexual	
<input type="checkbox"/> Cidadania	
<input type="checkbox"/> Relações Interpessoais	
<input type="checkbox"/> Trabalho infantil	
<input type="checkbox"/> Absentismo Escolar	
<input checked="" type="checkbox"/> Consumos Nocivos - Tabaco	
<input type="checkbox"/> Consumos Nocivos - Alcool	
<input type="checkbox"/> Consumos Nocivos - Outras Dependências	
<input type="checkbox"/> Prevenção da violência	
<input type="checkbox"/> Outros:	
OBJECTIVOS	
Incentivar os adolescentes a serem promotores de saúde.	
CONTEÚDOS	
Relacionados com "O direito a respirar ar livre de Tabaco".	
ESTRATÉGIAS	
Elaboração de cartazes alusivos ao tema: "O direito a respirar ar livre de tabaco"; Distribuição dos cartazes pelo pátio da escola. Brainstorming Individual.	
RECURSOS	
Cartolinas, colas, tesouras, material de pintura e desenho, artigos de revistas/jornais, pasta de papel.	
AVALIAÇÃO	
Distribuição dos cartazes pela escola <u>por todos</u> os adolescentes envolvidos nesta atividade.	

Anexo XXXII
Tabelas do Cruzamento dos Descritores

Palavras-Chave	Nº de artigos
1 – Nurs*	53092
2 – Interventions	17024
3 - Empowerment	1316
4 – Adolescent	78179
5 – Schools	37253

Posteriormente iniciou-se o cruzamento dos descritores, cujos resultados estão na tabela seguinte:

Conjugação de cada palavra-chave com as outras	Nº de artigos
Nurs AND Interventions	4287
Nurs AND Empowerment	627
Nurs AND Adolescent	3871
Nurs AND Schools	11427
Interventions AND Empowerment	354
Interventions AND Adolescent	4893
Interventions AND Schools	5155
Empowerment AND Adolescent	179
Empowerment AND Schools	551
Adolescent AND Schools	4378

Conjugação de cada palavra-chave com as outras	Nº de artigos
Nurs AND Interventions AND Empowerment	158
Nurs AND Interventions AND Empowerment AND Adolescent	16
Nurs AND Interventions AND Empowerment AND Adolescent AND Schools	6

Através desta pesquisa e cruzamento dos descritores: “Nurs*”; “Interventions”; “Empowerment”; “Adolescent”; “Schools”, nas bases de dados, obtiveram-se 6 artigos.

Anexo XXXIII
Fichas de Leitura dos Artigos

Título	Self-efficacy with application to adolescent smoking cessation: a concept analysis
Autores	Roberta Heale; Mary T.Q. Griffin
Método	Análise do conceito <u>auto-eficácia</u> na cessação do tabagismo na adolescência. A análise do conceito foi realizada com base no Método de Walker e Avant ⁱ . Foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados CINAHL e PROQUEST. Pesquisados artigos entre 1977 e 2007. Nível de Evidência V - (Revisão Sistemática de estudos Descritivos e Qualitativos)ⁱⁱ
Objectivos	O primeiro objetivo da revisão da literatura foi o de examinar o conceito de auto-eficácia e todas as fontes que ligam esse conceito ao fato dos adolescentes deixarem de fumar. O segundo objetivo da revisão da literatura foi obter uma melhor compreensão do tabagismo na adolescência e as estratégias para a cessação do tabagismo, assim como a pertinência para a enfermagem.
Resultados	<u>Utilizações do conceito</u> A partir deste exploração, quatro sinónimos surgem que são o ponto de partida para a compreensão do conceito de auto-eficácia e como se relaciona com o comportamento do adolescente na cessação tabágica. Eles são: capacidade, aptidão, competência e habilidade. <u>Utilizações do conceito na enfermagem</u> Auto-eficácia não faz parte dos diagnósticos de enfermagem. Todavia, há o uso deste conceito para descrever e definir os diagnósticos de enfermagem, por exemplo na gestão do regime terapêutico ineficaz (auto-eficácia como factor determinante no sucesso do regime terapêutico). O conceito de auto-eficácia é um dos conceitos na Teoria de Pender: Modelo de Promoção da Saúde. "A auto-eficácia é a confiança que uma pessoa tem na sua capacidade em realizar com sucesso um ação "(McCullagh & Cook 2004, p. 291). A auto-eficácia tem sido amplamente utilizado na pesquisa em enfermagem. A definição de auto-eficácia de um trabalho sobre diabéticos: "... A crença das pessoas na sua capacidade de organizar e executar um modo de ação necessário para lidar com situações relativas ao futuro "(Van der Bijl et al. 1999, p. 353). <u>Características que o definem</u>

Confiança, capacidade percebida e habilidade percebida foram as palavras-chaves selecionadas, porque ocorriam repetidamente nas definições encontradas e foram consideradas as mais adequadas para os adolescentes. Capacidade e habilidade são palavras que não se encontram sozinhas, pois o conceito refere-se à consciência que as pessoas têm da sua própria capacidade e habilidade em deixar de fumar.

Competência e motivação são palavras relacionadas. A motivação para mudar um comportamento é um ingrediente necessário de auto-eficácia. Porém, a motivação só por si não avalia o nível de confiança de uma pessoa, a sua capacidade percebida e sua habilidade percebida para atingir a meta. A competência não reflete a consciência da pessoa. Qualquer um pode ter a competência de realizar uma meta e não conseguir porque não acredita que tem essa competência.

Definição teórica

A auto-eficácia de um adolescente para deixar de fumar define-se como o nível de confiança, capacidade percebida e habilidade percebida que o adolescente possui para adotar um comportamento para deixar de fumar.

Caso tipo

Este exemplo inclui todas as características cruciais na auto-eficácia quando se quer deixar de fumar. Julie (contatou com a enfermeira da escola) e mostra habilidade percebida quando resume uma lista de estratégias que a vão ajudar a deixar de fumar. A sua capacidade percebida de que pode realizar uma meta difícil foi intensificada quando obteve a qualificação de instrutor. Além do mais, tem um alto nível de confiança de que pode deixar de fumar.

Caso borderline

Este é um caso borderline porque contém a maioria dos elementos necessários na auto-eficácia para deixar de fumar nos adolescentes. Derek identifica que as atividades delineadas na literatura são fáceis, indicando uma habilidade e uma capacidade percebida a respeito do processo de deixar de fumar. Neste caso falta um elemento que é o êxito numa tarefa difícil. O nível de auto-eficácia ou confiança para deixar de fumar não pode ser avaliada completamente sem comparar com o desempenho de uma tarefa de semelhante dificuldade.

Caso relacionado

Este caso é relacionado porque contém a motivação de deixar de fumar que é um elemento necessário para um adolescente deixar de fumar. A motivação é

necessária à auto-eficácia. O adolescente deve estar motivado para antes deixar desenvolver a confiança, a habilidade e a capacidade de o fazer. No entanto, a motivação da Ângela para deixar de fumar não se relaciona com o seu nível de auto-eficácia para realizar esta meta.

Caso contrário

Jim diz que todos os amigos fumam (á enfermeira da escola) e que tem a sensação de pertencer a um grupo quando fuma com eles. Este exemplo não representa o conceito de auto-eficácia relativa a deixar de fumar nos adolescentes porque Jim gosta de fumar e quer continuar.

Antecedentes

Os antecedentes para estudar a auto-eficácia nos adolescentes para deixar de fumar devem incluir esses 4 elementos. a psicologia do desenvolvimento, experiência passada, apoio emocional e estado emocional.

Consequências

Êxito na mudança de comportamento.

Êxito e / ou insucesso no adolescente em deixar de fumar.

Referentes empíricos

No caso tipo apresentado, os referentes empíricos para o conceito de deixar de fumar nos adolescentes incluem a medida do nível de confiança, de capacidade percebida e de habilidade percebida de um adolescente relacionado com o comportamento de deixar de fumar.

O que se sabe do conceito

- Auto-eficácia é a parte mais importante nos modelos que incluem mudança, mas não se desenvolveu uma breve definição do conceito relativo aos adolescentes deixarem de fumar.
- O conceito de auto-eficácia pode analisar-se dentro de um contexto específico, como os adolescentes deixarem de fumar, resultando numa definição aperfeiçoada do conceito relativo a uma circunstância específica.
- Apesar dos ganhos em alguns países, o tabagismo na adolescência continua sendo uma epidemia em todo o mundo e auto-eficácia é uma variável importante neste comportamento.

O que este artigo acrescenta

	<ul style="list-style-type: none"> • Oferece uma definição do conceito da cessação do tabagismo na adolescência, como a confiança, a capacidade percebida e a habilidade percebida que um adolescente possui para deixar de fumar. • Os antecedentes da auto-eficácia para a cessação do tabagismo na adolescência incluem a psicologia do desenvolvimento, apoio da experiência do passado, apoio emocional, estratégias de coping, recursos e estado emocional. • A consequência é se o adolescente vai ter um nível de auto-eficácia suficiente para deixar de fumar. <p><u>Implicações para a prática e/ou programa de ação</u></p> <p>As enfermeiras podem usar modelos de promoção da saúde para incorporar esse conceito chave de auto-eficácia no seu trabalho quando ajudam a mudar o comportamento tabágico dos adolescentes.</p>
Discussão	<p>Embora a análise do conceito tivesse sido rigorosa, os resultados são experimentais. Não há duas pessoas com as mesmas características. Walker et al. indica que a finalidade da análise do conceito é de operacionalizar um fenômeno para que ele possa ser usado no desenvolvimento de uma teoria, ou na construção de instrumentos de pesquisa. Assim, a análise do conceito de auto-eficácia na cessação do tabagismo nos adolescentes leva ao desenvolvimento de uma definição operacional que se possa usar em pesquisas da cessação do tabagismo nos adolescentes.</p>
Conclusão	<p>É um conceito básico em atividades de promoção da saúde por enfermeiros numa ampla variedade de situações nos cuidados aos adolescentes. É um conceito que tem implicações importantes em atividades de promoção da saúde, através da sua aplicação nos modelos de promoção da saúde nos cuidados. Os utentes adolescentes não só precisam de conhecimento e motivação relativamente a uma mudança específica de comportamento, mas também de um alto nível de confiança, capacidade e habilidade percebida para atingir uma meta.</p>

ⁱ Segundo Walker e Avant (2005), a análise do conceito é basicamente um exame cauteloso e a descrição de uma palavra ou termo e o seu uso, associado a uma descrição de outras palavras ou termos relacionados. Trata-se de um processo no qual os elementos básicos do conceito são examinados, distinguindo a semelhança e a diferença entre outros conceitos. (WALKER, L. O.; AVANT, K. C. Strategies for theory construction in nursing. 4. Ed. United States of América: Pearson Prentice Hall, 2005. 227 p.)

ⁱⁱ Rating System for the Hierarchy of Evidence
From Melnyk & Fineout-overholt, 2005
Modified from Guyatt & Rennie, 2002: Harris et al. 2001

Título	Improving the Mental Health, Healthy Lifestyle Choices, and Physical Health of Hispanic Adolescents: A Randomized Controlled Pilot Study
Autores	Bernadette M. Melnyk, Diana Jacobson, Stephanie Kelly, Judith O’Haver, Leigh Small, Mary Z. Mays
Método e participantes	Um estudo piloto randomizado com 19 adolescentes latino americanos de duas turmas de uma escola dos Estados Unidos da América. Nível de Evidência II- (Evidence obtained from a least one well-designed randomized controlled trials)ⁱⁱ
Objetivos	O objetivo deste estudo piloto randomizado controlado foi determinar a curto prazo a eficácia do programa Estilos de Vida Saudáveis TEEN COPE (Criando Oportunidades de Empowerment Pessoal – pensamentos, emoções, exercício e nutrição) na saúde mental (isto é, sintomas depressivos e de ansiedade) para a construção de habilidades comportamentais, cognitivas e educacionais, para a escolha de estilos de vida saudáveis, nos adolescentes latino-americanos, com idades entre os 14-16 anos, matriculados num curso de saúde de uma escola do centro da cidade na região sudoeste dos Estados Unidos.

Intervenções	<p>Foram aplicados quatro instrumentos no início e no final da intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none">• Uma Escala de crenças dos adolescentes sobre os estilos de vida saudáveis (The Healthy Lifestyles Beliefs Scale);• Um questionário sobre o nível de conhecimentos de nutrição / alimentação (Nutrition Knowledge);• Uma escala de escolhas de estilo de vida saudável (The Healthy Lifestyle Choices Scale);• Um inventário (The Beck Youth Inventory) que mede os sintomas depressivos e de ansiedade, a raiva, comportamentos disruptivos e o autoconceito (pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados com a parte emocional e social do adolescente). <p>Avaliados os dados antropométricos e efetuadas análises ao sangue.</p> <p>Os 19 adolescentes foram divididos em dois grupos: o de controle e o de intervenção no programa COPE TEEN. Com o grupo de intervenção foram realizadas, 2 a 3 dias por semana durante 9 semanas, 15 sessões educativas sobre estilos de vida saudáveis e construção de comportamentos cognitivos que incluem a prática e role playing. Estas sessões incluíam a criação de estilos de vida saudáveis, estratégias para a construção de autoestima, saber lidar com o stress, estabelecimento de metas, comunicação eficaz, nutrição e atividade física.</p> <p>Em todas as sessões foram usados estudos de caso, eram levados trabalhos de casa pelos adolescentes – registo diário para ver os progressos que estava a ter entre sessões. Cada sessão começava com o resumo da sessão anterior e tinham uma duração de 50 minutos, incluindo um período de 15 a 20 minutos de atividade física de forma a incluir a confiança para os adolescentes continuarem a adquirir comportamentos saudáveis, como uma atividade regular. O que importa aqui era a motivação. Foi-lhes entregue um pedómetro.</p>
--------------	---

<p>Resultados e Discussão</p>	<p>No final do programa verificou-se que os adolescentes do grupo de intervenção estavam menos deprimidos e ansiosos, e entusiasmados por fazer escolhas saudáveis. O grupo de controle não apresentavam mudanças significativas nos sintomas depressivos e na ansiedade, existindo uma melhoria nas opções relativas à saúde.</p> <p>Este programa foi bem aceite nos adolescentes latino americanos e proporcionou um suporte para que o programa tivesse um efeito positivo nos sintomas de depressão e ansiedade, assim como nas escolhas de estilos de vida saudáveis. Os adolescentes com excesso de peso que participaram no estudo reportaram um aumento do conhecimento dos valores nutricionais dos alimentos, adoção de estilos de vida saudáveis, assim como uma diminuição dos sintomas depressivos. O período de atividade física 2 a 3 vezes por semana proporcionou alterações fisiológicas.</p> <p>Este estudo tem especial impacto na informação educacional sobre nutrição e atividade física combinado com a teoria da construção de habilidades cognitivo-comportamental.</p>
<p>Conclusão</p>	<p>Embora este tivesse sido um pequeno estudo piloto, os seus resultados deste programa de intervenção teve um efeito positivo na saúde física e mental dos adolescentes latino-americanos. Os efeitos do programa parecem também ter tido efeitos bastante positivos nos adolescentes que apresentavam excesso de peso.</p>
<p>Implicações para a saúde escolar</p>	<p>Já é sabido que a informação educacional, só por si, não costuma levar à mudança de comportamento.</p> <p>A evidência desse estudo indica que a integração do programa COPE TEEN nas escolas pode ser a chave para não só para a diminuição de sintomas depressivos e de ansiedade e prevenção de distúrbios de saúde mental, mas também para a construção de crenças / confiança dos adolescentes em exercer escolhas relativas aos estilos de vida saudáveis que conduzem a comportamentos mais saudáveis e melhorias na saúde física.</p>