

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO E EDUCADORES DE INFÂNCIA DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR ACERCA DA PREVENÇÃO DO ABUSO SEXUAL

Daniela Filipa Batista Cardoso



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO E EDUCADORES DE INFÂNCIA DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR ACERCA DA PREVENÇÃO DO ABUSO SEXUAL

Daniela Filipa Batista Cardoso

Orientador: Professor Carlos Alberto Marques da Silva, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Coimbra, 15 de setembro de 2023

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha gratidão ao meu orientador, professor Carlos Alberto Marques da Silva, pela sua disponibilidade, orientação, apoio, comentários e críticas crucias para levar a bom porto o trabalho aqui apresentado.

De igual modo, gostaria de expressar a minha gratidão às minhas tutoras, Enfermeira Ana Gabriela Silva Saraiva e Enfermeira Fátima Maria Oliveira Gomes, por toda a sua dedicação e orientação, em nome das quais estendo os meus mais sinceros agradecimentos a toda a equipa dos locais de estágio que me acolheram neste percurso: Unidade de Cuidados na Comunidade de Cantanhede, e Unidades de Saúde Pública do Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Vouga e do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego. Também gostaria de agradecer às educadoras de infância, funcionárias dos pré-escolares, pais/encarregados de educação e crianças que amavelmente facilitaram e/ou participaram no desenvolvimento de atividades deste trabalho.

Gostaria, ainda, de agradecer a todos os professores das unidades curriculares do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública que, apesar de não estarem diretamente envolvidos no desenvolvimento do presente relatório de estágio, deram contributos essenciais para o desenvolvimento do meu percurso académico neste ciclo de estudos que aqui culmina.

Também gostaria de agradecer aos meus colegas do mestrado, em especial àqueles que mais próximos se tornaram. Foi com muito gosto que partilhei este momento, este desafio com cada um de vocês.

Igualmente, agradeço aos meus colegas e investigadores da UICISA: E/ESEnfC pela partilha de conhecimento e pela compreensão durante esta fase.

Um agradecimento especial às minhas amigas que têm sempre palavras de conforto e motivação e que me trazem sempre animação: Inês, Miriam, Cristina, Mariana, Telma, Filipa e Daniela. Obrigada!

Gostaria, finalmente, de expressar a minha mais profunda gratidão ao meu marido e pais por toda a compreensão e ajuda que me proporcionaram para que fosse possível terminar esta jornada. O vosso apoio foi, definitivamente, inestimável.

A ti, Miguel.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ARS – Administração Regional de Saúde

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IDG – Índice de Desempenho Global

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PPCIRA – Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNU - Registo Nacional de Utentes

SNIPI – Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPSS – Statistical Package for the Social Science Software

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

UICISA: E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

RESUMO

Enquadramento: Este relatório representa o trabalho desenvolvido ao longo da componente clínica de Mestrado da área específica de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, no qual foi, também, conduzido um projeto de investigação na área do abuso sexual de crianças/jovens. Este é um grave problema de violência, que se traduz numa experiência adversa na infância com consequências para a saúde física, mental e comportamental. É reconhecido que os pais e outros cuidadores desempenham um papel fundamental na prevenção do abuso sexual, contudo, em Portugal é escassa a investigação neste âmbito.

Objetivos: Caracterizar os contextos clínicos onde decorreu o estágio; Contribuir para a redução de casos de abuso sexual de crianças e jovens; Caracterizar conhecimentos, atitudes e práticas de educação de pais/encarregados de educação, e conhecimentos e atitudes das educadoras de infância, acerca da prevenção do abuso sexual de crianças; Descrever as atividades realizadas em estágio e refletir sobre o seu contributo para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista.

Metodologia: O estudo de investigação conduzido foi do tipo transversal exploratório, de carácter descritivo e correlacional. Pais/encarregados de educação e educadores de infância, das quatro escolas selecionadas de um concelho do centro de Portugal, foram convidados a participar no estudo. Os questionários foram disponibilizados em Formulário Google ou em papel. Os dados foram analisados no SPSS, recorrendo a estatística descritiva e correlacional.

Resultados: A investigação conduzida demostrou que, apesar, dos elevados níveis de conhecimento e atitudes positivas acerca da prevenção do abuso sexual dos pais/encarregados de educação e dos educadores de infância, há ainda algumas lacunas para as quais é necessário planear intervenções.

Conclusão: As atividades realizadas durante a componente clínica possibilitaram mobilizar conhecimentos e habilidades que vão ao encontro das competências comuns e das competências específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Da componente de investigação emergiu a necessidade de realizar mais investigação, em Portugal, na área em apreço e implementar intervenções que permitam colmatar as lacunas identificadas ao nível dos conhecimentos, atitudes e práticas educativas dos pais/encarregados de educação e educadores de infância acerca da prevenção do abuso sexual.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; Promoção da Saúde; Abuso Sexual na Infância; Pais; Educadoras de infância; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

ABSTRACT

Background: This report represents the work carried out during the clinical component of the Master's programme in the specific area of Community and Public Health Nursing, in which a research project was, also, conducted in the area of child sexual abuse. This is a serious problem of violence, which translates into an adverse childhood experience with consequences for physical, mental and behavioural health. It is recognised that parents and other carers play a fundamental role in preventing sexual abuse, but there is little research in this area in Portugal.

Objectives: To characterise the clinical contexts where the internship took place; To contribute to the reduction of cases of sexual abuse of children and young people; To characterise the knowledge, attitudes and educational practices of parents/guardians, and the knowledge and attitudes of kindergarten teachers, regarding the prevention of child sexual abuse; To describe the activities carried out during the internship and to reflect on their contribution to the development of the competences of the specialist nurse.

Methodology: This was an exploratory, descriptive and correlational cross-sectional study. Parents/guardians and kindergarten teachers, from four selected schools in a municipality in the Centre of Portugal, were invited to participate in the study. The questionnaires were made available on Google Form or on paper. The data was analysed in SPSS, using descriptive and correlational statistics.

Results: The research conducted showed that, despite the high levels of knowledge and positive attitudes about the prevention of sexual abuse among parents/ guardians and kindergarten teachers, there are still some gaps for which interventions need to be planned.

Conclusion: The activities carried out during the clinical component made it possible to mobilise knowledge and skills that meet the common competences and specific competences of the Specialist Nurse in the area of Community Health and Public Health Nursing. From the research component emerged the need to carry out more research in Portugal in the area concerned and to implement interventions to fill the gaps identified in terms of the knowledge, attitudes and educational practices of parents/guardians and kindergarten teachers about the prevention of sexual abuse.

Keywords: Community and Public Health Nursing; Health Promotion; Child Sexual Abuse; Parents; Kindergarten Teacher; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma do ACeS do Baixo Vouga. Obtida de Manual de Acolhimento
dos Internos/Alunos da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga de Matos et al. (2019)
Figura 2 – Mapa dos concelhos abrangidos pelo ACeS do Baixo Vouga. Obtida de https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2021/04/PeLS2018_ A23_BV.pdf
Figura 3 – Mapa do Concelho de Anadia. Obtido de https://www.cm-anadia.pt/pages/52527
Figura 4 – Índice de Desempenho Global (IDG) da USP do ACeS Baixo Vouga referente ao ano contratual de 2022. Obtido de https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx
Figura 5 – Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela USP do ACeS Baixo Vouga. Obtida de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010183/Pages/default.aspx34
Figura 6 - Mapa do Concelho de Cantanhede. Obtido de https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/pagina/807/Juntas-de-Freguesia
Figura 7 – Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC de Cantanhede. Obtido de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2060651/Pages/default.aspx
Figura 8 – Índice de Desempenho Global (IDG) da UCC de Cantanhede referente ac ano contratual de 2022. Obtido de https://bicsp.min- saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx
Figura 9 – Organograma do ACeS Baixo Mondego. Obtida do Manual de Acolhimento da Unidade de Saúde Pública do ACeS do Baixo Mondego (Silva et al. 2022)
Figura 10 - Mapa dos concelhos abrangidos pelo ACeS Baixo Mondego. Obtida do Manual de Acolhimento da Unidade de Saúde Pública do ACeS do Baixo Mondego (Silva et al. 2022)
Figura 11 – Mapa do Concelho de Coimbra. Obtida do Perfil Municipal de Saúde de Coimbra 2020 – Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra 2021-2025 (Câmara Municipal de Coimbra & Universidade de Coimbra, 2020)

Figura 12	– Índi	ce de l	Desempenho	Globa	al (IDG) d	da USP de	o ACe	S Baixo Mon	dego
referente	ao	ano	contratual	de	2022.	Obtido	de	https://bicsp	.min-
saude.pt/pt	/contr	atualiza	ıcao/idg/Pagiı	nas/de	fault.asp	x			64
Figura 13 -	- Pirân	nide etá	ária dos utente	es abra	angidos p	ela USP d	o ACe	S Baixo Mond	dego.
Obtido de h	nttps://	bicsp.m	nin-saude.pt/p	ot/biufs	s/2/20020)/2011383/	Pages	s/default.aspx	66
Figura 14 -	- Cron	ograma	a de atividade	s do p	rojeto +S	Saber para	+Prot	eger	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Recursos da Comunidade do Concelho de Anadia	28
Tabela 2 – Atividades e programas da USP do ACeS Baixo Vouga	31
Tabela 3 – Valores alcançados em dezembro de 2022 nas dimensões contratualizad pela USP do Baixo Vouga	
Tabela 4 - Distribuição dos utentes abrangidos pela USP do ACeS Baixo Vouga p	or
grupo etário e sexo. Obtido de https://bicsp.m	in-
saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010183/Pages/default .aspx	34
Tabela 5 – Recursos da Comunidade do Concelho de Cantanhede	39
Tabela 6 - Distribuição dos utentes abrangidos pela UCC de Cantanhede por gru	ро
etário e sexo. Obtido de https://bicsp.m	in-
saude.pt/pt/biufs/2/20020/2060651/Pages/default.aspx	42
Tabela 7 – Apresentação e descrição dos projetos de intervenção comunitária e melhoria contínua da UCC de Cantanhede	
Tabela 8 – Valores alcançados nos indicadores em dezembro de 2022 pela UCC	de
Cantanhede	49
Tabela 9 – Recursos da Comunidade do Concelho de Coimbra	56
Tabela 10 – Áreas de intervenção da USP do ACeS Baixo Mondego	60
Tabela 11 – Valores alcançados em dezembro de 2022 nas dimensões contratualizad	as
pela USP do Baixo Mondego	65
Tabela 12 – Distribuição dos utentes abrangidos pela USP do ACeS Baixo Monde	go
por grupo etário e sexo. Obtido de https://bicsp.m	in-
saude.pt/pt/biufs/2/20020/2011383/Pages /default.aspx	66
Tabela 13 – Atividades, indicadores de avaliação e metas estabelecidas para o proje	eto
+Saber para +Proteger	75
Tabela 14 – Descrição das atividades do Kit Pedagógico que facilitam a avaliação	da
intervenção	77
Tabela 15 – Recursos necessários para a realização do projeto e justificação	78

Tabela 16 – Conhecimentos, atitudes e práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual da amostra de pais/encarregados de educação88	
Tabela 17 – Associação entre o nível educacional dos pais/encarregados de educação	
e os seus conhecimentos, atitudes e práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual calculada através do coeficiente de correlação de Spearman89	

SUMARIO

INTRODUÇÃO	19
1. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	23
1.1. DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO BAIXO VOUGA	23
1.1.1. Caracterização do Ambiente de Cuidados na USP do Baixo Vouga	23
1.1.2. Caracterização do modelo orgânico/funcional da USP do Baixo Vou	ı ga 30
1.1.3. Caracterização Global da Situação Social e de Saúde	33
1.2. DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CANTA	ANHEDE
	36
1.2.1. Caracterização do Ambiente de Cuidados na UCC de Cantanhede	36
1.2.2. Caracterização do Modelo Orgânico/Funcional da UCC de Cantanho	∍de 42
1.2.3. Caracterização Global da Situação Social e de Saúde	50
1.3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO BAIXO MONDEGO)51
1.3.1. Caracterização do Ambiente de Cuidados na USP do Baixo Mondeg	jo 51
1.3.2. Caracterização do modelo orgânico/funcional da USP do Baixo Moi	ndego59
1.3.3. Caracterização Global da Situação Social e de Saúde	65
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE PÚBLICA – +SABER PARA +PROTEGER: SENSIBILIZAR E CAPACITAR	
PREVENÇÃO DO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E JOVENS	69
2.1 IDENTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA DO PROBLEMA DE SAÚDE RECON COMO PRIORITÁRIO	
2.2. ÂMBITO DE INTERVENÇÃO/ POPULAÇÃO-ALVO	73
2.3. OBJETIVOS	73
2.4. HORIZONTE TEMPORAL	74
2.5. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO/ ATIVIDADES	74
2.6. CALENDARIZAÇÃO DAS ATIVIDADES	76

2.7. AVALIAÇÃO/INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO/CRITÉRIOS/METAS	77
2.8. EXECUÇÃO E SUSTENTABILIDADE DO PROJETO (RECURSOS HU	MANOS E
MATÉRIAS; PARCERIAS)	78
3. COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM	81
3.1. ENQUADRAMENTO	81
3.2. OBJETIVOS DO ESTUDO	84
3.3. METODOLOGIA	84
3.4. RESULTADOS	86
3.4.1. Tradução e adaptação do questionário de conhecimentos, a	ititudes e
práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens e co	
interna de cada uma das subescalas (objetivos 1 e 2)	
3.4.2. Resultados da amostra de pais/encarregados de educação (objeti	
3.4.3. Resultados da amostra de educadoras de infância (objetivos 5)	
3.5. DISCUSSÃO	91
3.5.1. Discussão da amostra de pais/encarregados de educação	91
3.5.2. Discussão da amostra de educadoras de infância	95
3.5.3. Limitações do estudo	97
3.6. CONCLUSÃO	97
4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: R CRÍTICA	
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	99
4.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	99
4.1.2. Melhoria contínua da qualidade	101
4.1.3. Gestão dos cuidados	103
4.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	104

4.2. COMPETENCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EN
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA106
4.2.1. Estabelecimento, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, da
avaliação do estado de saúde de uma comunidade106
4.2.2. Contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades
108
4.2.2. Integração na coordenação dos Drogramos do Caúdo do âmbito comunitário
4.2.3. Integração na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário
e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde
4.2.4. Realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito
geodemográfico110
CONCLUSÃO
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS117
ANEXOS
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da
Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APÊNDICES

(ESENFC)

APÊNDICE I – Folheto informativo para entrega aos pais

APÊNDICE II – Autorização para utilização do questionário de conhecimentos e atitudes sobre abuso sexual de crianças e jovens (Cascais, et al. 2020)

APÊNDICE III – Tentativas de contacto dos autores originais a solicitação autorização para a utilização do questionário de conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens (Chen & Chen, 2005)

APÊNDICE IV – Dados sociodemográficos dos pais/encarregados de educação (n = 139)

APÊNDICE V – Dados descritivos das respostas dos pais/encarregados de educação (n = 139) ao questionário de conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens (traduzido e adaptado de Chen & Chen, 2005).

APÊNDICE VI – Dados sociodemográficos, curriculares e profissionais das educadoras de infância (n = 11)

APÊNDICE VII – Dados descritivos das respostas das educadoras de infância ao questionário de conhecimentos e atitudes acerca do abuso sexual de crianças e jovens (n = 11)

APÊNDICE VIII – Cronograma de atividades da componente clínica na USP do ACeS Baixo Vouga – polo Anadia

APÊNDICE IX - Cronograma de atividades da componente clínica na UCC de Cantanhede

APÊNDICE X – Cronograma de atividades da componente clínica na USP do ACeS Baixo Mondego – sede Centro Saúde de Santa Clara

INTRODUÇÃO

No âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e enquadrado na unidade curricular Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório foi realizado um relatório da componente clínica do referido ciclo de estudo para a obtenção do grau de Mestre.

Esta componente clínica decorreu em duas unidades curriculares (Prática Clínica de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório) que correspondem aos 45 ECTS exigidos pela Ordem dos Enfermeiros para obtenção do título de Enfermeiro Especialista (Aviso n.º 6702/2021 de 13 de abril, 2021). Esta componente clínica, que decorreu no período de 26 de setembro de 2022 a 12 de maio de 2023, teve lugar em três contextos distintos: Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga – polo Anadia, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Cantanhede e USP do ACeS Baixo Mondego.

A unidade curricular Prática Clínica de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública propõe como objetivos de aprendizagem:

conhecer o modelo orgânico/funcional na área de intervenção da UCC e Unidade de Saúde Pública (USP); identificar os recursos da comunidade e a sua relação com os projetos/atividades da UCC e da USP; conceber, planear e implementar intervenções com vista à capacitação de grupos e comunidades, no âmbito dos programas nacionais de saúde e projetos comunitários; participar na monitorização do estado de saúde de grupos e/ou da comunidade e seus determinantes; caracterizar os problemas de saúde de grupos e/ou da comunidade, no âmbito da UCC ou da USP, identificados no contexto da prática da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública; desenvolver intervenções no âmbito da vigilância epidemiológica e resposta às Emergências em Saúde Pública (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2023a).

A unidade curricular Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório propõe como objetivos de aprendizagem:

participar na avaliação do estado de saúde de uma comunidade ou na avaliação de programas de âmbito populacional nos domínios da prevenção, promoção e

proteção da saúde; participar na conceção e implementação de Programas e Projetos de Saúde de âmbito comunitário; promover e dinamizar processos de capacitação de pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis da comunidade; elaborar relatório referente a um problema de saúde diagnosticado no contexto da prática da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2023b).

Como se pode compreender pela definição dos objetivos de aprendizagem, estava previsto que a Unidade Curricular Prática Clínica de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública antecedesse a Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório. Contudo, devido a motivos pessoais que obrigaram à interrupção da Prática Clínica, tal não ocorreu. Apesar disso, com os devidos ajustes, as atividades em contexto clínico foram, no seu global, planeadas para permitir alcançar os objetivos propostos para ambas as unidades curriculares, como se pode verificar no presente relatório.

Neste trabalho apresento não apenas uma descrição dos contextos de ensino clínico, mas também uma reflexão crítica do processo de aprendizagem à luz das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Adicionalmente, apresento o trabalho desenvolvido ao nível da elaboração de um projeto de intervenção comunitário e de um projeto de investigação primária.

Assim, este trabalho, elaborado de acordo com as Normas de Elaboração e Apresentação da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório Final de Estágio (Apêndice II do Regulamento n.º 42/2020 de 16 de janeiro) e do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016), está organizado em quatro capítulos.

No capítulo 1 apresento a descrição dos contextos onde foi realizada a componente clínica do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Para tal, este capítulo encontra-se dividido em três subpartes, cada uma correspondendo a um contexto diferente (USP do ACeS Baixo Vouga, UCC de Cantanhede e USP do ACeS Baixo Mondego). Para cada contexto estão apresentadas a caracterização do ambiente de cuidados, a caracterização do

modelo orgânico/funcional e a caracterização global da situação social e de saúde da população.

No capítulo 2 descrevo o projeto de intervenção em contexto comunitário e de saúde pública, apelidado +Saber para +Proteger: Sensibilizar e Capacitar para a Prevenção do Abuso Sexual de Crianças e Jovens, projeto este desenvolvido para contribuir para a redução de casos de abuso sexual de crianças e jovens, através da sensibilização e capacitação de crianças em idade pré-escolar e seus pais/encarregados de educação.

No capítulo 3 reporto a componente de investigação em enfermagem realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, um estudo transversal, de carácter descritivo e correlacional para identificar os conhecimentos e atitudes dos encarregados de educação e educadores de infância das crianças em idade pré-escolar acerca da prevenção do abuso sexual. Ressalvo que este estudo encontra-se inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, podendo ser consultado em https://web.esenfc.pt/public/index.php?module

<u>=ui&target=outreach-projects&tipo=UI&id_projecto=1059&id_linha_investigacao=1&dado_pedido=Descricao</u>. Informo, ainda, que este capítulo irá ser, posteriormente, preparado para submissão a revista científica.

No capítulo 4 apresento a reflexão crítica das atividades desenvolvidas e competências adquiridas durante toda a componente clínica do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, tendo em consideração as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Finalmente, apresento a conclusão do trabalho que engloba uma análise final reflexiva e crítica não só do desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do período em contexto clínico de aprendizagem, mas também da componente de investigação realizada, nomeadamente com a apresentação de recomendações para a prática e para a investigação.

1. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

No âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, realizei estágio na USP do ACeS Baixo Vouga (Pólo Anadia) de 26 setembro de 2022 a 2 de dezembro de 2022, na UCC de Cantanhede de 5 de dezembro de 2022 a 31 de março de 2023 e na USP do ACeS Baixo Mondego (sede Centro Saúde de Santa Clara) de 11 de abril de 2023 a 12 de maio de 2023, pelo que apresento neste capítulo a descrição sumária dos referidos locais de ensino clínico.

1.1. DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO BAIXO VOUGA

Neste subcapítulo apresento a descrição da USP do Baixo Vouga em três partes: caracterização do ambiente de cuidados; caracterização do modelo orgânico /funcional; e caracterização global da situação social e de saúde da comunidade abrangida pela referida USP.

1.1.1. Caracterização do Ambiente de Cuidados na USP do Baixo Vouga

De acordo com o seu organograma (Figura 1), o ACeS do Baixo Vouga, pertencente à Administração Regional de Saúde (ARS) Centro, integra 11 centros de saúde com 52 unidades funcionais, das quais 16 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 23 Unidades de Saúde Familiar (USF), 11 UCC, uma USP e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP; Matos et al., 2019).

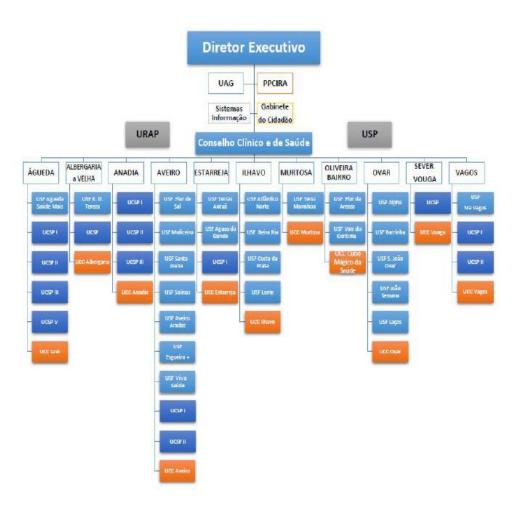


Figura 1. Organograma do ACeS do Baixo Vouga. Obtida de Manual de Acolhimento dos Internos/Alunos da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga de Matos et al. (2019).

A USP do ACeS Baixo Vouga iniciou a sua atividade a 30 de novembro de 2012. Apesar da sua sede ser na Av. Dr. Lourenço Peixinho, 42, 4º 3804-502 Aveiro, esta USP desenvolve a sua atividade através dos 11 serviços locais (Equipas da Unidade Local de Saúde Pública) existentes em cada um dos concelhos abrangidos pelo ACeS Baixo Vouga: Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos (Figura 2; Serviço Nacional de Saúde, 2023a; USP do ACeS Baixo Vouga, 2022).



Figura 2. Mapa dos concelhos abrangidos pelo ACeS do Baixo Vouga. Obtida de https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2021/04/PeLS2018_A23_BV.pdf.

De acordo com o seu Regulamento Interno (USP do ACeS Baixo Vouga, 2022), a USP do ACES Baixo Vouga apresenta como missão "obtenção de ganhos em saúde da sua população, desenvolvendo uma dinâmica promotora de saúde, em parceria com os parceiros intra e extrassetoriais da comunidade, contribuindo para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga." (p. 5). A sua visão é

ser reconhecida como uma unidade de referência na área da saúde junto da população em que se insere, assumindo-se como parceiro junto dos agentes da comunidade e de outras entidades dentro e fora do sector da saúde. Pretende ser promotora da saúde da sua população, da sua melhoria contínua, garantindo ainda, de forma célere e efetiva, a proteção da saúde, sempre que esta esteja em causa (USP do ACeS Baixo Vouga, 2022, p. 5).

De forma a alcançar a sua visão e cumprir a sua missão, no seu Regulamento Interno a USP do ACES Baixo Vouga definiu como valores: cidadania, qualidade, excelência, inovação e desenvolvimento, multidisciplinaridade, colaboração, diferenciação, intercooperação, equidade e acesso, políticas saudáveis e responsabilidade social (USP do ACeS Baixo Vouga, 2022, p. 5).

Tendo em conta o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro, e as orientações da Organização Mundial da Saúde (2012), a USP do ACeS Baixo Vouga tem as seguintes competências:

- Vigiar a saúde e bem-estar dos cidadãos, nomeadamente através da colheita de dados para a realização de estatísticas; estabelecimento de medidas de acompanhamento de doenças comunicáveis e não comunicáveis, bem como nas áreas de saúde mental, saúde materna e infantil, saúde ocupacional e ambiente; e realização de inquéritos e/ou outras formas para acompanhamento de estilos de vida e padrões de comportamento.
- Monitorizar e responder a situações de risco/emergência em saúde pública.
- Garantir a proteção da saúde ao nível ambiental, climático, ocupacional, alimentar, entre outros definidos no Plano Nacional de Saúde em vigor.
- Promover a saúde, intervindo ao nível dos determinantes sociais.
- Prevenir a doença, através da eliminação da exposição a agentes nocivos para a saúde, da manutenção de uma cobertura vacinal adequada, da modelação de comportamentos e participação em programas de deteção precoce.
- Contribuir para o planeamento de ações e atividades para a manutenção da saúde da população.
- Manter a formação e certificação dos recursos humanos da saúde pública.
- Promover uma gestão sustentável dos recursos existentes.
- Sensibilizar as pessoas para as responsabilidades individuais e coletivas para com a saúde pública.
- Produzir investigação em saúde pública (USP do ACeS Baixo Vouga, 2022).

Tal como estipulado no Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, para conseguir cumprir a sua missão, a USP do ACeS Baixo Vouga é autónoma em termos organizativos e técnicos, porém articula-se não somente com o Departamento de Saúde Pública e outros departamentos e serviços da ARS Centro, I.P ao nível técnico e funcional, mas também com as outras unidades funcionais do ACeS Baixo Vouga e outras organizações/instituições relevantes para a saúde da comunidade (USP do ACeS Baixo Vouga, 2022).

A USP do ACeS Baixo Vouga abrange toda a população residente nos 11 concelhos abrangidos pelo ACeS Baixo Vouga. O serviço local existente em Anadia (local onde decorreu a prática clínica) abrange toda a população residente no concelho de Anadia, que incluía no ano de 2021 um total de 27 532 residentes (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a). O concelho de Anadia tem uma densidade populacional de 127,1 hab/km² (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a) e abrange uma área de cerca de 216,6 km², integrando 10 freguesias (Figura 3): União das Freguesias de Amoreira da Gândara, Paredes do Bairro e Ancas, União das Freguesias de Arcos e Mogofores, Freguesia de Avelãs de Caminho, Freguesia de Avelãs de Cima, Freguesia de Moita, Freguesia de Sangalhos, Freguesia de São Lourenço do Bairro, União das Freguesias de Tamengos, Aguim e Óis do Bairro, Freguesia de Vila Nova de Monsarros e Freguesia de Vilarinho do Bairro (Câmara Municipal de Anadia, n.d.a).



Figura 3. Mapa do Concelho de Anadia. Obtido de https://www.cm-anadia.pt/pages/525.

No concelho de Anadia, existem diferentes recursos da comunidade que servem a população, nomeadamente recursos de saúde, recursos sociais, recursos de educação e recursos recreativos/culturais que apresento na Tabela 1.

Tabela 1.

Recursos da Comunidade do Concelho de Anadi:

Recursos da Comunidade do Concelho de Anadia

Tipo de Recurso

Recursos de

Três UCSP

Saúde

- Uma UCC
- Um hospital geral privado (INE, 2023).
- Uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Convalescença e uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), esta última sediada na UCC (Administração Central do Sistema de Saúde, 2023)

Identificação

- 13 farmácias e postos farmacêuticos móveis no ano de 2021 (INE, 2023).
- Em 2021, existiam 4,4 enfermeiros e 3,5 médicos por cada 1000 habitantes em Anadia (INE, 2023).

Recursos Sociais

18 instituições de Solidariedade Social no concelho de Anadia para prestar apoio na área da infância, da terceira idade, da pobreza e exclusão social, e da deficiência (Direção-Geral da Segurança Social, 2023).

Existem no Concelho de Anadia, 10 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) com uma capacidade total de 460 vagas e com um total de utentes de 425 utentes (Gabinete de Estratégia e Planeamento, n.d.).

A Câmara Municipal de Anadia tem disponíveis um conjunto de **Programas de apoio** ao nível da ação social (Câmara Municipal de Anadia, n.d.b), nomeadamente:

- Fundo social;
- Comparticipação de despesas com medicamentos;
- Melhoria habitacional;
- Apoio ao arrendamento urbano para fim habitacional;
- Atribuição de bolsas de estudo a estudantes do ensino superior;

- Benefício à natalidade "Nascer Anadiense";
- Programa Alimentar de Ajuda às Pessoas Mais Carenciadas (POAPMC);
- Cantina social;
- Loja Social Salpicos de Carinho;
- Banco local de voluntariado;
- Rede social de Anadia.

Recursos de Educação

No concelho de Anadia existiam, em 2021, no setor público, 10 estabelecimentos de ensino pré-escolar, 12 do 1º Ciclo, dois do 2º Ciclo, um do 3º Ciclo e um do Ensino Secundário (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022). Estes estabelecimentos de ensino estão organizados num Agrupamento de Escolas (Instituto de Gestão Financeira da Educação, 2023):

 Agrupamento de Escolas de Anadia com 21 escolas, das quais oito de Pré-escolar; quatro do pré-escolar e 1º ciclo; sete do 1º ciclo; uma do 1º, 2º e 3º ciclo; e uma do 2º e 3º ciclo, secundário e profissional.

Adicionalmente, em 2021, existiam estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário privado, nomeadamente 10 de educação pré-escolar, dois de 1º Ciclo, dois de 2º Ciclo, dois de 3º Ciclo e três de Ensino Secundário (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

Recursos de caracter cultural e recreativo

De acordo com o website da Câmara Municipal de Anadia (n.d.c) há mais de 40 associações de caracter cultural e recreativo no concelho.

Existe, ainda, uma Biblioteca Municipal que tem diversas iniciativas, como por exemplo, a Rede de Bibliotecas de Anadia, Exposições, Hora do livro, etc (Biblioteca Municipal de Anadia, n.d.) e sete equipamentos culturais municipais (Câmara Municipal de Anadia, n.d.d).

1.1.2. Caracterização do modelo orgânico/funcional da USP do Baixo Vouga

A USP do ACeS Baixo Vouga possui um conjunto de recursos físicos, materiais e humanos. O polo de Anadia, situado no Centro de Saúde de Anadia, utiliza quatro gabinetes (um para médico, um para enfermagem, um para técnico de saúde ambiental e um para administrativo). Adicionalmente o polo Anadia da USP utiliza, também, os seguintes espaços comuns: sala de reuniões (sujeita a agendamento prévio); copa e instalações sanitárias.

No que diz respeito a recursos humanos, em todos os concelhos abrangidos pela USP do ACeS Baixo Vouga têm uma Equipa da Unidade Local de Saúde Pública composta por, no mínimo, "um médico de saúde pública, um enfermeiro especialista em saúde pública ou saúde comunitária e um técnico de saúde ambiental, tendo o apoio de um assistente técnico e um assistente operacional." (Matos et al., 2019, p. 8). Nesta USP os grupos profissionais são representados por um interlocutor junto do coordenador da USP, sendo que o grupo dos médicos com o grau de especialista em saúde pública é representado pelo próprio coordenador. Adicionalmente, é preconizado que existe um interlocutor da USP em cada centro de Saúde do ACeS.

A USP do ACeS Baixo Vouga tem um conjunto de instrumentos: Regulamento Interno, Manual de Acolhimento, Plano de Ação, e Relatórios de atividades.

As atividades e programas da USP do Baixo Vouga agrupam-se em três áreas funcionais: planeamento e gestão em saúde, a vigilância e investigação epidemiológica, e a prevenção da doença e a promoção e proteção da saúde, conforme descritas na tabela 2. Adicionalmente, a referida USP desenvolve atividades de formação, interna e externa, e os seus médicos especialistas em saúde pública desempenham funções de Autoridade de Saúde (USP do ACeS Baixo Vouga, 2022). Na USP existe um grupo coordenador, constituído por pelo menos dois profissionais da USP, para cada programa/projeto. Este grupo assume a responsabilidade "pela coordenação do desenvolvimento do programa ou projeto, pelo controlo da sua execução e resultado na área geográfica do ACES, e que responde perante o coordenador da USP" (Matos et al., 2019, p. 8).

Tabela 2.

Atividades e programas da USP do ACeS Baixo Vouga

Área Funcional	Programas e Projetos			
Planeamento e gestão em saúde	Observatório Local de SaúdeInvestigação			
Vigilância e investigação epidemiológica	 Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis de notificação obrigatória Programa nacional de vacinação Sanidade marítima internacional – Porto de Aveiro Vigilância sanitária de água para consumo humano, de piscinas, de estabelecimentos termais, de oficinas de engarrafamento, de zonas balneares, e de estabelecimentos de ação social Programa de gestão de resíduos hospitalares Rede Nacional de Vigilância de Vetores (REVIVE) Plano de Saúde Sazonal - Módulo Verão e Módulo Inverno Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental da Legionella Programa de segurança alimentar em cantinas 			
Prevenção da	Saúde escolar			
doença e promoção e proteção da saúde	 Programa nacional de promoção de saúde oral Programa nacional de prevenção de acidentes Programa MINOR.SAL Projeto "SOPA.COME" Programa MINOR.SAL Projeto "PÃO.COME" Consulta de cessação tabágica Programa "Diz não a uma seringa em segunda mão" Consulta de tuberculose – Centro de Diagnóstico Pneumológico Rede social Rendimento social de inserção Comissão de proteção de crianças e jovens Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco 			
Autoridade de Saúde	Exercida por médicos de saúde pública.			
Formação	Formação interna e externa. O plano de formação interna é contruído tendo por base as necessidades dos profissionais da USP.			

As atividades da USP são planeadas e realizadas tendo em conta as necessidades da comunidade e as dimensões contratualizadas.

Na figura 4, apresento o Índice de Desempenho Global (IDG) da USP do ACeS Baixo Vouga referente ao ano contratual de 2022. Em dezembro de 2022, verificamos que o IDG era de 66,5, sendo que ao longo do referido ano foi flutuando entre 0 e 66,5 (Serviço Nacional de Saúde, 2023a).

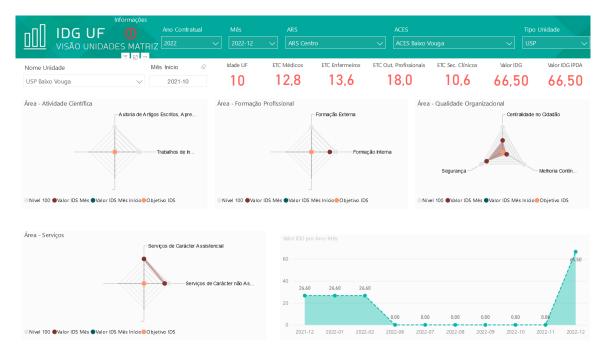


Figura 4. Índice de Desempenho Global (IDG) da USP do ACeS Baixo Vouga referente ao ano contratual de 2022. Obtido de https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx.

Analisando o último plano de ação disponível na USP do ACeS Baixo Vouga (referente ao ano de 2021), verificámos a identificação dos seguintes sete problemas: Efeitos adversos para a saúde associadas à utilização de piscinas, COVID-19, acessibilidade da população e parceiros comunitários à USP, Doenças de Notificação Obrigatória (DNO), Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, Iliteracia em Saúde e Gripe Sazonal (USP do ACeS Baixo Vouga, 2021).

Apesar da não existência de indicadores de desempenho para as USP, à data de dezembro de 2022, verificámos os scores para as dimensões contratualizadas para 2022 que sucintamente apresento na tabela 3.

Tabela 3.

Valores alcançados em dezembro de 2022 nas dimensões contratualizadas pela USP do Baixo Vouga

Dimensões	Valor Obtido (pontos)	Valor mínimo e máximo possível (pontos)
Score dimensão "serviços de caráter assistencial"	2	0 e 2
Score dimensão "serviços não assistenciais de governação clínica do ACES"	1,69	0 e 2
Score dimensão "melhoria contínua da qualidade de acesso"	0	0 e 2
Índice de Desempenho Setorial da dimensão "melhoria continua da qualidade e Processos Assistenciais Integrados"	0,50	0 e 2
Score dimensão "formação equipa multiprofissional"	1	0 e 2
Score dimensão "formação internos e alunos"	2	0 e 2
Score dimensão "segurança de utentes"	1,51	0 e 2
Score dimensão "participação do cidadão"	0,94	0 e 2

Os valores alcançados nas dimensões contratualizadas mostram a necessidade de intervenção em algumas áreas, nomeadamente ao nível das dimensões serviços não assistenciais de governação clínica do ACeS, melhoria contínua da qualidade de acesso, melhoria continua da qualidade e Processos Assistenciais Integrados, segurança de utentes e participação do cidadão.

1.1.3. Caracterização Global da Situação Social e de Saúde

Em abril de 2023, de acordo com a base de dados do Registo Nacional de Utentes (RNU), a USP do ACeS Baixo Vouga abrangia 405 045 utentes, utentes estes inscritos nas USFs e UCSPs do ACeS Baixo Vouga.

Dos utentes abrangidos pela USP do ACeS Baixo Vouga, 210 550 são do sexo feminino e 194 495 do sexo masculino. Como se pode consultar na tabela 4, a maioria dos utentes abrangidos tem entre 20 e 64 anos (n= 241 025), sendo que nestes, predomina o sexo feminino (n = 123 448). A população com 19 anos ou menos (n = 69 133 utentes)

representa pouco mais de metade do número de utentes com idade igual ou superior a 65 anos (n = 120 853 utentes; Serviço Nacional de Saúde, 2023a).

Tabela 4.

Distribuição dos utentes abrangidos pela USP do ACeS Baixo Vouga por grupo etário e sexo. Obtido de https://biufs/2/20019/2010183/Pages/default_aspx

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
0 – 19 Anos	35 423	33 710	69 133
20 - 64 Anos	117 577	123 448	241 025
65 - 74 Anos	22 261	25 966	48 227
≥ 75 Anos	19 234	53 392	72 626

Para uma consulta mais detalhada da distribuição dos utentes abrangidos pela USP por grupo etário e sexo, apresentamos na figura 5 a pirâmide etária (Serviço Nacional de Saúde, 2023a).



Figura 5. Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela USP do ACeS Baixo Vouga. Obtida de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010183/Pages/default.aspx.

O índice de dependência total dos utentes abrangidos pela USP do ACeS Baixo Vouga é de 55,68%, ou seja, em cada 100 utentes abrangidos, 55 são utentes com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos ou com idade igual ou superior a 65 anos.

Especificamente, o índice de dependência de jovens é de 19,21% e o índice de dependência de idosos é de 36,47% (Serviço Nacional de Saúde, 2023a).

Se analisarmos agora dados referentes ao concelho de Anadia, verificamos que em 2021, de acordo com dados do INE, a densidade populacional era de 127,1 indivíduos por Km². De acordo com os dados provenientes dos últimos Censos, em 2021 existiam 27 782 indivíduos em Anadia, dos quais 16 590 tinham idade entre os 15 e os 64 anos (população em idade ativa), 8 168 tinham idade igual ou superior a 65 anos, e 3 025 tinham idade igual ou inferior a 14 anos. O índice de envelhecimento era de 273,96 ou seja, existiam 274 pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 jovens (14 anos ou menos; Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a; INE, 2023). Este índice de envelhecimento é bem superior ao de Portugal que se situa nos 182,1 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a), e espera-se que possa aumentar considerando as baixas taxas brutas de natalidade (5,7% em 2021; INE, 2023).

De acordo com o Perfil Local de Saúde 2021 do ACeS Baixo Vouga, no período 2018-2020, a esperança de vida à nascença era de 73,3 anos para os homens e 79,3 anos para as mulheres no ACeS Baixo Vouga. Estes valores são semelhantes aos encontrados na ARS Centro (73,1 anos para os homens e 80,1 anos para as mulheres) e em Portugal Continental (72,2 anos para os homens e 79,4 anos para as mulheres; Neto et al., 2021a).

No mesmo período (2018-2020), a taxa de mortalidade infantil era de 2,4‰ no ACeS Baixo Vouga. Este valor era semelhante ao encontrado ao nível da ARS Centro, que era de 2,5‰, e inferior ao de Portugal Continental (3,0‰; Neto et al., 2021a).

Tendo por base estatísticas territoriais do INE (2023), em Anadia morreram, em 2021, 74 pessoas, sendo que a taxa bruta de mortalidade era de 14,3‰. No mesmo ano, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório era de 4,2‰ e por tumores malignos era de 2,7‰ (INE, 2023).

Em 2020, em Anadia, as principais causas de morte eram as doenças do aparelho circulatório (29,9% das mortes – valor ligeiramente superior ao de Portugal Continental de 27,9% e ao da região de Aveiro de 28,7%) e os tumores malignos (17,9% das mortes – valor inferior ao de Portugal Continental de 22,8%, mas superior ao da região de Aveiro de 23,3%). As doenças do aparelho respiratório e as doenças do aparelho digestivo representavam 11,3% e 3,8% das mortes, respetivamente, no município de Anadia em

2020, seguindo-se as causas de morte por diabetes (3,3% - valor ligeiramente superior aos 3,1% da região de Aveiro e valor igual ao de Portugal Continental) e por suicídio (1,5% - valor superior ao encontrado na região de Aveiro de 0,8% e de Portugal Continental que é de 0,7%) (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

No que se refere à educação, de acordo com o Perfil Local de Saúde de 2021 do ACeS Baixo Vouga (Neto et al., 2021a), verificamos que em 2011, em Anadia, a taxa de abandono escolar era de 1,3%, valor igual ao encontrado no ACeS Baixo Vouga e na ARS Centro (1,3%), mas ligeiramente abaixo do encontrado em Portugal Continental (1,5%) e a taxa de analfabetismo era de 5,9%, valor superior a encontrado no ACeS Baixo Vouga (4,2%) e em Portugal Continental (5,2%), mas inferior ao encontrado na ARS Centro (6,5%). Em 2021, no Concelho de Anadia, existiam 989 pessoas analfabetas com 10 e mais anos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a).

1.2. DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CANTANHEDE

Neste subcapítulo apresento a descrição da UCC de Cantanhede em três partes: caracterização do ambiente de cuidados; caracterização do modelo orgânico /funcional; e caracterização global da situação social e de saúde da comunidade de Cantanhede.

1.2.1. Caracterização do Ambiente de Cuidados na UCC de Cantanhede

A UCC de Cantanhede iniciou a sua atividade a 6 de outubro de 2014, localizando-se na Av. 25 de Abril, nº 44 3060-123, Cantanhede. É uma unidade funcional do Centro de Saúde de Cantanhede, sendo que pertence ao ACeS Baixo Mondego e, consequentemente, à ARS do Centro (Serviço Nacional de Saúde, 2023b).

Para além da UCC de Cantanhede, o Centro de Saúde de Cantanhede acolhe quatro USF (Marquês de Marialva, Gândras, Salusvida e Progresso & Saúde), uma UCSP, a URAP, e a USP – polo de Cantanhede. Neste centro de saúde está, ainda, sedeada a Equipa Coordenadora Local (ECL) Litoral da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Maia, 2023; UCC de Cantanhede, 2019).

A UCC de Cantanhede funciona nos dias úteis entre as 8 horas e as 20 horas e aos Sábados, Domingos e feriados entre as 9 horas e as 17 horas. Durante os dias úteis, decorrem: as atividades programadas, para o cumprimento dos programas da carteira básica da UCC; os atendimentos do próprio dia, sempre que se fundamentem; e os atendimentos programados. Aos sábados, domingos e feriados são realizados os 36

trabalhos programados na comunidade e as visitas domiciliárias agendadas no contexto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (Maia, 2023).

De acordo com o seu Regulamento Interno (UCC de Cantanhede, 2019), a UCC de Cantanhede "presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, dependência física funcional ou de doença, que requeiram acompanhamento próximo" (p. 6). Deste modo, e de acordo com o artigo 3º do Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril, tem como finalidade contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica onde intervém, de forma a obter ganhos em saúde, contribuindo assim para o cumprimento da missão do ACeS Baixo Mondego, ao qual pertence.

Tal como estipulado pelo artigo 2º do Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril, que apresenta a definição e âmbito de intervenção das UCC, a UCC de Cantanhede é autónoma em termos organizativos e técnicos, mas articula-se com as outras unidades funcionais do ACeS Baixo Mondego e com outras organizações/instituições para conseguir cumprir a sua missão (UCC de Cantanhede, 2019).

De acordo com o seu Regulamento Interno (UCC de Cantanhede, 2019), a UCC de Cantanhede apresenta como missão

a prestação de cuidados de saúde à população residente no concelho de Cantanhede, de acordo com as suas necessidades e com as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde. Intervém, ainda, na educação e promoção da saúde, na prevenção da doença, na criação de parcerias com outras instituições e de redes de apoio a grupos mais vulneráveis. A UCC promove a formação técnica e científica dos seus profissionais que se pretendem motivados e satisfeitos (p. 9)

A sua visão é "ser uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de referência na área dos cuidados de proximidade, disponível e eficiente nas respostas às necessidades da população, prestando cuidados de saúde de excelência" (UCC de Cantanhede, 2019, p. 9).

De forma a alcançar a sua visão e cumprir a sua missão, no seu Regulamento Interno (UCC de Cantanhede, 2019) a UCC de Cantanhede definiu como valores:

- Respeito pela individualidade de cada utente (crenças, etnia, idade, sexo, etc) e
 garantir o respeito pelos direitos fundamentais durante a prestação de cuidados de
 saúde, preservando a dignidade e integridade humana;
- Salvaguarda dos direitos dos utentes e promoção da sua autonomia, por se reconhecer que é da responsabilidade de cada um a saúde individual e o projeto de saúde:
- Planeamento dos serviços, considerando as necessidades dos utentes e os recursos disponíveis, para garantir a melhor qualidade de vida aos utentes e não esquecendo os objetivos definidos no plano de ação;
- Continuidade dos cuidados, incluindo reencaminhamento dos utentes para outros profissionais de saúde quando a necessidade de atuação ultrapasse as competências dos profissionais da UCC de Cantanhede;
- Cooperação e articulação com restantes unidades funcionais do ACeS Baixo Mondego para assegurar a continuidade dos cuidados e para informar a população abrangida sobre as valências de saúde existentes;
- Promoção da solidariedade e do trabalho em equipa não apenas entre os diferentes profissionais de saúde, mas também entre as diferentes instituições existentes na comunidade local.

A UCC de Cantanhede abrange toda a população residente no Concelho de Cantanhede, que incluía no ano de 2021 um total de 34 212 residentes (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a). O concelho de Cantanhede tem uma densidade populacional de 88 hab/km² (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023b) e abrange uma área de cerca de 400 km² (Câmara Municipal de Cantanhede, 2020a), integrando, conforme Figura 6, 14 freguesias: Tocha, Sanguinheira, Cadima, União das Freguesias Portunhos e Outil, Ançã, Murtede, União das Freguesias Sepins e Bolho, Ourentã, Cordinhã, União de Freguesias de Cantanhede e Pocariça, União das Freguesias Covões e Camarneira, Febres, São Caetano, e União das Freguesias Vilamar e Corticeiro (Maia, 2023; UCC de Cantanhede, 2019).



Figura 6. Mapa do Concelho de Cantanhede. Obtido de https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/pagina/807/Juntas-de-Freguesia.

No concelho de Cantanhede, existem diferentes recursos da comunidade que servem a população, nomeadamente recursos de saúde, recursos sociais, recursos de educação e recursos recreativos/culturais que apresento na Tabela 5.

Identificação

Tabela 5.

Recursos da Comunidade do Concelho de Cantanhede

Tipo de

Recurso			
Recursos de	• Quatro USF (USF "As Gândras"; USF Marquês de Marialva;		
Saúde	USF Progresso e Saúde – Tocha; USF SalusVida),		
	• 1 UCSP		
	• 1 UCC		
	• 2 hospitais (Hospital Arcebispo João Crisóstomo e Centro de		
	Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais)		
	• 4 Unidades de Cuidados Continuados Integrados (Santa Casa		
	da Misericórdia de Cantanhede, Vivenda São Francisco,		

Unidade de Convalescença do Hospital Arcebispo João Crisóstomo, UCCI Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais)

- 1 Unidade de Cuidados Paliativos (Hospital Arcebispo João Crisóstomo)
- 16 farmácias e postos farmacêuticos móveis no ano de 2020 (Instituto Nacional de Estatística – INE, 2023)
- Em 2021, existiam 7,8 enfermeiros e 3,6 médicos por cada 1000 habitantes em Cantanhede (INE, 2023).

Recursos Sociais

De acordo com o website da Câmara Municipal de Cantanhede (n.d.a), há mais de 20 instituições de Solidariedade Social no concelho de Cantanhede para prestar apoio na área da infância, da terceira idade, da pobreza e exclusão social, e da deficiência.

Existem no Concelho de Cantanhede, 11 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) com uma capacidade total de 512 vagas e com um total de 485 utentes (Gabinete de Estratégia e Planeamento, n.d.).

Adicionalmente, a Câmara Municipal de Cantanhede dispõe de **programas de apoio** ao nível da ação social, saúde e habitação; do incentivo à natalidade; dos medicamentos; e alimentar (Câmara Municipal de Cantanhede, 2021a).

Dispõe, ainda, de uma **Rede Social** para melhor racionalizar a intervenção social naquilo que é a aplicação de medidas e programas para o combate à pobreza e à exclusão social e para a promoção do desenvolvimento social (Câmara Municipal de Cantanhede, 2020b).

Para além disso, existe o **Banco de Recursos Colmeia** que disponibiliza diversos artigos, doados pela comunidade local, designadamente géneros alimentares não perecíveis; produtos de higiene e limpeza; têxteis e vestuário; acessórios e calçado; equipamentos domésticos; eletrodomésticos; mobiliário;

brinquedos; material didático; materiais de construção; entre outros (Câmara Municipal de Cantanhede, 2021b).

Também no Centro de Saúde de Cantanhede existe um Banco de recursos técnicos (por exemplo, para empréstimo de camas articuladas) que é gerido pela assistente social do Centro de Saúde após referenciação por profissional de saúde.

Recursos de Educação

No concelho de Cantanhede existiam, em 2021, no setor público, 14 estabelecimentos de ensino pré-escolar, 18 do 1º Ciclo, três do 2º Ciclo, quatro do 3º Ciclo e dois do Ensino Secundário (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a). Estes estabelecimentos de Ensino estão organizados em três Agrupamentos de Escolas (Instituto de Gestão Financeira da Educação, 2023), a saber:

- Agrupamento de Escolas Marquês de Marialva, Cantanhede com 13 escolas, das quais quatro de Préescolar, quatro do 1º Ciclo, quatro do Pré-escolar e 1º Ciclo e uma do 2º e 3º Ciclo;
- Agrupamento de Escolas Gândara-Mar, Tocha, Cantanhede com cinco escolas das quais de uma do Préescolar, duas do 1º Ciclo, uma do Pré-escolar e 1º Ciclo e uma do 1º, 2º e 3º Ciclo e Secundário;
- Agrupamento de Escolas Lima-de-Faria, Cantanhede com nove escolas das quais de uma do Pré-escolar, três do 1º Ciclo, três do Pré-escolar e 1º Ciclo, uma do 2º e 3º Ciclo e uma do 3º Ciclo e Secundário.

Adicionalmente, em 2021, existiam estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário privado, nomeadamente nove de educação pré-escolar, um de 1º Ciclo, um de 2º Ciclo, dois de 3º Ciclo e um de Ensino Secundário (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a).

Recursos de caracter cultural e recreativo

De acordo com o website da Câmara Municipal de Cantanhede (n.d.b) há mais de 100 associações de caracter cultural e recreativo no concelho de Cantanhede.

Existe, ainda, uma Biblioteca Municipal que tem diversas iniciativas, como por exemplo, Biblioteca Itinerante, Biblioteca de Praia, Biblioteca no Hospital, e Levamos a Biblioteca perto de si (Câmara Municipal de Cantanhede, 2020c) e nove museus (Câmara Municipal de Cantanhede, 2022).

1.2.2. Caracterização do Modelo Orgânico/Funcional da UCC de Cantanhede

Ao dia 16 de março de 2023, de acordo com a base de dados do RNU, a UCC de Cantanhede abrangia 36 331 utentes, utentes estes inscritos nas USFs e UCSP do Centro de Saúde de Cantanhede. A Freguesia com maior número de utentes inscritos é a União de Freguesias de Cantanhede e Pocariça com 26,69%, seguindo-se a Tocha com 10,70%. A freguesia com menor número de inscritos é São Caetano com 2,19%, seguindo-se a Cordinhã com 2,98% (Serviço Nacional de Saúde, 2023b).

Dos utentes abrangidos pela UCC de Cantanhede, 19 023 são do sexo feminino e 17 308 do sexo masculino. A maioria dos utentes abrangidos pela UCC tem entre 7 e 64 anos (n= 23 513), sendo que nestes, predomina o sexo feminino (n = 11 861), apesar de a diferença não ser muito significativa. A população com 6 anos ou menos representa um número bastante reduzido, com apenas 1760 utentes (Tabela 6), quando comparada com a população com 65 ou mais anos, que inclui 5 147 utentes com idades entre os 65 e 74 anos e 5 911 com 75 ou mais anos (Serviço Nacional de Saúde, 2023b).

Tabela 6.

Distribuição dos utentes abrangidos pela UCC de Cantanhede por grupo etário e sexo.

Obtido de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2060651/Pages/default.aspx

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
≤ 6 Anos	893	867	1 760
07 - 64 Anos	11 652	11 861	23 513
65 - 74 Anos	2 410	2 737	5 147
≥ 75 Anos	2 353	3 558	5 911

Se analisarmos a pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC de Cantanhede, somando os vários grupos etários dos bebés, crianças e adolescentes (0 anos aos 19 anos) verificamos que existem 5507 utentes (2864 do sexo masculino e 2643 do sexo feminino), cerca de metade do número de utentes com idade igual ou superior a 65 anos (n = 10 962 utentes, dos quais 4705 do sexo masculino e 6257 do sexo feminino). Para uma consulta mais detalhada, apresentamos na figura 7 a pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC de Cantanhede (Serviço Nacional de Saúde, 2023b).



Figura 7. Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC de Cantanhede. Obtido de https://biufs/2/20020/2060651/Pages/default.aspx.

Para responder às necessidades da população abrangida, a UCC de Cantanhede possui um conjunto de recursos físicos, materiais e humanos. Relativamente aos recursos físicos, a UCC de Cantanhede está sedeada no módulo IV do Centro de Saúde de Cantanhede no qual tem ao seu inteiro dispor dois gabinetes para profissionais situados no 1º piso (módulo IV) e uma sala para arrecadação de material no rés-do-chão. Adicionalmente, dispõe de algumas instalações que são compartilhadas com outras unidades funcionais do centro da saúde, a saber: sala de reuniões no 1º piso (módulo VI); WC funcionários no 1º piso (módulo IV); sala de contaminados no rés-do-chão; copa/bar no 1º piso (módulo IV); e vestiários no 1º piso (módulo VI) (Maia, 2023).

No que diz respeito a recursos humanos, a UCC de Cantanhede apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por sete enfermeiras a tempo inteiro (incluído a coordenadora da UCC), duas enfermeiras a tempo parcial, uma assistente técnica a tempo parcial, uma assistente social a tempo parcial, uma nutricionista a tempo parcial, uma fisioterapeuta a tempo parcial (Maia, 2023), e uma psicóloga a tempo parcial.

Em termos de gestão, a UCC de Cantanhede tem um conjunto de instrumentos, nomeadamente: Regulamento Interno, Carta de Qualidade, Manual de Articulação com o ACeS Baixo Mondego, Plano de Atividades, Manuais de Procedimentos, Carta de Compromisso, Protocolos de Cooperação com parceiros comunitários, e Registo de Ocorrências/Incidentes (Maia, 2023). A estrutura orgânica da UCC de Cantanhede apresenta: Conselho Geral, Conselho de Intervenção, Coordenador da Unidade e Coordenador de Projeto (UCC de Cantanhede, 2019).

A equipa da UCC de Cantanhede desenvolve as suas atividades em cooperação, não apenas entre si, mas também em articulação com outras unidades funcionais do ACeS e parceiros/recursos da comunidade. As atividades da UCC são organizadas por projeto para a concretização dos objetivos definidos no plano de ação da UCC (Maia, 2023; UCC de Cantanhede, 2019). Na tabela 7 apresento os projetos de intervenção comunitária e de melhoria contínua da UCC de Cantanhede, utilizando informação recuperada maioritariamente do Manual de acolhimento (Maia, 2023) e do Regulamento Interno (UCC de Cantanhede, 2019), mas em algumas situações foi ainda obtido esclarecimento através de informação providenciada pela equipa de enfermagem da UCC e por documentação não pública existente em formato papel na UCC.

Tabela 7.

Apresentação e descrição dos projetos de intervenção comunitária e de melhoria contínua da UCC de Cantanhede

Projeto	Breve Descrição			
Equipa de	População-alvo: utentes, independentemente da idade,			
Cuidados	referenciados pela Rede Nacional de Cuidados Continuados			
Continuados	Integrados por perda de autonomia, temporária ou definitiva, e			
Integrados (ECCI)	que, por esse motivo, necessitam de cuidados de saúde			
"Junto de Si"	diferenciados. Estes utentes estão inscritos no Centro de			
	Saúde de Cantanhede e residam no Concelho, mesmo que			

temporariamente (familiares de residentes). Esta ECCI dispõe de 25 vagas.

Objetivos: Prestar cuidados domiciliários de enfermagem, médicos e de fisioterapia; prestar apoio psicossocial e de nutrição, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educar para a saúde/capacitar doentes, familiares e cuidadores; apoiar na satisfação das necessidades básicas; apoiar no desempenho das atividades da vida diária.

Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)

População-alvo: Crianças dos 0 aos 6 anos/famílias referenciadas por risco de atraso de desenvolvimento, ou deficiência ou necessidades educativas especiais residentes no Concelho de Cantanhede e Mira.

Objetivo: Acompanhar crianças dos 0 aos 6 anos /famílias referenciadas para intervenção precoce com Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP); Colaborar e participar em todo o Processo das crianças/famílias acompanhadas pela equipa Cantanhede/Mira, enquanto profissionais de saúde na equipa transdisciplinar.

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) **População-alvo:** Crianças e jovens até aos 18 anos, da área de abrangência da UCC de Cantanhede, em situação de risco.

Objetivo: acompanhar os casos referenciados à equipa com plano individualizado de apoio à família no NACJR.

Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)

População-alvo: Comunidade educativa das escolas abrangidas pela UCC de Cantanhede, nomeadamente educadores de infância, professores, auxiliares de ação educativa, alunos, pais e encarregados de educação e outros profissionais dos jardins-de-infância, das escolas do ensino básico e do ensino secundário e instituições com intervenção na população escolar.

O parque escolar da UCC de Cantanhede para o ano letivo de 2022/2023 abrange 3799 estudantes do pré-escolar ao ensino

secundário dos três agrupamentos de escolas existentes no concelho de Cantanhede e da Escola Técnico Profissional de Cantanhede.

Objetivo: Melhorar a saúde de toda a comunidade educativa, através da vigilância da saúde e aquisição de conhecimentos e competências em promoção da saúde.

Programa Regional "+Contigo"

População-alvo: Alunos do 3º ciclo e Secundário, pais/ encarregados de educação, professores e pessoal não docente.

Objetivo: Promover a Saúde Mental e prevenir comportamentos suicidários em meio escolar.

Preparação para o nascimento "Ser Pais Sem Medo"

População-alvo: Grávidas/casais grávidos a partir das 26-28 semanas de gestação até ao parto que residam na área geográfica de abrangência da UCC ou que sejam referenciados por não existência desta resposta nos concelhos próximos.

Objetivo: Apoiar as grávidas/ casais grávidos na preparação para o nascimento.

Prevenção Rodoviária

População-alvo: Comunidade escolar do município de Cantanhede.

Projeto de parceria com a Câmara Municipal de Cantanhede -Sinistralidade Rodoviária – Pensar a

Objetivo: Promover a segurança rodoviária e prevenir a sinistralidade, no qual a UCC tem colaborado no desenvolvimento de ações de sensibilização junto da comunidade escolar sobre segurança rodoviária e o uso correto dos sistemas de retenção das crianças nas deslocações automóveis.

Prevenção/Melhorar a Resposta. Uma perspetiva de saúde pública e de trabalho em rede

Projeto "Reabilitar"

População-alvo: Utentes dependentes e referenciados pelas equipas de saúde e/ou outros parceiros sociais do Concelho de Cantanhede, que não são acompanhados pela ECCI.

Objetivo: Reduzir a dependência dos utentes referenciados por necessitarem de cuidados integrados de reabilitação para potenciar a recuperação funcional.

"Habilitar para Melhor Respirar"

População-alvo: Utentes com 65 ou mais anos com patologia respiratória crónica ou transitória que tenha impacto na satisfação das atividades de vida diárias que sejam referenciados pelas equipas de saúde ou outras entidades promotoras de saúde.

Objetivo: Diminuir as limitações no desempenho das atividades de vida diária, reduzir os sintomas e otimizar o estado funcional, promovendo a adesão a comportamentos promotores da saúde, através da implementação de um programa de intervenção multidisciplinar na área da reabilitação respiratória.

Intervenção combinada de exercício físico e terapia de reminiscência

População-alvo: Pessoas com 65 ou mais anos que frequentam estruturas institucionais (comunitárias e residenciais).

Objetivo: Avaliar a efetividade da intervenção combinada de exercício físico e terapia de reminiscência na cognição, qualidade de vida e equilíbrio.

Cantanhede Unida pelo Coração

População-alvo: Pessoas com mais de 16 anos.

Objetivo: Sensibilizar para a prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares.

As atividades e projetos da UCC são planeados e realizados considerando, para além das necessidades da comunidade, os indicadores contratualizados para a sua avaliação. O Índice de Desempenho Global (IDG) da UCC de Cantanhede traduz a consecução ou não dos indicadores contratualizados.

Na figura 8, apresento o IDG da UCC de Cantanhede referente ao ano contratual de 2022. Em dezembro de 2022, verificamos que o IDG era de 44,7, valor abaixo do IDG Esperado em dezembro de 2022 (59.54), de acordo com o Plano de Ação para 2022 da UCC de Cantanhede (2022). O valor do IDG ao longo do ano contratual de 2022 (que iniciou em outubro de 2021) foi flutuando, atingindo o seu máximo no mês de dezembro 2021 com um valor de 59,9 e o seu mínimo em julho de 2022 com um valor de 20,6 (Serviço Nacional de Saúde, 2023b).

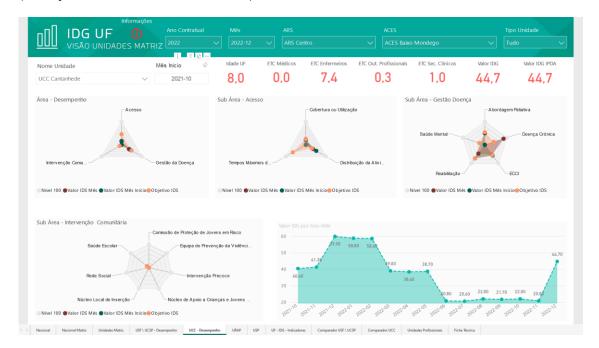


Figura 8. Índice de Desempenho Global (IDG) da UCC de Cantanhede referente ao ano contratual de 2022. Obtido de https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx.

Analisando o último plano de ação disponível na UCC de Cantanhede (referente ao ano de 2022), verificámos a identificação de quatro problemas, são eles: baixa taxa utentes com visita da equipa multidisciplinar até às 48h; baixa proporção de utentes com ganhos controlo dor – UCC; condições necessárias para tratamento de feridas no domicilio em segurança; e baixa proporção de utentes com melhoria de "dependência no autocuidado" (UCC de Cantanhede, 2022).

No que diz respeito aos indicadores da UCC de Cantanhede, à data de dezembro de 2022, verificámos o que sucintamente apresento na tabela 8.

Tabela 8. Valores alcançados nos indicadores em dezembro de 2022 pela UCC de Cantanhede

Indicador	Valor
Taxa de ocupação da ECCI	74,9%
Proporção de visitas de enfermagem ao fim-de-semana e feriado	10,0%
Número médio de visitas domiciliárias por utente por mês	9,2
Proporção de utentes avaliados pela equipa multidisciplinar nas primeiras 48h	40,0%
Tempo médio de permanência na ECCI	123,4 dias
Proporção de utentes com ganhos na gestão do stress do prestador de cuidados	25,0%
Proporção de utentes com melhorias funcionais	42,2%
Proporção de utentes com melhoria no controlo de sintomas	0%
Proporção de úlceras por pressão melhoradas	28,6%
Proporção de turmas abrangidas pelo PNSE	53,8%
Proporção de crianças e jovens com intervenção da UCC	13,7%
Proporção de utentes com asma/DPOC com intervenção na UCC	4,8%
Proporção de consultas não presenciais na UCC	2,3%
Proporção de utentes com ganhos controlo dor - paliativos	0%
Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na Gestão do Regime Terapêutico	66,7%
Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI	9,8%
Proporção de utentes com alta da ECCI com objetivos atingidos	70,5%
Proporção utentes com ganhos controlo dor - UCC	57,1%
Proporção de utentes com melhoria "dependência nos autocuidados"	43,5%
Proporção utentes integrados na ECCI com internamento hospitalar	4,9%
Taxa de efetividade na prevenção de úlceras por pressão	100,0%
Proporção de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) com intervenção pela Saúde Escolar	1,9%
Taxa de internamento por fratura do colo do fémur	887,5 por 100.000
Taxa internamento asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC	1,7%
Proporção de RN de termo, de baixo peso	0,0

Os indicadores mostram a necessidade de intervenção em algumas áreas, nomeadamente ao nível da proporção de turmas abrangidas pelo PNSE e da proporção de crianças e jovens com intervenção da UCC.

1.2.3. Caracterização Global da Situação Social e de Saúde

Como já referi anteriormente, à data de 16 de março de 2023, de acordo com a base de dados do RNU, a UCC de Cantanhede abrangia 36 331 utentes (Serviço Nacional de Saúde, 2023b), sendo que destes 19 023 são do sexo feminino e 17 308 do sexo masculino. A maioria dos utentes abrangidos pela UCC tem entre 7 e 64 anos (n= 23 513), sendo que existem 5598 utentes com idades entre os 0 anos e os 19 anos, cerca de metade do número de utentes com idade igual ou superior a 65 anos (n = 11 058 utentes; Serviço Nacional de Saúde, 2023b).

O índice de dependência total dos utentes abrangidos pela UCC de Cantanhede é de 70,02%, ou seja, em cada 100 utentes abrangidos, 70 são utentes com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos ou com idade igual ou superior a 65 anos. Especificamente, o índice de dependência de jovens é de 18,97% e o índice de dependência de idosos é de 52,05% (Serviço Nacional de Saúde, 2023b).

Se analisarmos agora dados referentes ao concelho de Cantanhede, verificamos que em 2021, de acordo com dados do INE, a densidade populacional era de 88 indivíduos por Km². De acordo com os dados provenientes dos últimos Censos, em 2021 existiam 34 212 indivíduos em Cantanhede, dos quais 19 968 tinham idade entre os 15 e os 64 anos (população em idade ativa), 10 370 tinham idade igual ou superior a 65 anos, e 3 874 tinham idade igual ou inferior a 14 anos. O índice de envelhecimento era de 267,7 ou seja, existiam 268 pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 jovens (14 anos ou menos; Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a). Este índice de envelhecimento é bem superior ao de Portugal que se situa nos 182,1 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a), e espera-se que possa aumentar considerando as baixas taxas brutas de natalidade (6,5‰ em 2020; INE, 2023).

De acordo com o Perfil Local de Saúde de 2021 do ACES Baixo Mondego (Neto et al., 2021b), no triénio 2018-2020, a esperança de vida à nascença era de 79,1 anos para os homens e 85,2 anos para as mulheres no ACeS Baixo Mondego, valores muito semelhantes aos encontrados em Portugal Continental (78,6 anos para os homens e 84,6 anos para as mulheres). No mesmo triénio, a taxa de mortalidade infantil no ACeS 50

Baixo Mondego era de 2,5‰, valor igual ao encontrado ao nível da ARS Centro e inferior ao de Portugal Continental (3,0‰).

Tendo por base estatísticas territoriais do INE (2023), em Cantanhede morreram, em 2021, 101 pessoas, sendo que a taxa bruta de mortalidade no ano anterior, em 2020, era de 14,7‰. No ano de 2020, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório era de 3,9‰ e por tumores malignos era de 3,1‰ (INE, 2023). Em 2020, em Cantanhede, as principais causas de morte eram as doenças do aparelho circulatório (26,6% das mortes – valor inferior ao de Portugal Continental de 27,9% e da região de Coimbra de 31,2%) e os tumores malignos (21,3% das mortes – valor inferior ao de Portugal Continental de 22,8% e ao da região de Coimbra de 21,7%). As doenças do aparelho respiratório e as doenças do aparelho digestivo representavam 10,9% e 6,1% das mortes, respetivamente, no município de Cantanhede em 2020, seguindo-se as causas de morte por diabetes (3,1% - valor semelhante aos 3,2% da região de Coimbra e 3,3% de Portugal Continental) e por suicídio (0,8% - valor idêntico ao encontrado na região de Coimbra de 0,6% e de Portugal Continental que é de 0,7%; Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

No que se refere à educação, de acordo com o Perfil Local de Saúde de 2021 do ACES Baixo Mondego (Neto et al., 2021b), verificamos que em 2011, em Cantanhede, a taxa de abandono escolar era de 1,2%, valor semelhante ao encontrado na ARS Centro (1,3%), mas ligeiramente abaixo do encontrado em Portugal Continental (1,5%) e a taxa de analfabetismo era de 6,8%, valor idêntico ao encontrado na ARS Centro (6,5%), mas superior ao de Portugal Continental (5,2%).

1.3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO BAIXO MONDEGO

Neste subcapítulo apresento a descrição da USP do Baixo Mondego em três partes: caracterização do ambiente de cuidados; caracterização do modelo orgânico /funcional; e caracterização global da situação social e de saúde da comunidade abrangida pela referida USP.

1.3.1. Caracterização do Ambiente de Cuidados na USP do Baixo Mondego

De acordo com o seu organograma (Figura 9), o ACeS Baixo Mondego, pertencente à ARS Centro, tem, em 15 centros de saúde, 51 unidades funcionais distribuídas em nove UCSP, 27 USF, 1 USP, 13 UCC e 1 URAP (Silva et al., 2022).

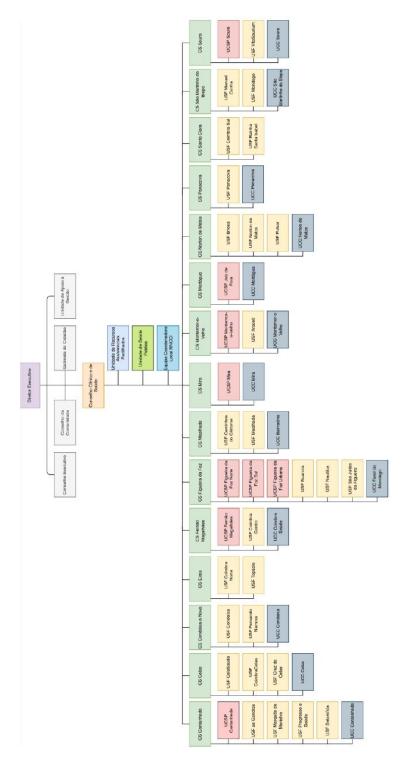


Figura 9. Organograma do ACeS Baixo Mondego. Obtida do Manual de Acolhimento da Unidade de Saúde Pública do ACeS do Baixo Mondego (Silva et al. 2022).

A USP do ACeS Baixo Mondego iniciou a sua atividade a 30 de novembro de 2012. Apesar da sua sede ser na Rua Capitão Salgueiro Maia, Topo Norte - Centro Saúde Santa Clara, 3040-006 Coimbra, esta USP desenvolve a sua atividade através dos 10 serviços locais existentes em cada um dos concelhos abrangidos pelo ACeS Baixo Mondego: Coimbra, Cantanhede, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova e Soure (Figura 10; USP do ACeS Baixo Mondego, 2023a; Serviço Nacional de Saúde, 2023c).



Figura 10. Mapa dos concelhos abrangidos pelo ACeS Baixo Mondego. Obtida do Manual de Acolhimento da Unidade de Saúde Pública do ACeS do Baixo Mondego (Silva et al. 2022).

De acordo com o seu Regulamento Interno (USP do ACeS Baixo Mondego, 2023a), a USP do ACeS Baixo Mondego apresenta como missão "contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde." (art. 3, p. 2). A sua visão é: "A USP, na articulação com as unidades funcionais do ACeS, com outras unidades de saúde e restantes instituições comunitárias bem como na interacção com os cidadãos, tem como imperativo a transparência e disponibilidade, contribuindo assim para o bem público em saúde." (USP do ACeS Baixo Mondego, 2023a, art. 3, p. 2).

De forma a alcançar a sua visão e cumprir a sua missão, a USP do ACeS Baixo Mondego definiu como valores:

Trabalho em equipa e multidisciplinaridade participativa; Satisfação dos profissionais; Equidade e garantia de acessibilidade à população; Garantia de qualidade interna e externa; Excelência técnica e eficiência; Procura de uma inovação técnica e metodológica; Sentido de responsabilidade, lealdade e respeito pelo trabalho dos diversos profissionais de saúde; Transparência nas actividades desenvolvidas; e Dever de cooperação e partilha entre profissionais e instituições. (USP do ACeS Baixo Mondego, 2023a, art. 5, p. 2-3).

Tal como a USP do ACeS Baixo Vouga, a USP do ACeS Baixo Mondego orienta as suas competências tendo em conta o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro, e as orientações da Organização Mundial da Saúde (2012).

Tal como estipulado no Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, para conseguir cumprir a sua missão, a USP do ACeS Baixo Mondego é autónoma em termos organizativos e técnicos e articula-se não somente com o Departamento de Saúde Pública e outros departamentos e serviços da ARS Centro I.P, mas também com as outras unidades funcionais do ACeS Baixo Mondego e outras organizações/instituições relevantes para a saúde da comunidade.

A referida USP abrange toda a população residente nos 10 concelhos abrangidos pelo ACeS Baixo Mondego. O serviço local de Coimbra (local onde decorreu o estágio) abrange toda a população residente no concelho de Coimbra, que incluía no ano de 2021 um total de 140 816 residentes (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a). O concelho de Coimbra tem uma densidade populacional de 440,9 hab/km² e abrange uma área de cerca de 319,4 km² (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a), integrando 18 freguesias (Figura 11): Almalaguês; Antuzede e Vil de Matos; Assafarge e Antanhol; Brasfemes; Ceira; Cernache; Coimbra (Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu); Eiras e São Paulo de Frades; Santa Clara e Castelo Viegas; Santo António dos Olivais; São João do Campo; São Martinho de Árvore e Lamarosa; São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades; São Silvestre; Souselas e Botão; Taveiro, Ameal e Arzila; Torres do Mondego; e Trouxemil e Torre de Vilela (Câmara Municipal de Coimbra, 2023a).



Limites administrativos das Freguesias e Uniões de Freguesia do Município de Coimbra (CAOP 2013)

Figura 11. Mapa do Concelho de Coimbra. Obtida do Perfil Municipal de Saúde de Coimbra 2020 – Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra 2021-2025 (Câmara Municipal de Coimbra & Universidade de Coimbra, 2020).

No concelho de Coimbra existem diferentes recursos da comunidade que servem a população, nomeadamente recursos de saúde, recursos sociais, recursos de educação e recursos recreativos/culturais que apresento na Tabela 9.

Tabela 9.

Recursos da Comunidade do Concelho de Coimbra

Tipo de

Identificação

Recurso

Recursos de Saúde

- Seis Centros de Saúde (Celas, Eiras, Fernão Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara e São Martinho do Bispo), e 11 Extensões (Câmara Municipal de Coimbra & Universidade de Coimbra, 2020):
 - 13 USF (CelaSaúde, Cruz de Celas, CoimbraCelas, Coimbra Norte, Topázio, Centro Coimbra, Briosa, Norton de Matos, Pulsar, Coimbra Sul, Rainha Santa Isabel, Dr. Manuel Cunha, Mondego);
 - 1 UCSP (Fernão Magalhães);
 - 4 UCC (Celas, Coimbra Saúde, Norton de Matos, São Martinho do Bispo).
- 15 hospitais (7 gerais e 8 especializados) 10 públicos e 5 privados (INE, 2023).
- 17 Respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2023):
 - o 1 Equipa de Apoio Domiciliário;
 - o 4 ECCI;
 - 2 Unidades de Convalescença;
 - 5 Unidades de Longa Duração e Manutenção;
 - 4 Unidades de Média Duração e Reabilitação;
 - 1 Unidade Socio-Ocupacional.
- 49 farmácias e postos farmacêuticos móveis no ano de 2021 (INE, 2023).
- Em 2021, existiam 7,8 enfermeiros e 5,7 médicos por cada 1000 habitantes em Coimbra (INE, 2023).

Recursos Sociais

97 instituições de Solidariedade Social no concelho de Coimbra para prestar apoio na área da infância, da terceira idade, da pobreza e exclusão social, e da deficiência (Direção-Geral da Segurança Social, 2023).

Existem no Concelho de Coimbra, 26 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) com uma capacidade total de 1088 vagas e com um total de utentes de 901 utentes (Gabinete de Estratégia e Planeamento, n.d.).

A Câmara Municipal de Coimbra tem disponíveis um conjunto de **Programas de apoio** ao nível da ação social (Câmara Municipal de Coimbra, 2023b), nomeadamente:

- Apoio Financeiro a Instituições (Regulamento n.º 1120/2016, p. 37551);
- Cartão Social para Famílias Numerosas (Edital nº 15/2013);
- Comissões sociais de freguesia (Câmara Municipal de Coimbra, 2023c);
- Fundo municipal de emergência social (Câmara Municipal de Coimbra, 2023d);
- Pessoas em situação de sem-abrigo (Câmara Municipal de Coimbra, 2023e);
- Rede social de Coimbra (Câmara Municipal de Coimbra, 2023f);
- Rede Institucional das adições de Coimbra (Câmara Municipal de Coimbra, 2023g);
- Projeto AIPEC Acompanhamento Individualizado do Percurso Escolar das Crianças do Planalto do Ingote – Bairros da Rosa e Ingote (Câmara Municipal de Coimbra, 2023h).

Recursos de Educação

No concelho de Coimbra existiam, em 2021, no setor público, 32 estabelecimentos de ensinos pré-escolar, 57 do 1º Ciclo, 10 do 2º Ciclo, 14 do 3º Ciclo e nove do Ensino Secundário (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022). Estes estabelecimentos de ensino estão organizados em seis Agrupamentos de Escolas e

cinco escolas não agrupadas (Instituto de Gestão Financeira da Educação, 2023):

- Agrupamento de Escolas Coimbra Centro com 21 escolas, das quais três de Pré-escolar; sete do pré-escolar e 1º ciclo; oito do 1º ciclo; uma do 1º, 2º e 3º ciclo; uma do 2º e 3º ciclo; e uma do 3º ciclo, secundário e profissional.
- Agrupamento de Escolas Coimbra Sul com 11 escolas, das quais uma de Pré-escolar; três do pré-escolar e 1º ciclo; quatro do 1º ciclo; uma do 1º ciclo e especial; e duas do 2º e 3º ciclo.
- Agrupamento de Escolas Coimbra Oeste com 16 escolas, das quais duas de Pré-escolar; seis do pré-escolar e 1º ciclo; cinco do 1º ciclo; duas do 2º e 3º ciclo; e uma do 3º ciclo, secundário e profissional.
- Agrupamento de Escolas Eugénio de Castro com cinco escolas, das quais duas do pré-escolar e 1º ciclo; duas do 1º ciclo; e uma do 2º e 3º ciclo.
- Agrupamento de Escolas Martim de Freitas com sete escolas, das quais uma de Pré-escolar; uma do pré-escolar e 1º ciclo; quatro do 1º ciclo; e uma do 1º, 2º e 3º ciclo.
- Agrupamento de Escolas Rainha Santa Isabel,
 Pedrulha, com 15 escolas, das quais 10 do pré-escolar e
 1º ciclo; quatro do 1º ciclo; e uma do 1º, 2º e 3º ciclo.
- Escola Secundária D. Dinis.
- Escola Secundária Avelar Brotero.
- Escola Secundária Infanta Dona Maria.
- Escola Secundária José Falcão.
- Escola Básica e Secundária Quinta das Flores.
- Escola Artística do Conservatório de Música de Coimbra.

Adicionalmente, em 2021, existiam estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário privado, nomeadamente 48 de educação pré-escolar, 10 de 1º Ciclo,

sete de 2º Ciclo, sete de 3º Ciclo e seis de Ensino Secundário (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

Recursos de caracter cultural e recreativo

De acordo com o website da Câmara Municipal de Coimbra (2019) há mais de 100 associações de caracter cultural e recreativo no concelho.

Existe, ainda, uma Biblioteca Municipal que tem diversas iniciativas, como por exemplo, Bibliomóvel, Bibliotecas Anexas (Almalaguês, Assafarge, Brasfemes, Cernache, Ribeira de Frades, S. João do Campo, Souselas e Trouxemil), SABE - Serviço de Apoio às Bibliotecas Escolares, e Ler ao Cubo (Câmara Municipal de Coimbra, 2020) e 10 equipamentos culturais municipais (Câmara Municipal de Coimbra, 2023i).

1.3.2. Caracterização do modelo orgânico/funcional da USP do Baixo Mondego

A USP do ACeS Baixo Mondego possui um conjunto de recursos físicos, materiais e humanos. A sede, situada no Centro de Saúde de Santa Clara em Coimbra, utiliza 2 pisos (rés-do-chão e 1º piso). No rés-do-chão existem dois gabinetes de atendimento; dois gabinetes de enfermagem; um gabinete de técnicos de saúde ambiental, um gabinete de atendimento administrativo; e uma sala de espera. No 1º Piso estão disponíveis cinco gabinetes médicos e um gabinete administrativo. Adicionalmente, na sede, a USP utiliza, também, os seguintes espaços comuns: sala de reuniões (sujeita a agendamento prévio); copa e instalações sanitárias (Silva et al., 2022).

Nos demais concelhos, a USP, na sua maioria, dispõe de um gabinete médico e um gabinete de técnicos de saúde ambiental, utilizando ainda os espaços comuns, como a sala de reuniões, copa e instalações sanitárias (Silva et al., 2022).

No que diz respeito a recursos humanos, todos os concelhos abrangidos têm pelo menos um Médico de Saúde Pública e um Técnico de Saúde Ambiental (Silva et al., 2022). Em sete, dos 10 concelhos abrangidos, existem atualmente enfermeiros: quatro em Coimbra, dois na Figueira da Foz, um em Penacova, um em Cantanhede, um em Mortágua, um em Mira e um na Mealhada.

A Delegada de Saúde Coordenadora do ACeS Baixo Mondego é a coordenadora da USP (USP do ACeS Baixo Mondego, 2023a). Foi, ainda, criado recentemente (abril de 2023) o Conselho Técnico.

A USP do ACeS Baixo Mondego tem um conjunto de instrumentos: Regulamento Interno, Manual de Acolhimento, Plano de Ação, e Relatórios de atividades.

No que diz respeito à sua intervenção, a USP do ACeS Baixo Mondego tem organizada por áreas de intervenção as suas atividades, tal como se encontram descritas na tabela 10. Acresce às áreas descrita na tabela, a Colaboração com o Departamento de Saúde Pública da ARS Centro. Esta informação foi recolhida do Manual de Acolhimento (Silva et al., 2022) e do Regulamento Interno da USP (USP do ACeS Baixo Mondego, 2023a).

Tabela 10. Áreas de intervenção da USP do ACeS Baixo Mondego

Áreas de	Breve descrição	
intervenção		
Área de	Objetivo: "efetuar e monitorizar planos de saúde pública e realizar	
Planeamento,	a vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos" (Silva et al., 2022,	
Monitorização,	p. 12)	
Avaliação e	Como:	
Administração	Como.	
em Saúde	 elaboração de documentos de trabalho, para orientar a 	
	tomada de decisão ao nível da própria USP e ao nível do	
	ACES;	
	 atividades que contribuem para a qualidade organizacional 	
	e para melhorar, não apenas, a qualidade da prestação,	
	mas também, uma gestão racional dos recursos existentes,	
	nomeadamente o observatório local de saúde (que inclui a	
	elaboração do diagnóstico de situação e do Plano Local de	
	Saúde).	
Área de	Implementados os seguintes programas ao nível dos 10	
Promoção da	concelhos: Programa de Vigilância Sanitária da Água de Consumo	

Humano; Programa de Vigilância Sanitária de Piscinas; Programa de Prevenção da Doença dos Legionários e PIOPAL; Vigilância

Saúde e

Prevenção da Doença

Epidemiológica das Doenças Transmissíveis; Programa de Captura de Culicídeos e Ixodídeos - REVIVE; Programa de Promoção da Alimentação Saudável (Projeto MinorSal.Saúde e Projeto Oleovitae); Vigilância e Segurança alimentar; Plano de contingência para temperaturas extremas adversas (Plano de contingência Saúde Sazonal — Módulo verão; Plano de contingência Saúde Sazonal — Módulo Inverno); Programa Nacional de Saúde Escolar; Programa Nacional de Vacinação; Rastreio Visual Infantil; Vigilância de Tuberculose, Gestão do Rastreio de Contactos na Comunidade e Vacinação com BCG; Saúde Ocupacional; Gestão de Resíduos; Saúde Oral.

Programas implementados em apenas alguns concelhos devido à sua especificidade: Programa de Vigilância Sanitária de Águas Balneares (Coimbra, Cantanhede, Figueira da Foz, Mira, Penacova, Montemor-o-Velho); Programa de Vigilância Sanitária de Águas Minerais Naturais e de Nascente (Mealhada, Penacova); Programa de Vigilância Sanitária Águas Termais (Mealhada e Soure).

Área de Vigilância Epidemiológica

Objetivo: Analisar os dados clínicos e epidemiológicos das notificações para "monitorizar o estado de saúde das populações ao longo do tempo e determinar o risco de transmissão de qualquer doença transmissível ou outros fenómenos de saúde, bem como a prevenção da sua entrada ou propagação em território português, controlando assim a sua génese e evolução" (Silva et al., 2022, p. 13).

Recursos: Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

Área de Saúde Ambiental

Obietivos:

 Adotar medidas de prevenção e controlo para minimizar os efeitos nocivos dos fatores de risco ambientais sobre a saúde humana (por exemplo, análise de projetos e emissão de pareceres; estudos de impacto ambiental);

- Identificar e controlar os fatores de insalubridade do meio;
- · Efetuar a vigilância sanitária das águas;
- Vigiar sistemas, estruturas e atividades com interação com o ambiente;
- Identificar e intervir nos fatores de risco a nível ocupacional;
- Prevenir e promover a qualidade do ambiente a nível dos estabelecimentos de saúde, estabelecimentos de ensino e equipamentos sociais; e
- Promover a gestão adequada de resíduos.

As atividades desempenhadas para dar resposta aos programas referidos na Área de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença relacionados com aspetos ambientais são igualmente aqui enquadráveis.

Autoridade de Saúde

Maioritariamente intervenção não programada, como por exemplo juntas médicas de incapacidade presenciais; juntas médicas domiciliárias; saúde mental; emissão de pareceres e sanidade internacional.

Consulta do Viajante e Vacinação Internacional

Objetivos:

- Contribuir para a execução dos programas de erradicação e controlo de doenças infeciosas;
- Proteger os viajantes internacionais contra as doenças infeciosas endémicas existente nos países de destino;
- Reduzir a importação de doenças infeciosas.

A USP tem períodos de consulta do viajante e vacinação internacional, abertos a todos os viajantes, independentemente da área geográfica de onde são provenientes.

No Centro de Vacinação Internacional, a administração de vacinas é efetuada a pessoas em contexto de viagem, sejam prescritas na consulta do viajante realizada na sede da USP, nos hospitais ou na privada.

Participação na formação de profissionais nas suas fases pré-graduada, pós-graduada e contínua	A USP tem uma equipa responsável pela formação. A USP integra médicos internos de saúde pública, médicos internos do ano comum, alunos de medicina, estagiários de enfermagem e estagiários de saúde ambiental.
Participação em grupos de trabalho a nível do ACES Baixo Mondego, ARS do Centro, Entidades Locais	Grupos de trabalho: Unidade Funcional Coordenadora da Diabetes; Conselho Clínico e de Saúde; Conselho Regional de Saúde Mental; Comissão de Qualidade e Segurança; Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos; Grupo Local Energia Carbono; Segurança e Saúde no Trabalho (interlocutoras de risco); Equipa do RENTEV/Testamento Vita; Conselho Municipal da Saúde; e Conselho Municipal da Educação.
Investigação em Saúde Intervenção em Saúde Auditoria da Qualidade	Desenvolvidas, principalmente, por médicos internos da especialidade de Saúde Pública, no âmbito do internato médico. De acordo com o seu regulamento, a USP colabora ou participa na execução de trabalhos de investigação. na área da saúde pública, com instituições académicas, com que estabeleça protocolos.

As atividades da USP são planeadas e realizadas tendo em conta as necessidades da comunidade e as dimensões contratualizadas.

Na figura 12, apresento o IDG da USP do ACeS Baixo Mondego referente ao ano contratual de 2022. Em dezembro de 2022, verificamos que o IDG era de 66,4, sendo que ao longo do referido ano foi flutuando entre 77,1 e 0 (Serviço Nacional de Saúde, 2023c).

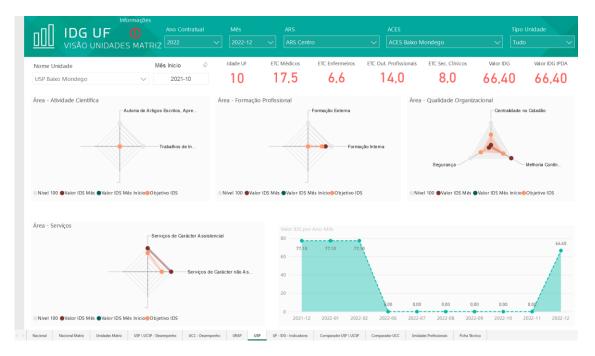


Figura 12. Índice de Desempenho Global (IDG) da USP do ACeS Baixo Mondego referente ao ano contratual de 2022. Obtido de https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx.

Analisando o último plano de ação disponível na USP do ACeS Baixo Mondego (referente ao ano de 2023), verificámos a identificação de oito problemas, são eles: acesso à vacinação tuberculose em crianças com idade <6 anos, pertencentes a grupos de risco do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Mondego; otimização da higiene das mãos na Unidade Funcional; comunicação interna; rastreio de saúde visual infantil; utilização otimizada do Microsoft Office Excel; vacinação com BCG de crianças com idade < a 6 anos pertencentes a grupos de risco do ACES BM; segurança do utente e profissional; e ausência de manual de procedimentos para colheita de águas para análise de legionella (USP do ACeS Baixo Mondego, 2023b).

Apesar da não existência de indicadores de desempenho para as USP, à data de dezembro de 2022, verificámos os scores para as dimensões contratualizadas para 2022 que sucintamente apresento na tabela 11.

Tabela 11.

Valores alcançados em dezembro de 2022 nas dimensões contratualizadas pela USP do Baixo Mondego

Dimensões	Valor Obtido (pontos)	Valor mínimo e máximo possível (pontos)
Score dimensão "serviços de caráter assistencial"	2	0 e 2
Score dimensão "serviços não assistenciais de governação clínica do ACES"	2	0 e 2
Score dimensão "melhoria contínua da qualidade de acesso"	2	0 e 2
Índice de Desempenho Setorial da dimensão "melhoria continua da qualidade e Processos Assistenciais Integrados"	2	0 e 2
Score dimensão "formação equipa multiprofissional"	1	0 e 2
Score dimensão "formação internos e alunos"	2	0 e 2
Score dimensão "segurança de utentes"	0,2	0 e 2
Score dimensão "participação do cidadão"	0,12	0 e 2

Os valores alcançados nas dimensões contratualizadas mostram a necessidade de intervenção em algumas áreas, nomeadamente ao nível das dimensões formação equipa multiprofissional, segurança de utentes e participação do cidadão.

1.3.3. Caracterização Global da Situação Social e de Saúde

Ao dia 23 de abril de 2023, de acordo com a base de dados do RNU, a USP do ACeS Baixo Mondego abrangia 394 854 utentes, utentes estes inscritos nas USFs e UCSP do ACeS Baixo Mondego.

Como se pode consultar na tabela 12, dos utentes abrangidos pela USP do ACeS Baixo Mondego, 207 645 são do sexo feminino e 187 209 do sexo masculino. A maioria dos utentes abrangidos pela UCC tem entre 20 e 64 anos (n= 231 633), sendo que nestes, predomina o sexo feminino (n = 118 291). A população com 19 anos ou menos (n = 61 194 utentes) representa pouco mais de metade do número de utentes com idade igual ou superior a 65 anos (n = 105 878 utentes; Serviço Nacional de Saúde, 2023c).

Tabela 12.

Distribuição dos utentes abrangidos pela USP do ACeS Baixo Mondego por grupo etário e sexo. Obtido de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2011383/Pages/default.aspx

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
0 – 19 Anos	31 512	29 682	61 194
20 - 64 Anos	113 342	118 291	231 633
65 - 74 Anos	25 212	27 520	52 732
≥ 75 Anos	20 994	32 152	53 146

Para uma consulta mais detalhada da distribuição dos utentes abrangidos pela USP por grupo etário e sexo, apresentamos na figura 13 a pirâmide etária (Serviço Nacional de Saúde, 2023c).

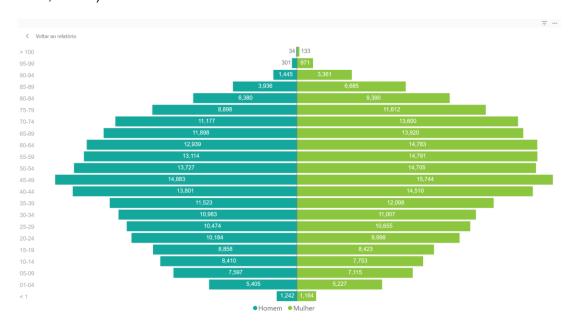


Figura 13. Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela USP do ACeS Baixo Mondego. Obtido de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2011383/Pages/default.aspx.

O índice de dependência total dos utentes abrangidos pela USP do ACeS Baixo Mondego é de 59,73%, ou seja, em cada 100 utentes abrangidos, 60 são utentes com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos ou com idade igual ou superior a 65

anos. Especificamente, o índice de dependência de jovens é de 17,76% e o índice de dependência de idosos é de 41,97% (Serviço Nacional de Saúde, 2023c).

Se analisarmos agora dados referentes ao concelho de Coimbra, verificamos que em 2021, de acordo com dados do INE, a densidade populacional era de 443 indivíduos por Km². De acordo com os dados provenientes dos últimos Censos, em 2021 existiam 141 727 indivíduos em Coimbra, dos quais 88 947 tinham idade entre os 15 e os 64 anos (população em idade ativa), 35 812 tinham idade igual ou superior a 65 anos, e 16 968 tinham idade igual ou inferior a 14 anos. O índice de envelhecimento era de 215,1, ou seja, existiam 215 pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 jovens (14 anos ou menos; Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a). Este índice de envelhecimento é bem superior ao de Portugal que se situa nos 182,1 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a), e espera-se que possa aumentar considerando as baixas taxas brutas de natalidade (7,2% em 2021; INE, 2023).

De acordo com o Perfil Municipal de Saúde de Coimbra (Câmara Municipal de Coimbra & Universidade de Coimbra, 2020), no período de 2014-2018, a esperança de vida à nascença era de 80,0 anos para os homens e 87,7 anos para as mulheres no concelho de Coimbra. Estes valores são ligeiramente mais elevados do que os encontrados no ACeS Baixo Mondego (79,1 anos para os homens e 85,2 anos para as mulheres) e em Portugal Continental (78,6 anos para os homens e 84,6 anos para as mulheres), de acordo com o registado no Perfil Local de Saúde de 2021 do ACeS Baixo Mondego relativamente ao período 2018-2020 (Neto et al., 2021b).

No concelho de Coimbra, em 2022, a taxa de mortalidade infantil era de 2,3‰ no período 2014-2018 (Câmara Municipal de Coimbra & Universidade de Coimbra, 2020). Este valor era semelhante ao do ACeS Baixo Mondego e da ARS Centro, para o triénio 2018-2020, que era de 2,5‰, e inferior ao de Portugal Continental (3,0‰; Neto et al., 2021b).

Tendo por base estatísticas territoriais do INE (2023), em Coimbra morreram, em 2021, 1437 pessoas, sendo que a taxa bruta de mortalidade era de 12,1‰. No ano de 2020, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório era de 3,3‰ e por tumores malignos era de 3,1‰ (INE, 2023). Em 2020, em Coimbra, as principais causas de morte eram as doenças do aparelho circulatório (27,9% das mortes – valor igual ao de Portugal Continental de 27,9% e ligeiramente inferior ao da região de Coimbra de 31,2%) e os tumores malignos (26,6% das mortes – valor superior ao de Portugal Continental de

22,8% e ao da região de Coimbra de 21,7%). As doenças do aparelho respiratório e as doenças do aparelho digestivo representavam 8,9% e 3,8% das mortes, respetivamente, no município de Coimbra em 2020, seguindo-se as causas de morte por diabetes (2,9% - valor ligeiramente inferior aos 3,2% da região de Coimbra e 3,3% de Portugal Continental) e por suicídio (0,4% - valor também ligeiramente inferior ao encontrado na região de Coimbra de 0,6% e de Portugal Continental que é de 0,7%) (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

No que se refere à educação, de acordo com o Perfil Local de Saúde de 2021 do ACeS Baixo Mondego (Neto et al., 2021b), verificamos que em 2011, em Coimbra, a taxa de abandono escolar era de 1,3%, valor igual ao encontrado na ARS Centro (1,3%), mas ligeiramente abaixo do encontrado em Portugal Continental (1,5%) e a taxa de analfabetismo era de 3,6%, valor inferior ao encontrado na ARS Centro (6,5%) e em Portugal Continental (5,2%). Em 2021, no Concelho de Coimbra, existiam 2591 pessoas analfabetas com 10 e mais anos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023a).

Assim, termino a descrição dos contextos clínicos onde decorreu a componente de estágio.

No capítulo seguinte descrevo o projeto de intervenção em contexto comunitário e de saúde pública, apelidado +Saber para +Proteger: Sensibilizar e Capacitar para a Prevenção do Abuso Sexual de Crianças e Jovens, desenvolvido no âmbito da prática clínica.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAÚDE PÚBLICA – +SABER PARA +PROTEGER: SENSIBILIZAR E CAPACITAR PARA A PREVENÇÃO DO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS E JOVENS

Neste capítulo é apresentado o projeto de intervenção em contexto comunitário e de saúde pública desenvolvido em contexto de UCC cujo o título é: +Saber Para +Proteger: Sensibilizar e Capacitar para a Prevenção do Abuso Sexual de Crianças e Jovens. Este projeto, criado e liderado pela estudante durante o estágio, surge para dar resposta ao planeamento realizado no âmbito da saúde escolar da UCC de Cantanhede, alinhado com as orientações nacionais e internacionais existentes e com as necessidades identificadas no contexto educativo alvo.

2.1 IDENTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA DO PROBLEMA DE SAÚDE RECONHECIDO COMO PRIORITÁRIO

O abuso sexual de crianças e jovens continua a ser, nos dias de hoje, um grave problema de violência que se traduz numa experiência adversa na infância (*Centers for Disease Control and Prevention* - CDC, 2022). O abuso sexual de crianças e jovens ocorre quando uma criança ou adolescente é envolvido numa atividade sexual que: 1. ele ou ela não compreende completamente e para a qual é incapaz de dar consentimento informado; ou 2. ele ou ela não está preparado em termos de desenvolvimento e não pode dar consentimento; ou 3. viola as leis ou tabus sociais da sociedade (*World Health Organization* [WHO], 2017). A Organização Mundial da Saúde destaca três tipos de abuso sexual de crianças e jovens: (i) abuso sexual sem contato (por exemplo, através de ameaças de abuso sexual, assédio sexual verbal, solicitação sexual, exposição indecente, exposição da criança à pornografia); (ii) contato com abuso sexual envolvendo relações sexuais (ou seja, agressão sexual ou violação); e (iii) abuso sexual por contato, excluindo relações sexuais, mas envolvendo outros atos, como toques, carícias e beijos inapropriados (WHO, 2017).

Nas situações de abuso sexual de crianças e jovens, os perpetradores podem ser adultos ou, mesmo, outras crianças/jovens que, em virtude da sua idade, estádio de desenvolvimento ou, ainda, no contexto de namoro ou relacionamentos íntimos, estão em posição de responsabilidade, confiança ou poder sobre a vítima. Os perpetradores podem, ainda, ser membros da família ou parentes próximos. O abuso sexual de crianças e jovens pode ocorrer numa única ocasião ou pode durar longas semanas ou

mesmo anos, sendo que os perpetradores utilizam, muitas vezes, a manipulação (por exemplo, psicológica, emocional ou material) ao invés da força física (WHO, 2017).

A experiência de abuso sexual durante a infância pode acarretar diversas consequências para a saúde, a curto e longo prazo, não apenas a nível físico, mas também a nível mental e comportamental. A nível físico destacam-se as lesões físicas, as doenças sexualmente transmissíveis, e outras condições crónicas, como por exemplo obesidade. Ao nível mental estão incluídas situações de depressão e sintomatologia de stress pós-traumático. Relativamente ao nível comportamental, estão descritas situações de uso indevido de substâncias, incluindo uso indevido de opióides, comportamentos sexuais de risco, aumento do risco de perpetração de violência sexual, e aumento do risco de suicídio ou tentativas de suicídio (CDC, 2022).

De acordo com o CDC (2022), nos Estados Unidos da América, 1 em cada 4 raparigas e 1 em cada 13 rapazes experiencia abuso sexual, sendo que em 91% das situações de abuso sexual de crianças e jovens o perpetrador é alguém conhecido e de confiança da criança ou é alguém da família. Em 2015, a carga económica total estimada de abuso sexual infantil nos Estados Unidos foi de 9,3 bilhões de dólares americanos (CDC, 2022).

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) registou 1416 crimes sexuais contra crianças e jovens no ano de 2021. De acordo com os tipos legais de crime existentes em Portugal, dos 1416 crimes sexuais contra crianças e jovens registados, 28 eram atos sexuais com adolescentes; 43 eram crimes de abuso sexual de menor dependente; 6 de abuso sexual de pessoa incapaz; 353 de abuso sexual de crianças; 44 de aliciamento de menores; 1 de lenocínio; 3 por prostituição de menores; 59 por pornografia de menores; 39 de violação; 20 de coação sexual; 33 de importunação sexual e 787 de conteúdos de abuso sexual de menores (APAV, 2022). Já no Relatório Anual de Segurança Interna 2021 de Portugal, os crimes de abuso sexual de criança representam a maior percentagem de crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual com uma percentagem de 36,3%. As vítimas tinham entre 0 e 13 anos de idade (7,0% entre os 0 e os 3 anos; 18,7% entre os 4 e os 7 anos de idade e 74,3% entre 8 e 13 anos). Em 53,1% das situações existia uma relação familiar entre o arguido e a vítima (Sistema de Segurança Interna, n.a).

Regionalmente/Localmente (Cantanhede) não existem dados epidemiológicos acerca dos crimes sexuais contra crianças e jovens. Ainda assim, considerando os dados internacionais e nacionais existentes e o impacto negativo que as experiências de abuso sexual durante a infância acarretam, é fundamental fomentar atividades de prevenção primária do abuso sexual infantil, enquadradas no planeamento da saúde escolar das UCC, dirigidas a crianças em idade pré-escolar e seus cuidadores, nomeadamente, pais/encarregados de educação. De facto, para além das crianças, sabemos que os pais/encarregados de educação desempenham um papel fundamental na prevenção do abuso sexual, mas para isso é necessário que estejam capacitados para tal, isto é, demonstrem ter conhecimentos, atitudes e práticas que lhes permitam educar de forma adequada os menores de que cuidam acerca do abuso sexual. Estudos realizados com pais de crianças têm demostrado que apesar de os pais já terem conhecimentos relevantes sobre o abuso sexual em crianças e jovens, existem ainda aspetos importantes que carecem de intervenção para melhorarem, nomeadamente sobre as características dos perpetradores, o abuso sexual de meninos e as consequências não físicas do abuso sexual (Chen & Chen, 2005; Chen et al., 2007; Del Campo et al., 2022; Salloum et al. 2020; Zhang et al., 2020). Relativamente às atitudes, alguns estudos reportam que os pais ficam preocupados com o facto de a educação de prevenção de abuso sexual infantil poder levar os seus filhos a saber "muito sobre sexo" (Chen et al., 2007; Zhang et al., 2020). No que diz respeito às práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual, estudos reportam que a maioria dos pais não falam sobre abuso sexual de crianças com os seus filhos, não lhes providenciando informação recomendada (Rudolph et al., 2018; Zhang et al., 2020).

Sendo expectável que estes resultados possam ser extrapolados para a população portuguesa, torna-se crucial apostar em estratégias de prevenção primária dirigidas não apenas a crianças em idade pré-escolar, mas também aos seus cuidadores, nomeadamente pais/encarregados de educação, justificando-se, assim, a necessidade de realização do projeto de intervenção aqui proposto. Esta necessidade de intervenção é, ainda, suportada pela Organização Mundial da Saúde (2016) que considerou a educação e competências de vida como uma das sete estratégias para acabar com a violência contra crianças, enquadrando nesta estratégia a necessidade de aumentar o conhecimento das crianças sobre o abuso sexual e sobre como se podem proteger contra este.

O presente projeto centra-se numa abordagem de prevenção primária, isto é, uma abordagem que visa o desenvolvimento de atividades para diminuir a possibilidade de uma situação de abuso sexual, ainda antes da sua existência, e tem como população-alvo as crianças em pré-escolar e os seus pais/encarregados de educação.

Considerando que o foco de Enfermagem são as respostas humanas, intencionais e não intencionais, às situações de saúde-doença ou do ciclo de vida, os enfermeiros devem assumir um papel central na prevenção primária, nomeadamente no que diz respeito a situações de violência, como é o caso do abuso sexual. Assim, poderão contribuir para diminuir as consequências deletérias do abuso sexual para a vida e saúde das vítimas, quer a curto quer a longo prazo.

Neste sentido, o projeto aqui proposto tem por base o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, um modelo de enfermagem de médio-alcance focado no fenómeno Promoção da Saúde (Alligood, 2017; McEwen, 2016). Este Modelo assenta na perspetiva holística da enfermagem, na teoria de aprendizagem social de Bandura e na psicologia social, orientando a exploração dos processos biopsicossociais que levam as pessoas a envolverem-se em comportamentos que promovem a saúde (Alligood, 2017; Pender et al., 2015). De acordo com a versão revista do Modelo, cada indivíduo tem Características e Experiências Individuais ímpares (fatores pessoais – biológicos, psicológicos e socioculturais – e comportamento anterior relacionado), que determinam ações/comportamentos futuros, e tem Afeto e Cognições Específicas do Comportamento, que podem ser avaliados e modificáveis através de intervenções que promovam a motivação do indivíduo para a mudança de comportamento (Alligood, 2017; Pender et al., 2015). De acordo com Pender (citada por Alligood, 2017), são sete os pressupostos do Modelo de Promoção de Saúde, dos quais destaco o pressuposto de que os profissionais de saúde constituem uma parte do ambiente interpessoal, que exerce influência sobre as pessoas ao longo da sua vida.

Neste enquadramento, propõe-se um projeto de intervenção acerca da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens dirigido às crianças em idade pré-escolar e seus pais/encarregados de educação.

A componente do projeto dirigida às crianças será implementada tendo por base o *Kit* pedagógico "Picos e Avelã à Descoberta da Floresta do Tesouro!" (Alexandre et al., 2017). Este *kit* foi desenhado para, de uma forma didática, abordar os temas mais

relevantes a serem desenvolvidos no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças (Alexandre et al., 2017). Este *kit* é recomendado pela APAV, pelo Centro de Estudos Judiciários, pelo Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS-IUL/ISCTE-IUL), pela Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens e pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

A sessão de intervenção será de cerca de 40 minutos e será desenvolvida a partir do conto infantil "Picos e Avelã à Descoberta da Floresta do Tesouro!". A história aborda diferentes áreas identificadas pela evidência científica como essenciais para a prevenção do abuso, como sejam: partes privadas e partes não privadas; bons toques, maus toques; segredos bons, segredos maus; dizer "sim", dizer "não"; e pedir ajuda. Como tal, a intervenção irá incluir atividades práticas (cerca de 5 minutos cada) que permitem a discussão e reflexão sobre as referidas áreas à medida que a história se vai desenrolando.

A componente do projeto dirigida aos pais/encarregados de educação, nesta fase, tratase de providenciar um folheto informativo construído especificamente para este projeto (Apêndice I), devido a contingências de tempo e recursos.

2.2. ÂMBITO DE INTERVENÇÃO/ POPULAÇÃO-ALVO

Enquadrado no trabalho desenvolvido pela UCC de Cantanhede no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, este projeto é realizado a crianças entre os 3 e os 6 anos de duas pré-escolas do concelho de Cantanhede (Tocha e Sanguinheira) e aos seus pais e/ou encarregados de educação.

2.3. OBJETIVOS

Geral

1. Contribuir para a redução de casos de abuso sexual de crianças e jovens.

Específicos

 Aumentar a literacia em saúde, especificamente relacionada com a prevenção do abuso sexual de crianças e jovens, de pais e/ou encarregados de educação de crianças dos 3 aos 6 anos de duas pré-escolas do concelho de Cantanhede
 Tocha e Sanguinheira.

- Aumentar a literacia em saúde, especificamente relacionada com a prevenção do abuso sexual, de crianças dos 3 aos 6 anos de duas pré-escolas do concelho de Cantanhede – Tocha e Sanguinheira, nomeadamente para:
 - o Distinguir partes privadas de partes não privadas;
 - Distinguir bons toques de maus toques Identificar situações desadequadas relacionados com o toque;
 - o Distinguir segredos bons de segredos maus;
 - o Distinguir as situações em que deve dizer-se "sim" ou "não";
 - Reconhecer adultos de confiança a quem a criança possa pedir ajuda em situações de perigo ou desadequadas.

2.4. HORIZONTE TEMPORAL

De 17 de janeiro a 31 de março de 2023.

2.5. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO/ ATIVIDADES

Na tabela 13 estão apresentadas, para cada um dos objetivos específicos, as atividades a serem desenvolvidas no presente projeto, bem como os indicadores de avaliação e as metas estabelecidas.

Tabela 13.

Atividades, indicadores de avaliação e metas estabelecidas para o projeto +Saber para +Proteger

Objetivo	Atividades	Indicadores de Avaliação	Metas
1	 Planeamento das atividades (inclui planeamento da atividade com as educadoras de infância das duas pré-escolas e construção 	Número de pais/encarregados de educação que receberam o folheto informativo	·
	de folheto informativo para intervenção aos pais/encarregados de educação).2. Disponibilização aos pais/encarregados de educação do folheto informativo (Apêndice I).	Satisfação dos pais/encarregados de educação relativamente à informação providenciada e formato de disseminação	50% dos pais/ encarregados de educação que receberam o folheto informativo apresentem elevada satisfação
2	 Planeamento das atividades (inclui planeamento da atividade com as educadoras de infância das duas pré-escolas e preparação dos materiais necessários à consecução da atividade 2). Realização da intervenção com recurso ao <i>Kit</i> pedagógico "Picos e Avelã à Descoberta da Floresta do Tesouro!" às crianças dos 3 aos 6 anos das pré-escolas da Tocha (3 salas) e Sanguinheira (2 salas). 	Número de crianças envolvidas Conhecimento imediato demostrado	80 crianças envolvidas 40% das crianças envolvidas demonstram conhecimento em pelo menos uma das seguintes áreas: partes privadas e partes não privadas; bons toques e maus toques; segredos bons e segredos maus; dizer "sim", dizer "não"; e reconhecimento de adultos de confiança (mais detalhes na tabela 14).

2.6. CALENDARIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

A calendarização das atividades encontra-se apresentada na figura 14.

2023		janeiro				fevereiro							março										
Objetivo	s Atividades	16 a 20	21 22	23 a 27	28 29	30 a 3	4 5	6 a 10	11	13 a 1	7 18	19 20	a 24	25 26	27 a 3	4 5	6 a 10 1	1 12	13 a 17	18 1	9 20 a 24	25 2	6 27 a 31
1	Planeamento das atividades (inclui planeamento da atividade com as educadoras de infância das duas pré-escolas e construção de folheto informativo para intervenção aos pais/encarregados de educação).																						
	Entrega aos pais/encarregados de educação do folheto informativo. Planeamento das atividades (inclui planeamento da atividade com as educadoras de infância das duas pré-escolas e preparação dos materiais necessários à consecução da atividade 2).																						
2	 Realização da intervenção com recurso ao Kit pedagógico "Picos e Avelã à Descoberta da Floresta do Tesouro!" às crianças dos 3 aos 6 anos das pré-escolas da Tocha (3 salas) e Sanguinheira (2 salas). 																						

Figura 14. Cronograma de atividades do projeto +Saber para +Proteger.

2.7. AVALIAÇÃO/INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO/CRITÉRIOS/METAS

Os indicadores de avaliação e metas estão apresentados na tabela 13.

O número de pais/encarregados de educação que receberam o folheto informativo e a satisfação demonstrada através do seu feedback imediato permitirão avaliar as atividades que lhes são dirigidas. É espero que, pelo menos, 80 pais/encarregados de educação recebam folheto informativo e que pelo menos 50% destes se demonstrem satisfeitos no momento da entrega do folheto relativamente à informação providenciada e ao formato de disseminação.

No que diz respeito às atividades dirigidas às crianças, o número de crianças entre os 3 e os 6 anos envolvidas será um dos indicadores, sendo esperado que pelo menos 80 crianças estejam presentes no momento do desenvolvimento da intervenção.

Adicionalmente, será utilizado o indicador conhecimento demostrado, que será avaliado com recurso às atividades do *Kit* pedagógico "Picos e Avelã à Descoberta da Floresta do Tesouro!", conforme tabela 14.

Tabela 14.

Descrição das atividades do Kit Pedagógico que facilitam a avaliação da intervenção

Momento da história	Descrição das atividades do <i>Kit</i> Pedagógico que facilitam a avaliação da intervenção
Final da seção do	Partes privadas e partes não privadas
Caminho Verde – O Meu Corpo	Apresentação de duas figuras do corpo humano em poster; Solicitação a duas crianças que na imagem apontem para as partes privadas e as cubram com roupa interior fornecida em material; Discussão em grupo.
Final da seção do	Toque bom, toque mau
Caminho Azul – Bons toques, maus toques	Leitura dos cartões dos toques (4 cartões); Solicitação às crianças que levantem a mão verde ou a mão vermelha (fornecidas previamente) quando ouvem a descrição do toque – verde se consideram bom toque, vermelha se consideram mau toque; Discussão em grupo.
Final da seção do	Segredos bons, segredos maus
Caminho Laranja –	Apresentação de 2 cartões com "imagens de segredos";

Segredos bons, segredos maus	Solicitação às crianças que levantem a mão verde ou a mão vermelha (fornecidas previamente) quando analisam a imagem - verde se consideram um segredo bom, vermelha se consideram um segredo mau; Discussão em grupo.
Final da seção do Caminho Amarelo – Dizer sim, dizer não	Dizer sim, dizer não Leitura de 4 cartões com situações de Dizer "sim", Dizer "não"; Solicitação às crianças que para cada situação identifiquem se deveriam dizer que "sim" (levantando mão verde) ou que "não" (levantando a mão vermelha). Discussão em grupo.
Final da seção do Caminho Castanho – Pedir ajuda	Solicitação às crianças de identificação de pessoas de confiança que procurariam caso vivessem alguma situação de perigo. Discussão em grupo.

2.8. EXECUÇÃO E SUSTENTABILIDADE DO PROJETO (RECURSOS HUMANOS E MATÉRIAS; PARCERIAS)

Os recursos necessários para a consecução do projeto e a respetiva justificação encontram-se apresentados na tabela 15.

Tabela 15.

Recursos necessários para a realização do projeto e justificação

Recursos Necessários Justificação

Necuisus Necessarius	Justinicação
Recursos	Humanos
Estudante do Curso de Mestrado em	Responsável por planear e conduzir
Enfermagem Comunitária - Área de	todas as atividades do projeto.
Enfermagem de Saúde Comunitária e	
Saúde Pública da Escola Superior de	
Enfermagem de Coimbra	
Enfermeira da UCC	Colaboração no estabelecimento de
	contactos com a pré-escola e na
	condução das atividades do projeto.

Recursos Materiais

Material de escritório (Computado	r, Planeamento e coordenação do projeto.
, ,	Estabelecimento de contactos.
telefone/telemóvel.	Construção de materiais a utilizar no
	projeto.
Kit pedagógico "Picos e Avelã	à Desenvolvimento da intervenção dirigida
Descoberta da Floresta do Tesouro!"	às crianças.

Parcerias

Este projeto beneficiará da parceria já existente da UCC onde decorre o projeto com os agrupamentos de escolas e, especificamente as pré-escolas, que constituem o parque escolar da referida Unidade.

Finda a apresentação do projeto de intervenção, passo a apresentar, no capítulo seguinte, o trabalho de investigação desenhado e realizado durante a componente clínica do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

3. COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Neste capítulo é apresentado o trabalho de investigação desenhado e realizado durante a componente clínica do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Considerando que versa a mesma área do projeto de intervenção comunitário apresentado no capítulo anterior, uma parte do enquadramento, particularmente, a definição de conceitos e a justificação da problemática, encontra-se escrita de igual forma.

Este projeto foi inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) enquanto Projeto de Estudo Associado, podendo ser consultado através da seguinte hiperligação: https://web.esenfc.pt/public/index.php?module=ui&target=outreach-projects&tipo=UI&id_projecto=1059&id_linha_investigacao=1&dado_pedido=Descricao

3.1. ENQUADRAMENTO

O abuso sexual de crianças e jovens continua a ser, nos dias de hoje, um grave problema de violência que se traduz numa experiência adversa na infância (*Centers for Disease Control and Prevention* - CDC, 2022). O abuso sexual de crianças e jovens ocorre quando uma criança ou adolescente é envolvido numa atividade sexual que: 1. ele ou ela não compreende completamente e para a qual é incapaz de dar consentimento informado; ou 2. ele ou ela não está preparado em termos de desenvolvimento e não pode dar consentimento; ou 3. viola as leis ou tabus sociais da sociedade (*World Health Organization* – WHO, 2017). A Organização Mundial da Saúde destaca três tipos de abuso sexual de crianças e jovens: (i) abuso sexual sem contato (por exemplo, através de ameaças de abuso sexual, assédio sexual verbal, solicitação sexual, exposição indecente, exposição da criança à pornografia); (ii) contato com abuso sexual envolvendo relações sexuais (ou seja, agressão sexual ou violação); e (iii) abuso sexual por contato, excluindo relações sexuais, mas envolvendo outros atos, como toques, carícias e beijos inapropriados (WHO, 2017).

Nas situações de abuso sexual de crianças e jovens, os perpetradores podem ser adultos ou, mesmo, outras crianças/jovens que, em virtude da sua idade, estádio de desenvolvimento ou, ainda, no contexto de namoro ou relacionamentos íntimos, estão em posição de responsabilidade, confiança ou poder sobre a vítima. Os perpetradores

podem, ainda, ser membros da família ou parentes próximos. O abuso sexual de crianças e jovens pode ocorrer numa única ocasião ou pode durar longas semanas ou mesmo anos, sendo que os perpetradores utilizam, muitas vezes, a manipulação (por exemplo, psicológica, emocional ou material) ao invés da força física (WHO, 2017).

De acordo com o CDC (2022), nos Estados Unidos da América, 1 em cada 4 raparigas e 1 em cada 13 rapazes experiencia abuso sexual, sendo que em 91% das situações de abuso sexual de crianças e jovens o perpetrador é alguém conhecido e de confiança da criança ou é alguém da família. Em 2015, a carga económica total estimada de abuso sexual infantil nos Estados Unidos foi de 9,3 bilhões de dólares americanos (CDC, 2022).

Em Portugal, a APAV registou 1416 crimes sexuais contra crianças e jovens no ano de 2021. De acordo com os tipos legais de crime existentes em Portugal, dos 1416 crimes sexuais contra crianças e jovens registados, 28 eram atos sexuais com adolescentes; 43 eram crimes de abuso sexual de menor dependente; 6 de abuso sexual de pessoa incapaz; 353 de abuso sexual de crianças; 44 de aliciamento de menores; 1 de lenocínio; 3 por prostituição de menores; 59 por pornografia de menores; 39 de violação; 20 de coação sexual; 33 de importunação sexual e 787 de conteúdos de abuso sexual de menores (APAV, 2022).

A experiência de abuso sexual durante a infância pode acarretar diversas consequências para a saúde, a curto e longo prazo, não apenas a nível físico, mas também a nível mental e comportamental. A nível físico destacam-se as lesões físicas, as doenças sexualmente transmissíveis, e outras condições crónicas, como por exemplo obesidade. Ao nível mental estão incluídas situações de depressão e sintomatologia de stress pós-traumático. Relativamente ao nível comportamental, estão descritas situações de uso indevido de substâncias, incluindo uso indevido de opióides, comportamentos sexuais de risco, aumento do risco de perpetração de violência sexual, e aumento do risco de suicídio ou tentativas de suicídio (CDC, 2022).

Considerando o exposto, torna-se crucial apostar em estratégias de prevenção primária. Muitos estudos têm-se focado na utilização de estratégias preventivas cuja população-alvo são as crianças. Contudo, sabemos que os pais e outros cuidadores desempenham, também, um papel fundamental na prevenção do abuso sexual, mas para isso é necessário que estejam capacitados para tal, isto é, demonstrem ter

conhecimentos, atitudes e práticas que lhes permitam educar de forma adequada os menores de que cuidam acerca do abuso sexual.

Estudos realizados com pais de crianças têm demostrado que apesar de os pais já terem conhecimentos relevantes sobre o abuso sexual em crianças e jovens, existem ainda aspetos importantes que carecem de intervenção para melhorarem, nomeadamente sobre as características dos perpetradores, o abuso sexual de meninos e as consequências não físicas do abuso sexual (Chen & Chen, 2005; Chen et al., 2007; Del Campo et al., 2022; Salloum et al. 2020; Zhang et al., 2020).

Relativamente às atitudes, alguns estudos reportam que os pais ficam preocupados com o facto da educação de prevenção de abuso sexual infantil poder levar os seus filhos a saber "muito sobre sexo" (Chen et al., 2007; Zhang et al., 2020).

No que diz respeito às práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual, estudos reportam que a maioria dos pais não falam sobre abuso sexual de crianças com os seus filhos, não lhes providenciando informação recomendada (Rudolph et al., 2018; Zhang et al., 2020).

Relativamente aos educadores de infância, um estudo conduzido com 47 educadores de infância do concelho de Leiria, Portugal, revelou que a maior parte dos educadores de infância não tinham formação prévia sobre prevenção do abuso sexual e concordavam que a prevenção de abuso sexual deveria fazer parte dos conteúdos a abordar no ensino pré-escolar. Este estudo demonstrou, ainda, que 72,4% dos educadores de infância considerava que alguns tópicos sobre o abuso sexual não são adequados para as crianças em idade pré-escolar e que 82,9% pensava que a sua abordagem à prevenção do abuso sexual não é bem aceite pelos pais ou cuidadores (Cascais et al., 2020).

Assim, e considerando a pouca investigação realizada em Portugal neste âmbito com pais e educadores de infância, é importante realizar estudos em Portugal que permitam identificar os conhecimentos, as atitudes e as práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual de pais ou encarregados de educação de crianças entre os 3 e os 6 anos; e os conhecimentos e as atitudes acerca da prevenção do abuso sexual de educadores de infância para desenvolver intervenções adequadas que respondam às necessidades ao nível da prevenção primária do abuso sexual de crianças e jovens.

3.2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo 1. Traduzir e adaptar para Português Europeu o questionário Parents' knowledge, attitudes, and educative practices regarding child sexual abuse prevention (Chen & Chen, 2005; Zhang et al., 2020).

Objetivo 2. Fornecer dados preliminares de validação (consistência interna das subescalas) do questionário Parents' knowledge, attitudes, and educative practices regarding child sexual abuse prevention.

Objetivo 3. Caracterizar os conhecimentos, as atitudes e as práticas de educação de pais/encarregados de educação de crianças entre os 3 e os 6 anos, que frequentam pré-escolas num concelho do centro de Portugal, acerca da prevenção do abuso sexual.

Objetivo 4. Analisar a associação entre o nível educacional dos pais/encarregados de educação e os conhecimentos, as atitudes e as práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual.

Objetivo 5. Caracterizar os conhecimentos e as atitudes dos educadores de infância de um concelho do centro de Portugal acerca da prevenção do abuso sexual.

3.3. METODOLOGIA

Para dar resposta ao objetivo 1 procedeu-se à tradução e adaptação do instrumento Parents' knowledge, attitudes, and educative practices regarding child sexual abuse prevention utilizando a metodologia de Beaton et al. (2000) para tradução e adaptação transcultural de medidas de autorrelato. Embora estivessem inicialmente previstas as 5 etapas, devido a constrangimentos de tempo para a realização do estudo, a etapa 3 correspondente à retrotradução foi omitida. Assim, a tradução e adaptação do instrumento foi realizada em 4 etapas: Tradução inicial por dois tradutores bilíngues, cuja primeira língua é o português europeu, que produziram duas versões do instrumento de forma independente; Síntese das traduções em que os dois tradutores prepararam uma tradução comum (T-12) com base no questionário original e nas versões do primeiro (T1) e do segundo (T2) tradutores; Painel de peritos no qual cinco especialistas (profissionais de saúde, pessoa com experiência em estudos de validação) analisaram a tradução do instrumento e versão original e deram contributos para a elaborarão da versão pré-final; Teste da versão pré-final — A versão pré-final da tradução

para o português foi testada numa amostra de cinco pais de crianças entre os 3 e os 6 anos a viverem em Portugal para avaliar a compreensibilidade de cada item.

Para dar resposta aos objetivos 2, 3, 4 e 5 foi realizado um estudo transversal exploratório, de carácter descritivo e correlacional, cujos detalhes sobre amostra, instrumentos de colheita de dados, procedimento de colheita de dados, tratamento e análise de dados e considerações ético-legais encontram-se descritas de seguida.

3.3.1. Amostra

Foi selecionada por conveniência uma pré-escola por representar o meio urbano do concelho. Adicionalmente foi aleatorizada uma pré-escola de cada agrupamento de escolas do concelho de Cantanhede utilizando o random.org (https://www.random.org/). Em cada escola selecionada, todos os educadores de infância foram convidados a participar no estudo, bem como todos os pais ou encarregados de educação que nos dias estipulados para colheita de dados se dirigiram à instituição de ensino. Foram incluídas no total quatro pré-escolas de um concelho do centro de Portugal.

3.3.2. Instrumentos de colheita de dados

Questionário de autorrelato incluindo Consentimento Informado e o questionário para pais ou encarregados de educação ou o questionário para educadores de infância.

O questionário para pais ou encarregados de educação era composto por: a) dados sociodemográficos; e b) questionário de conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens (traduzido e adaptado de Chen & Chen, 2005). O questionário para educadores de infância era composto por: a) dados sociodemográficos, curriculares e profissionais; e b) questionário de conhecimentos e atitudes sobre abuso sexual de crianças e jovens (Cascais, et al. 2020).

3.3.3. Procedimento de colheita de dados

Foi realizado um questionário online a pais/encarregados de educação e um questionário a educadores de infância. O questionário (incluindo Consentimento Informado e o questionário para pais/encarregados de educação ou o questionário para educadores de infância) foi disponibilizado recorrendo a uma ferramenta online de recolha e organização da informação gratuita (Formulários Google). A hiperligação para o questionário foi providenciada pessoalmente pelo investigador responsável por este projeto através da sua presença nas pré-escolas selecionadas durante os dias

dedicados à colheita de dados. Caso fosse da preferência dos respondentes, o consentimento informado e o questionário foram disponibilizados em formato papel.

3.3.4. Tratamento e análise de dados

Os questionários preenchidos online foram guardados e armazenados automaticamente em ficheiro Excel, que foi importado para o *Statistical Package for the Social Science Software* (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Os questionários preenchidos manualmente foram lançados pela investigadora na base de dados. Para dar resposta ao objetivo 2, foi realizada análise da consistência interna através do coeficiente alfa de *Cronbach*. Para dar resposta aos objetivos 3 e 5 foi realizada análise estatística descritiva e para dar resposta ao objetivo 4 foi realizada análise correlacional, especificamente utilizando o coeficiente de correlação de *Spearman*.

3.3.5. Considerações ético-legais

Foram cumpridos os princípios éticos inerentes à investigação científica, tendo o estudo aprovação da comissão de ética da UICISA: E, da ESEnfC (Parecer nº P922_10_2022; Anexo I). O estudo foi ainda registado no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (Número de registo: 1278900001) e os agrupamentos de escolas autorizaram a realização do estudo nas escolas selecionadas. Foi solicitada autorização para a utilização dos questionários aos autores originais. A autorização foi obtida para o questionário de conhecimentos e atitudes sobre abuso sexual de crianças e jovens (Cascais, et al. 2020; Apêndice II), mas não foi obtida para o questionário de conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens (Chen & Chen, 2005), apesar das várias tentativas de contacto aos autores (Apêndice III).

3.4. RESULTADOS

3.4.1. Tradução e adaptação do questionário de conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens e consistência interna de cada uma das subescalas (objetivos 1 e 2)

As quatro etapas para a tradução e adaptação do questionário decorreram de acordo com o esperado. Na etapa do painel de peritos foram sugeridas propostas de melhoria e foi discutida a utilização de alguns termos, como por exemplo "abusador", no contexto português.

Finda a consensualização da versão pré-final do questionário, foi realizado um pré-teste numa amostra de cinco pais de crianças entre os 3 e os 6 anos a viverem em Portugal para avaliar a compreensibilidade de cada item. Estes pais consideraram que a apresentação do questionário (estrutura e clareza) era adequada, não sugerindo alterações a este respeito. Consideraram, ainda, que os enunciados das afirmações/questões estavam escritos de uma forma clara.

Na amostra descrita na seção 3.4.2., foi analisada a consistência interna de cada subescala do questionário e obteve-se um α de *Cronbach* de 0,23 para a subescala conhecimentos acerca da prevenção do abuso sexual, de 0,04 para a subescala atitudes acerca da prevenção do abuso sexual e de 0,68 para a subescala práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual. Estes dados revelam que as subescalas não apresentam uma consistência interna aceitável (Streiner & Norman, 2008).

3.4.2. Resultados da amostra de pais/encarregados de educação (objetivos 3 e 4)

No total responderam 139 pais/encarregados de educação, com idades entre os 21 e 57 anos (média = 37,15 anos, DP = 6,11 anos), dos quais 115 (82,7%) eram do sexo feminino. Relativamente ao nível educacional, a maioria dos pais/encarregados de educação tinham grau de licenciado (n = 51; 36,7%), tinham o 12º ano (40; 28,8%), tinham grau de mestre (20; 14,4%). Dos 139 pais/encarregados de educação, 64 (46,0%) referiram ter recebido informações sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens dos pais ou outros membros da família e 74 (53,2%) referiram ter recebido informações sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens na préescola ou escola durante a sua infância.

No que diz respeito ao filho/menor a cargo em idade pré-escolar, em média, tinham 4,29 anos (DP = 0,73), a maioria era do sexo feminino (n = 75; 54,0%) e frequentavam estabelecimento de ensino em meio urbano (n = 73; 52,5%).

Globalmente, como se pode verificar na tabela 16, os pais/encarregados de educação demonstraram ter elevados níveis de conhecimento acerca da prevenção do abuso sexual com uma média de 8,18 (DP = 1,20); atitudes positivas acerca da prevenção do abuso sexual com uma média de 4,84 (DP = 0,39); e adequadas práticas de educação para com os seus filhos/menores a cargo em idade pré-escolar com uma média de 4,96 (DP = 1,45).

Tabela 16.

Conhecimentos, atitudes e práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual da amostra de pais/encarregados de educação

Subescalas	n; média ± desvio padrão (Min–Max)
Conhecimentos (0 – 10)	n = 110; 8,18 ± 1,20 (5–10)
Atitudes (0 – 5)	n = 138; 4,84 ± 0,39 (3–5)
Práticas de educação (0 – 7)	n = 135; 4,96 ± 1,45 (1–7)

Apesar dos elevados níveis de conhecimento, apenas 65 (46,8%) pais/encarregados de educação classificaram corretamente (como verdadeiro) a afirmação "1.3. Se uma criança/jovem foi sexualmente abusada, por norma, não existe evidência física visível/percetível" e somente 57 (41,0%) pais/encarregados de educação responderam corretamente à pergunta "2. As crianças que são abusadas sexualmente são-no sobretudo por?".

Relativamente às atitudes acerca da prevenção do abuso sexual, todos os respondentes concordam com a educação sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens na escola e apenas 12 (12,2%) receiam que a educação sobre a prevenção do abuso sexual de crianças e jovens possa levar a criança a saber demasiado sobre sexo.

No que às práticas de educação diz respeito, ressalva-se que apenas 7 (5,0%) dos pais/encarregados de educação disponibilizaram à(s) sua(s) criança(s) livros ou materiais audiovisuais sobre a prevenção do abuso sexual de crianças e jovens.

Nos apêndices IV e V podem ser consultadas as tabelas com informação detalhada da estatística descritiva relativamente à caracterização da amostra de pais/encarregados de educação no que toca a dados sociodemográficos e aos conhecimentos, atitudes e práticas de educação acerca do abuso sexual de crianças e jovens.

Não foi encontrada nesta amostra associação entre o nível educacional dos pais/encarregados de educação e os seus conhecimentos (ρ = 0,14; ρ = 0,14), atitudes (ρ = 0,15; ρ = 0,09) e práticas de educação (ρ = -0,14; ρ = 0,10) acerca da prevenção do abuso sexual (tabela 17).

Tabela 17.

Associação entre o nível educacional dos pais/encarregados de educação e os seus conhecimentos, atitudes e práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual calculada através do coeficiente de correlação de Spearman

Subescalas	Nível educacional (n = 136)
Conhecimentos (n = 109)	ρ = 0,14; p = 0,14
Atitudes (n = 135)	ρ = 0,15; ρ = 0,09
Práticas de educação (n = 132)	$\rho = -0.14; \ \rho = 0.10$

3.4.3. Resultados da amostra de educadoras de infância (objetivos 5)

No total responderam 11 educadoras de infância, com idade entre os 49 e 64 anos (média = 57,36 anos, DP = 5,39 anos) e com 24 a 43 anos de exercício da profissão de educador de infância (média = 34,27 anos, DP = 5,42 anos). A maioria era detentora do grau de licenciatura (n = 10; 90,9%) e, relativamente ao estabelecimento de ensino, das 11 educadoras de infância, 6 (54,4%) encontravam-se a exercer em estabelecimentos em meio urbano. Sete (63,6%) educadoras de infância reportam ter tido formação sobre prevenção de abuso sexual infantil ao longo do seu percurso como Educador de Infância. Destas, 3 (42,9%) referem que esta formação ocorreu em formações pósgraduadas/ações de formação, 3 (42,9%) mencionam que receberam esta formação em outros contextos e apenas 1 (14,3%) refere que esta formação ocorreu como parte dos conteúdos programáticos das aulas do curso de Educação da Infância. Das 7 educadoras de infância que receberam formação, 5 (71,4%) concordam totalmente que a formação contribuiu para enriquecer os conhecimentos que tinham sobre o tema.

No que diz respeito ao conhecimento sobre abuso sexual infantil, a maioria das educadoras de infância que responderam (n= 7; 63,6%) considera que tem um grau de conhecimento razoável. Adicionalmente, a maioria das educadoras de infância concordam parcialmente (n = 5; 45,5%) ou totalmente (n = 3; 27,3%) com a afirmação "Sente-se confiante para realizar atividades sobre este tema com os seus alunos?".

No que se refere às atitudes e prevenção de abuso sexual infantil, as 11 educadoras de infância que responderam ao questionário procuram manter-se atualizadas sobre este tema, particularmente através da consulta de livros/revistas/artigos (n = 5; 45,5%) e da partilha de informação com colegas (n = 4; 36,4%). Todas concordam totalmente (n = 9,

81,8%) ou parcialmente (n = 2; 18,2%) que se aborde o tema da prevenção do abuso sexual infantil com as crianças em contexto de sala de aula.

Dos vários materiais pedagógicos/metodologias disponíveis sobre prevenção de abuso sexual infantil adaptados a esta faixa etária, as educadoras de infância conhecem livros infantis (n = 6; 54,5%), conto de histórias (n = 6; 54,5%), músicas (n = 2; 18,2%), jogos de role-playing (n = 1; 9,1%) e filmes (n = 2; 18,2%).

Das respondentes, 8 (72,7%) já abordaram o tema da prevenção de abuso sexual infantil com as crianças, com uma frequência mensal (n = 2; 25,0%), semestral (n = 3; 37,5%) ou anual (n = 3; 37,5%). Para abordarem o tema, as educadoras de infância utilizaram livros infantis (n = 5; 71,4%), conto de histórias (n = 5; 71,4%), músicas (n = 1; 14,3%), jogos de role-playing (n = 1; 14,3%) e filmes (n = 1; 14,3%).

Das 11 educadoras de infância que responderam ao questionário, apenas 3 (27,3%) conheciam outros estabelecimentos de ensino onde o tema da prevenção do abuso sexual infantil era abordado com as crianças.

No que concerne à abordagem de conceitos com as crianças no âmbito da prevenção do abuso sexual infantil, a maioria das educadoras de infância concorda totalmente que se aborde: o conceito de "zonas privadas" (n = 9; 81,9%), o conceito de contacto interpessoal apropriado e não apropriado (n = 9; 81,9%), a possibilidade de uma pessoa que a criança conhece e gosta poder magoá-la (n = 7; 63,6%), o desenvolvimento sexual saudável (n = 8; 72,7%), as designações corretas das partes do corpo (n = 9; 81,9%), o "dizer não" ou sair/fugir e contar a uma pessoa de confiança (n = 10; 90,9%), o não guardar segredo quando alguém estabelece um contato contra a sua vontade (n = 10; 90,9%), a identificação de pessoas de confiança (n = 10; 90,9%) e a desculpabilização da criança perante situações de abuso (n = 9; 81,9%).

A maioria das educadoras de infância que responderam concordam totalmente (n = 8; 72,7%) ou parcialmente (n = 2; 18,2%) que a temática da prevenção de abusos sexuais deve integrar o currículo do ensino pré-escolar. Também concordam totalmente (n = 9; 81,8%) ou parcialmente (n = 1; 9,1%) que a educação para a prevenção de abusos sexuais vai ajudar a prevenir os abusos sexuais. Apenas uma minoria concorda totalmente (n = 1; 9,1%) ou parcialmente (n = 1; 9,1%) que a formação sobre prevenção de abusos sexuais possa induzir a criança a saber muito sobre sexo.

Em relação aos aspetos que se constituem como desafios à implementação de programas de abuso sexual infantil destacamos que a maioria das educadoras de infância concorda parcialmente ou totalmente que a escassez de bibliografia e meios audiovisuais apelativos sobre o tema e a adaptação de conceitos de forma inteligível e compreensível para crianças em idade pré-escolar são desafios à implementação de programas de abuso sexual infantil. Destacamos, ainda, que as respostas foram muito dispersas relativamente à afirmação "Os pais/cuidadores estão pouco recetivos à abordagem deste tema no âmbito do ensino pré-escolar", com uma educadora a não concordar totalmente, quatro a não concordar parcialmente, uma a considerar indiferente, três a concordar parcialmente e duas a concordar totalmente. Adicionalmente, podemos observar que 36,4% das educadoras concorda parcialmente ou totalmente que alguns tópicos não são adequados para discutir com crianças desta faixa etária e que o ensino desta temática é da responsabilidade dos pais/cuidadores, e que 45,5% concorda parcialmente ou totalmente que a abordagem destes conceitos com as crianças não é bem aceite pelos pais/cuidadores.

Nos apêndices VI e VII podem ser consultadas as tabelas com informação detalhada da estatística descritiva relativamente à caracterização da amostra no que toca a dados sociodemográficos, curriculares e profissionais e aos conhecimentos e atitudes acerca do abuso sexual de crianças e jovens.

3.5. DISCUSSÃO

Este estudo pretendia, essencialmente, (i) caracterizar os conhecimentos, as atitudes e as práticas de educação de pais/encarregados de educação de crianças entre os 3 e os 6 anos, que frequentam pré-escolas num concelho do centro de Portugal, acerca da prevenção do abuso sexual; (ii) analisar a associação entre o nível educacional dos pais/encarregados de educação e os conhecimentos, as atitudes e as práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual; e (iii) caracterizar os conhecimentos e as atitudes das educadoras de infância de um concelho do centro de Portugal acerca da prevenção do abuso sexual.

3.5.1. Discussão da amostra de pais/encarregados de educação

O estudo demonstrou que, de uma forma geral, os pais/encarregados de educação tinham elevados níveis de conhecimento acerca da prevenção do abuso sexual de

crianças e jovens, tinham atitudes positivas acerca da prevenção do abuso sexual, e tinham práticas de educação adequadas para com os seus filhos/menores a cargo em idade pré-escolar. Estes resultados encontram-se alinhados com os encontrados em outros estudos realizados a nível internacional. O estudo de Zhang et al. (2020), conduzido na China, demostrou que apesar do nível de conhecimentos se apresentar, em média, alto, existem lacunas no conhecimento dos pais, destacando que apenas um terço da amostra referia que a maioria das crianças são abusadas sexualmente por pessoas familiares (familiares ou contactos próximos da família). Outro estudo realizado na China reporta igualmente que apenas 28,2% dos pais identificam que a maioria das crianças são abusadas sexualmente por pessoas familiares (Chen & Chen, 2005). Também no estudo de Chen et al. (2007), realizado na China, no estudo de Rohanachandra et al. (2023), realizado no Sri Lanka, e no estudo de Salloum et al. (2020), realizado em El Salvador, mais de metade dos pais acreditava que as crianças são abusadas sexualmente por estranhos. Ainda, um outro estudo, realizado na Austrália e Reino Unido, identificou que apenas uma minoria de pais disse aos filhos que o abusador podia ser alguém conhecido (40%) ou um membro da família (35%; Rudolph et al., 2018). Estes dados são similares aos encontrados no presente estudo, em que só 57 (41,0%) pais/encarregados de educação responderam corretamente à pergunta "2. As crianças que são abusadas sexualmente são-no sobretudo por?".

Adicionalmente, no presente estudo identificou-se que apenas 65 (46,8%) pais/encarregados de educação classificaram corretamente (como verdadeiro) a afirmação "1.3. Se uma criança/jovem foi sexualmente abusada, por norma, não existe evidência física visível/percetível". Esta foi uma lacuna de conhecimento encontrada, igualmente, em outros estudos. Nos estudos de Rohanachandra et al. (2023), Zhang et al. (2020), Chen et al. (2007), e Chen e Chen (2005) só 33,5%, 28,4%, 28,2%, e 28,1%, respetivamente, dos pais identifica que em caso de uma criança/jovem ter sido sexualmente abusada não é necessário que exista evidência física visível.

Apesar de em média o nível de conhecimento dos pais/encarregados de educação ser elevado, as lacunas de conhecimento identificadas demonstram a necessidade de, ainda, ser necessário investir, em Portugal, na formação de pais/encarregados de educação acerca da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens.

Relativamente às atitudes acerca da prevenção do abuso sexual, todos os respondentes (100%) concordam com a educação sobre prevenção do abuso sexual de crianças e 92

jovens na escola. Este dado é mais positivo no presente estudo do que em estudos prévios, apesar de a diferença não ser muito elevada: 97,7% dos pais concordavam com a educação sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens na escola no estudo de Chen et al. (2007), 89,8% no de Chen e Chen (2005), e 89,5% no de Zhang et al. (2020). Este resultado demonstra o quanto os pais/encarregados de educação a viverem num concelho da região centro estão já sensibilizados para a necessidade de intervenção na área da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens. Igualmente positivo é que apenas 12,2% dos pais/encarregados de educação receiam que a educação sobre a prevenção do abuso sexual de crianças e jovens possa levar a criança a saber demasiado sobre sexo, percentagem bem inferior às encontradas em estudos anteriores: 44,4% (Zhang et al., 2020), 46,8% (Chen et al., 2007), e 47,3% (Chen & Chen, 2005).

Estes resultados positivos indicam-nos que os pais/encarregados de educação estão recetivos à implementação de programas de prevenção do abuso sexual de crianças e jovens nas escolas, em particular, nas pré-escolas.

No que às práticas de educação diz respeito, apesar de a maioria dos pais/encarregados de educação já implementarem práticas de educação no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens, como por exemplo, ensinar sobre partes privadas e não privadas, o saber dizer não, entre outras, ressalva-se que apenas 7 (5,0%) referiram já ter disponibilizado à(s) sua(s) criança(s) livros ou materiais audiovisuais sobre a prevenção do abuso sexual de crianças e jovens. Este resultado é idêntico ao encontrado em outros estudos, que apontam para percentagens a variar entre 4,2% e 8,6% (Chen & Chen, 2005; Chen et al., 2007; Zhang et al., 2020). É possível que este resultado seja fruto de falta de conhecimento dos pais/encarregados de educação de recursos pedagógicos que podem disponibilizar e utilizar com as crianças para educar acerca da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens. De facto, em Portugal existem já alguns recursos/ferramentas que podem ser utilizados, como por exemplo: o Kit pedagógico "Picos e Avelã à Descoberta da Floresta do Tesouro!" (Alexandre et al., 2017), o livro Sentir "SIM" Sentir "NÃO" (Instituto de Apoio à Crianças, n.d.), o vídeo e o livro "Kiko e a Mão" (Amsterdam, 2013), "A Viagem de Peludim" (Rodi & Beliz, 2016), e "Vamos Prevenir! As Aventuras do Búzio e da Coral" (Agulhas et al., 2017). Considerando os resultados obtidos no presente estudo, é premente explorar as razões pelas quais os pais/encarregados de educação não disponibilizam, à(s) sua(s)

criança(s), livros ou materiais audiovisuais sobre a prevenção do abuso sexual de crianças e jovens. Adicionalmente, e caso se verifique que a falta de conhecimento é uma das razões para que os pais não disponibilizem ferramentas didáticas neste âmbito, deverão ser encontradas estratégias para dar a conhecer aos pais/encarregados de educação, os recursos/ferramentas (livros, vídeos, jogos, etc) que existem em Portugal para promover a educação das crianças acerca da prevenção do abuso sexual.

No que concerne à existência de uma possível associação entre nível educacional dos pais/encarregados de educação e os seus conhecimentos, atitudes e práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual, o estudo não encontrou qualquer associação. Apesar destes resultados serem semelhantes aos encontrados no estudo de Zhang et al. (2020), Rudolph et al. (2018) e no estudo de Chen et al. (2007) no que concerne à não existência de associação entre nível educacional e práticas educacionais, não são idênticos aos resultados obtidos nos estudos de Chen & Chen (2005), Chen et al. (2007), Salloum et al. (2020), e Zhang et al. (2020) que mostraram que existia uma associação entre nível educacional e o conhecimento acerca da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens. Quanto à associação entre o nível educacional dos pais/encarregados de educação e as atitudes acerca do tema em questão, os resultados encontrados em estudos prévios são divergentes: no estudo de Chen et al. (2007) o nível educacional estava associado com as atitudes, contudo no estudo de Zhang et al. (2020) não foi encontrada associação entre estas variáveis. Os resultados, a este nível, obtidos no presente estudo podem dever-se ao facto de a maioria dos pais/encarregados de educação da amostra do estudo, independentemente do seu nível de escolaridade, estar desperto para esta temática e ter já um elevado nível de conhecimento, atitudes positivas e práticas de educação adequadas. Para além disso, importa ressalvar que o questionário utilizado apresenta sérias fragilidades de confiabilidade, especificamente consistência interna, nomeadamente nas subescalas conhecimento e atitudes acerca da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens. A consistência interna corresponde à homogeneidade dos itens de um instrumento (que avalia um constructo específico, isto é, que avalia uma variável latente [DeVellis, 2003]). O pressuposto é que as relações entre os itens de um instrumento estão logicamente ligadas às relações dos itens com a variável latente e, por essa razão, se os itens de uma escala têm uma forte relação com a sua variável latente, então terão também uma forte relação entre si. Assim, um instrumento que avalia um constructo é internamente

consistente na medida em que seus itens são altamente intercorrelacionados. Em instrumentos com respostas binárias, como é o caso do questionário utilizado no presente estudo, DeVellis (2003) alerta que pode ser necessário aumentar o número de itens para avaliar um constructo, porque os itens binários podem ter uma variabilidade mínima e, consequentemente, afetar a consistência interna.

3.5.2. Discussão da amostra de educadoras de infância

Os resultados obtidos na amostra de educadores de infância são bastante semelhantes aos obtidos no estudo de Cascais et al. (2020), conduzido com 47 educadores de infância do concelho de Leiria, Portugal. Contudo, destacamos de seguida algumas das diferenças encontradas entre os resultados destes dois estudos realizados em Portugal confrontadas, ainda, com alguns dados internacionais.

Na presente amostra, ao contrário do reportado por Cascais et al. (2020), a maioria das educadoras de infância tinham tido formação sobre prevenção de abuso sexual infantil ao longo do seu percurso como Educador de Infância. Estudos de âmbito internacional reportaram, à semelhança do estudo de Cascais et al. (2020), que a maioria dos respondentes nunca tinha recebido formação sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens (Márquez-Flores et al., 2016; Zhang et al., 2015). No que diz respeito ao conhecimento sobre abuso sexual infantil, a maioria das educadoras de infância deste estudo considerou ter um grau de conhecimento razoável, sendo que no estudo realizado em Leiria apenas cerca de metade dos educadores de infância consideraram ter este mesmo grau de conhecimento (Cascais et al., 2020). De facto, a formação sobre prevenção do abuso sexual a educadores de infância tem vindo a ser destacada como crucial não apenas pelo seu impacto positivo nos conhecimentos e atitudes acerca do referido tema (Kenny, 2007; Kleemeier et al., 1988; Randolph & Gold, 1994; Zhang et al., 2015), mas também pela sua relevância na preparação dos educadores (Bergström et al., 2016), nomeadamente acerca dos programas de prevenção e suas características e das mensagens chave que devem ser transmitidas às crianças (Scholes et al., 2012).

Enquanto no presente estudo todas as participantes concordavam com a abordagem do tema da prevenção do abuso sexual infantil com as crianças em contexto de sala de aula, como parte integrante do curriculum do pré-escolar, no estudo de Cascais et al. (2020), cerca de 10% não concordavam ou era-lhes indiferente. Também no estudo de Zhang et al. (2015), apenas 68% dos educadores de infância concordavam que o tema

da prevenção do abuso sexual infantil deveria integrar o curriculum do ensino préescolar.

No que concerne à abordagem de tópicos com as crianças no âmbito da prevenção do abuso sexual infantil, os resultados dos estudos são divergentes no que toca ao tópico "possibilidade de uma pessoa que a criança conhece e gosta poder magoá-la". Os resultados deste estudo apontam para que a maioria das educadoras de infância concordam totalmente que o referido tópico seja abordado com as crianças, ao passo que no estudo realizado em Leiria, nenhum educador de infância concorda totalmente que este tópico seja abordado, pelo contrário, a maioria discorda totalmente que se aborde o tópico em causa (Cascais et al., 2020).

O estudo de Cascais et al. (2020) demonstrou que 82,9% dos educadores de infância pensava que a sua abordagem à prevenção do abuso sexual não é bem aceite pelos pais ou cuidadores, contudo no atual estudo as respostas a esta questão foram muito dispersas, não sendo possível verificar uma tendência.

Também no que concerne à adequação dos tópicos sobre o abuso sexual às crianças, os estudos apresentam resultados dispares: no presente estudo apenas 36,4% das educadoras concorda parcialmente ou totalmente que alguns tópicos não são adequados para discutir com crianças desta faixa etária ao passo que, no estudo realizado em Leiria, eram 72,4% (Cascais et al., 2020).

Adicionalmente, apesar de os resultados obtidos serem semelhantes aos de Cascais et al. (2020), merecem destaque dois achados que devem ser considerados no planeamento de investigação e intervenção futuras: existe ainda um considerável número de educadores de infância conhece materiais que poucos pedagógicos/metodologias disponíveis sobre prevenção de abuso sexual de crianças e jovens adaptados à faixa etária dos 3 – 6 anos e, apesar de em número reduzido, há, ainda, educadoras de infância que receiam que a formação sobre prevenção de abusos sexuais possa induzir a criança a saber muito sobre sexo. Este último dado, a nível internacional, é mais expressivo, sendo que, no estudo de Zhang et al. (2015), 72% dos respondentes receavam que formação sobre prevenção de abusos sexuais possa induzir a criança a saber muito sobre sexo.

3.5.3. Limitações do estudo

O estudo foi restrito a uma área geográfica (um concelho do centro de Portugal) e a amostra de educadores de infância é muito reduzida o que impede a generalização, inclusive para o contexto nacional.

Os questionários utilizados não se encontram, ainda, validados para a população portuguesa, pelo que os resultados obtidos neste estudo devem ser considerados cautelosamente. Contudo, consideramos que os resultados deste estudo, em especial os resultados descritivos da resposta a cada item dos questionários, são úteis para o planeamento futuro de novos estudos de investigação na área em causa, cuja evidência científica em Portugal é ainda escassa.

3.6. CONCLUSÃO

Globalmente, os pais/encarregados de educação demonstraram ter elevados níveis de conhecimento e atitudes positivas acerca da prevenção do abuso sexual, bem como adequadas práticas de educação para com os seus filhos/menores a cargo em idade pré-escolar. Contudo, são evidenciadas algumas lacunas de conhecimento e de práticas educativas de prevenção que ainda necessitam de ser minimizadas.

O estudo revelou a não existência de associação entre nível educacional dos pais/encarregados de educação e os seus conhecimentos, atitudes e práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual.

Relativamente aos educadores de infância, o estudo evidenciou que a maioria tinha tido formação sobre prevenção de abuso sexual infantil ao longo do seu percurso como Educador de Infância e consideravam ter um grau de conhecimento razoável sobre a área. Evidenciou, ainda, que todas as educadoras de infância concordavam com a abordagem do tema da prevenção do abuso sexual infantil com as crianças em contexto de sala de aula e que, apenas, uma minoria ainda considera que alguns tópicos não são adequados para discutir com crianças desta faixa etária. Adicionalmente, identificou que educadores de infância ainda conhecem os poucos materiais pedagógicos/metodologias disponíveis sobre prevenção de abuso sexual de crianças e jovens adaptados à faixa etária dos 3 – 6 anos e que, apesar de em número reduzido, há, ainda, educadoras de infância que receiam que a formação sobre prevenção de abusos sexuais possa induzir a criança a saber muito sobre sexo.

Implicações para a prática

O estudo demostra a necessidade de (i) promover formação a pais/encarregados de educação que permitam colmatar as lacunas do conhecimento existentes relativamente à área da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens; (ii) planear e implementar estratégias para dar a conhecer aos pais/encarregados de educação e aos educadores de infância, os recursos/ferramentas (livros, vídeos, jogos, etc) que existem em Portugal para promover a educação das crianças acerca da prevenção do abuso sexual; (iii) promover a implementação de estratégias que visem modificar algumas crenças dos educadores de infância no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens (como por exemplo, o receio de que a formação sobre prevenção de abusos sexuais possa induzir a criança a saber muito sobre sexo).

Implicações para a investigação

O estudo demostra a necessidade de realizar mais investigação em Portugal para: (i) validar o questionário de conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens para a população portuguesa ou, em alternativa, propor um novo instrumento de medida que apresenta boas propriedades psicométricas; (ii) realizar estudos descritivos e correlacionais acerca dos conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens em amostra mais representativa do contexto português de pais/encarregados de educação e educadores de infância; e (iii) explorar as razões pelas quais os pais/encarregados de educação não disponibilizam, às suas crianças, livros ou materiais audiovisuais sobre a prevenção do abuso sexual de crianças e jovens.

Terminada a apresentação do trabalho de investigação conduzido durante a prática clínica, apresento, no seguinte capítulo, a descrição e a reflexão crítica sobre as aprendizagens e competências desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio.

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA

Neste capítulo apresento a descrição e a reflexão crítica sobre as aprendizagens e competências desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio tendo por base as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Nos apêndices VIII, IX e X podem ser consultados os cronogramas de atividades da componente clínica na USP do ACeS Baixo Vouga (polo Anadia), na UCC de Cantanhede e na USP do ACeS Baixo Mondego (sede – Coimbra), respetivamente.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De seguida, apresento uma reflexão crítica sobre o contributo das atividades desenvolvidas em estágio nos diferentes contextos para a minha aprendizagem e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista que se encontram estabelecidas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Esta subseção encontra-se organizada por domínio de competência: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

4.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi desenvolvido de forma transversal em todas as atividades desempenhadas ao longo das 30 semanas de prática clínica, considerando sempre os valores universais inerentes à profissão de enfermagem que constam no código deontológico do enfermeiro: igualdade; liberdade responsável; verdade e justiça; altruísmo e solidariedade; e competência e aperfeiçoamento profissional (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro).

As atividades tiveram, ainda, subjacentes os deveres constantes na deontologia profissional publicada no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro). Apesar de considerar que, de forma geral, a responsabilidade profissional, ética e legal foi um domínio trabalhado em todas as atividades desempenhadas,

destaco, pela natureza das atividades, o desenvolvimento de competências neste domínio para:

- 1. Cumprir o dever para com a comunidade (artigo 101º da Lei nº 156/2015 de 16 de setembro), nomeadamente pela identificação das necessidades da comunidade abrangida pela UCC de Cantanhede, em particular ao nível da prevenção do abuso sexual de crianças; pela colaboração em projetos multidisciplinares e interdisciplinares da referida UCC para dar resposta a necessidades identificadas (por exemplo, no âmbito do PNSE, Projeto Intervenção Combinada Reminiscência e exercício físico); pela construção de base de dados e análise dos dados no âmbito do Projeto Sinistralidade Rodoviária e dos acidentes de trabalho dos profissionais do ACeS Baixo Vouga; pela participação na campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023; e pela participação na área de intervenção da USP do ACeS Baixo Mondego "Consulta do viajante e vacinação internacional".
- 2. Respeitar os valores humanos (artigo 102º da Lei nº 156/2015 de 16 de setembro), salvaguardando os direitos das crianças, através da sua capacitação, e não discriminando no exercício das atividades. Neste âmbito, durante a prática clínica, e enquadrada no cumprimento do PNSE, foi planeada e realizada intervenção a crianças dos 3 aos 6 anos do concelho de Cantanhede para a prevenção do abuso sexual. Foi, ainda, acompanhado o processo vacinal contra a tuberculose (BCG) e contra o vírus *Monkeypox* na sede da USP do ACeS Baixo Mondego.
- 3. Cumprir o dever de informação, ou seja, providenciar a informação necessária e baseada na melhor evidência ao indivíduo/comunidade (artigo 105º da Lei nº 156/2015 de 16 de setembro). As atividades de capacitação de grupos e comunidades no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens, de colaboração no Projeto de parceria com a Câmara Municipal de Cantanhede Sinistralidade Rodoviária, e de acompanhamento de atividades já planeadas no âmbito do PNSE (Sessão sobre comunicação assertiva e Sessões do Projeto +Contigo) foram momentos-chave de aprendizagem para treinar competências de responsabilidade profissional relacionada com o dever de informação. Foram, ainda, momentos de excelência para esta aprendizagem o contacto com as

- pessoas no âmbito da colaboração na vacinação (internacional, contra o vírus *Monkeypox* e tuberculose).
- 4. Cumprir o dever da excelência do exercício profissional (artigo 109º da Lei nº 156/2015 de 16 de setembro) foi desenvolvido por atividades em ambos os contextos. Na UCC, foi particularmente desenvolvido pela análise de possíveis tópicos de interesse para o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados pela UCC através da consulta de sumários de evidência do JBI, tradução dos indicadores de boas práticas de cinco sumários de evidência de interesse e partilha destes com a coordenadora da UCC. Nas USP, destaco a colaboração na elaboração de Processo Assistencial Integrado para Higienização das mãos na vacinação, a realização de auditoria interna ao procedimento para atuação do NACJR, o acompanhamento da auditoria ao processo de vacinação da campanha ERPI/RNCCI, a participação no 3º Congresso Nacional da USP do ACeS Baixo Vouga, a participação em formação acerca da aplicação da Orientação 006/2016 - Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na escola organizada no âmbito do Programa Regional para a Diabetes da ARS Centro, e a participação no Encontro do Dia Mundial da Higiene das Mãos organizado pela Unidade Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da ARS Centro. Estas atividades permitiram trabalhar competências de análise crítica e procura de informação e análise para facilitar a integração da melhor evidência disponível na prática.

Em suma, as atividades realizadas permitiram aumentar as minhas capacidades para desenvolver "uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional" e para garantir "práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4746).

4.1.2. Melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade assenta em três competências, são elas: "Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica", "Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua" e "Garante um

ambiente terapêutico e seguro" (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4747 e 4748).

Durante as 15 semanas de componente clínica na UCC de Cantanhede foi possível acompanhar uma reunião da equipa de enfermagem da UCC na qual foram debatidos assuntos relacionados com a governação clínica da UCC. Nesse sentido, tive oportunidade, na busca pelo aperfeiçoamento do meu conhecimento e desenvolvimento das competências indicadas, de explorar possíveis tópicos de interesse para o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados pela UCC através da consulta de sumários de evidência do JBI e tradução dos indicadores de boas práticas de cinco sumários de evidência de interesse. Apesar de neste período não me ter sido possível o envolvimento em iniciativas específicas de melhoria da qualidade dos cuidados, pude compreender como poderei ter um papel dinamizador e de apoio em iniciativas para a melhoria contínua, e, assim, preparar-me antecipadamente de modo a poder corresponder, em tempo oportuno, às necessidades das comunidades.

No período de prática clínica nas USP desenvolvi, também, competências ao nível do domínio da melhoria contínua. Para este fim, e considerando as limitações deste período de aprendizagem, tive oportunidade e priorizei, em parceria com as enfermeiras tutoras, as seguintes atividades: preparação de auditoria interna ao processo de vacinação da Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023 -Grupo dos residentes em ERPI e utentes da RNCCI; preparação de proposta de procedimento para registo no Sclinico da consulta de enfermagem relativa à vacinação em contexto de ERPI; realização de auditoria interna ao procedimento para atuação do NACJR; preparação da documentação para reunião do NAJCR; colaboração na elaboração de Processo Assistencial Integrado para Higienização das mãos na vacinação, contribuindo para a resolução do problema identificado no plano de ação da unidade funcional relacionado com esta área; participação no Encontro do Dia Mundial da Higiene das Mãos organizado pela Unidade Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da ARS Centro; colaboração na organização do armazém - clínico e farmácia, incluindo Mala anafilaxia, para preparar implementação de armazém avançado; e preparação de PowerPoint para formação e sua apresentação na reunião de enfermagem sobre "Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e Plano Nacional de Saúde".

4.1.3. Gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados estão enquadradas as competências "Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde" e "Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados" (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4748).

O período de atividades em ambiente clínico de UCC permitiu consciencializar-me da importância do trabalho em rede na comunidade. Não obstante, muitas atividades que acompanhei terem sido realizadas por enfermeiros, verifiquei a importância da constante articulação com a restante equipa de saúde. A referenciação para outros colegas enfermeiros ou até outros profissionais de saúde é regularmente necessária, tendo em conta a multiplicidade de problemas/necessidades identificadas no âmbito comunitário. Durante as atividades de acompanhamento nas escolas pertencentes ao parque escolar da UCC de Cantanhede para cumprimento do PNSE surgiram situações que mereceram trabalho de articulação com restante equipa de saúde.

Adicionalmente, destaco as atividades que desempenhei relacionadas com a conceção, planeamento e implementação de intervenções com vista à capacitação de grupos e comunidades e as atividades de caracterização dos problemas de saúde de grupos e/ou da comunidade, em especial as desenvolvidas no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens, que me permitiram aprimorar as minhas competências de gestão de trabalho de equipa e adequação dos recursos às necessidades existentes, bem como de reconhecimento dos diferentes papéis e funções dos vários membros da equipa.

No âmbito das atividades na USP, foi, de igual modo, visível a necessidade de articulação entre os diversos grupos profissionais e entre os vários enfermeiros da equipa da USP. Aqui destaco o facto das USPs desenvolverem a sua atividade através de serviços locais existentes em cada um dos concelhos abrangidos pelo ACeS a que pertencem, o que implica uma forte articulação entre os profissionais de forma a dar resposta às necessidades da comunidade e proteger e promover a saúde pública da sua área de abrangência. O acompanhamento das reuniões do Conselho Geral da USP do ACeS Baixo Mondego e da USP do ACeS Baixo Vouga, bem como o acompanhamento da reunião da equipa de enfermagem da USP do ACeS Baixo

Mondego permitiu ter uma visão global da referida articulação entre os profissionais de saúde da USP no planeamento das atividades.

Complementarmente, as atividades de colaboração na campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023 — CVC, na reunião com representantes dos agrupamentos e profissionais da USP, UCC e URAP para planeamento da saúde escolar para o ano letivo 2022-2023, na organização do armazém para preparar a implementação de armazém avançado, no acompanhamento do processo de participação de um acidente de trabalho, e na participação na área de intervenção da USP do ACeS Baixo Mondego "Consulta do viajante e vacinação internacional" facilitaram a aquisição de competências no domínio da gestão de cuidados, tanto ao nível da gestão de cuidados de enfermagem, como ao nível da adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto.

4.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No que toca ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são duas as competências mencionadas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, "Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade" e "Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica" (p. 4749). O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, essencial para a criação de relações entre profissionais e com os utentes, foi sendo realizado ao longo das diversas atividades desempenhadas durante o período de prática clínica.

Especificamente, as atividades que em certa medida liderei durante o período em UCC, nomeadamente a conceção, planeamento e implementação de intervenções para a prevenção do abuso sexual de crianças dos 3 aos 6 anos com vista à sua capacitação e as atividades de caracterização dos conhecimentos, atitudes e práticas de educação de pais/encarregados de educação, acerca da prevenção do abuso sexual de crianças dos 3 aos 6 anos, e dos conhecimentos e atitudes das educadoras de infância acerca da prevenção do abuso sexual de crianças, possibilitaram-me um crescimento ao nível da minha capacidade de autoconhecimento e de adaptabilidade a diferentes contextos e situações.

Paralelamente, estas atividades foram essenciais para adquirir competências ao nível da utilização da melhor evidência para informar a prática, nomeadamente na seleção da intervenção a realizar com as crianças dos 3 aos 6 anos e na sua operacionalização. 104

De facto, o *Kit* Pedagógico "Picos e Avelã à Descoberta da Floresta do Tesouro!" (Alexandre et al., 2017) foi selecionado por ter sido desenhado para, de uma forma didática, abordar os temas mais relevantes a serem desenvolvidos no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças, isto é, incluir áreas identificadas pela evidência científica como essenciais para a prevenção do abuso: partes privadas e partes não privadas; bons toques, maus toques; segredos bons, segredos maus; dizer "sim", dizer "não"; e pedir ajuda (National Sexual Violence Resource Center, 2011). Para além disso, foi selecionado porque é um *kit* recomendado pela APAV, pelo Centro de Estudos Judiciários, pelo Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS-IUL/ISCTE-IUL), pela Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens e pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, organizações nacionais de relevo na área em causa.

Ainda neste âmbito, desenvolvi competências de investigação, de interpretação, organização e divulgação de resultados úteis para contribuir para a criação de novo conhecimento e desenvolvimento da prática clínica, tanto durante o período em UCC como em USP. Para isto contribuíram as atividades de caracterização dos conhecimentos, atitudes e práticas de educação de pais/encarregados de educação, acerca da prevenção do abuso sexual de crianças dos 3 aos 6 anos, e dos conhecimentos e atitudes das educadoras de infância acerca da prevenção do abuso sexual de crianças, as atividades relacionadas com o projeto de parceria com a Câmara Municipal de Cantanhede - Sinistralidade Rodoviária — Pensar a Prevenção/Melhorar a Resposta, em particular a criação de uma base de dados, lançamento e análise dos dados recolhidos, e apresentação dos resultados em reunião do projeto, e as atividades de construção de base de dados, lançamento e análise dos dados relacionados com os acidentes de trabalho de 2021 do ACeS Baixo Vouga.

O período na USP foi, igualmente, rico em atividades para fortalecer as competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. São exemplos destas atividades, a participação em diversos eventos científicos e formações (XX Encontro Nacional Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APECSP), formação acerca da aplicação da Orientação 006/2016 - Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na escola organizada no âmbito do Programa Regional para a Diabetes da ARS Centro, 3º Congresso Nacional da Unidade de Saúde Pública do ACeS Baixo Vouga, Encontro do Dia Mundial da Higiene das Mãos, e sessão de

Lançamento do Sistema de Indicadores de Saúde Ocupacional); a preparação de PowerPoint para formação e sua apresentação na reunião de enfermagem sobre "Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e Plano Nacional de Saúde", e a colaboração na elaboração de Processo Assistencial Integrado para Higienização das mãos na vacinação.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

De seguida, apresento uma reflexão crítica, organizada por competência, sobre o contributo das atividades desenvolvidas, durante o período de estágio nos diferentes contextos de prática clínica, para a minha aprendizagem e desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública que se encontram estabelecidas no Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, a saber: estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; e realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

4.2.1. Estabelecimento, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, da avaliação do estado de saúde de uma comunidade

O planeamento em saúde surge como uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública que se encontram estabelecidas no Regulamento de Competências Específicas desta Especialidade (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

O planeamento em saúde foi definido por Imperatori e Giraldes (1993) como "a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos" (p. 23). O planeamento em saúde é crucial considerando: os escassos recursos, que exigem

que a sua utilização seja eficaz e eficiente; os recursos existentes (infraestruturas e equipamentos que podem ser maximizados); a premência de intervir na origem dos problemas; e a necessidade de definir prioridades e evitar a realização de intervenções isoladas (Imperatori & Giraldes, 1993). As etapas do planeamento em saúde são: o diagnóstico da situação; a definição de prioridades; a fixação de objetivos; a seleção de estratégias; a elaboração de programas e projetos; a preparação da execução; a execução; e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

As unidades de competência associadas à aqui apresentada competência são:

procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade; estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade; formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas; estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados; avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, p. 19355).

Para desenvolver esta competência e respetivas unidades de competência, realizei diferentes atividades, como por exemplo:

- caracterização de um problema de saúde da comunidade no âmbito da UCC, especificamente relacionado com o abuso sexual de crianças e jovens, através de pesquisa de dados a nível internacional e nacional e através de colheita de informação a nível local;
- planeamento de atividades com vista à capacitação de grupos e comunidades no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens e realização das atividades planeadas;
- colaboração no Projeto de parceria com a Câmara Municipal de Cantanhede Sinistralidade Rodoviária Pensar a Prevenção/Melhorar a Resposta. Uma
 perspetiva de saúde pública e de trabalho em rede através do acompanhamento
 de atividades de âmbito comunitário, criação de base de dados, lançamento e
 análise de dados, construção de gráficos e apresentação em reunião do projeto;
- acompanhamento de atividades já planeadas no âmbito do PNSE;

- acompanhamento de atividades já planeadas no âmbito do Programa Nacional de Vacinação – BCG, *Monkeypox*, vacinação internacional, campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023;
- consulta de documentos da UCC e da USP que incluem, entre outros, informação sobre os seus modelos de organização e funcionamento para proceder à sua caracterização.

As atividades realizadas exigiram, por exemplo, a procura de dados para caracterização de problemas em saúde ou, mesmo, a sua recolha, o que me permitiu o desenvolvimento de competências ao nível da utilização de indicadores epidemiológicos, por exemplo. O desenvolvimento destas competências foi fortemente fundamentado na procura de informação já existente, tais como fontes de informação a nível nacional como sejam o INE e a PORDATA e perfis regionais e locais de saúde promovidos pelos observatórios regionais de saúde do departamento de saúde pública de cada ARS, mas também na criação de bases de dados, lançamento de dados e sua análise para caracterizar o uso de sistemas de retenção de crianças em automóveis no concelho de Cantanhede (considerando os dados recolhidos até Março de 2023) e para caracterizar os acidentes de trabalho, no ano de 2021, dos profissionais do ACeS Baixo Vouga.

Permitiram, ainda, o treino de formulação de objetivos e estratégias, tendo em conta priorização das necessidades em saúde estabelecidas nos programas de saúde existentes, nomeadamente no PNSE, e do estabelecimento e avaliação de um projeto de intervenção com vista à resolução de um problema identificado.

4.2.2. Contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades

De acordo com o artigo 3 do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril, que aprovou o Regulamento da Organização e Funcionamento das UCC, "A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção" (p. 15438). Ainda no artigo 9 do referido despacho, uma das atividades da carteira de serviços da UCC é a realização de "intervenções em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e 108

prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar" (Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril, p. 15440).

Portanto, no contexto da UCC de Cantanhede, durante o período de prática clínica, tive oportunidade de desenvolver competências ao nível da capacitação de grupos e comunidades. Mais detalhadamente concebi, planei e implementei um projeto de intervenção, tendo para isso mobilizado e integrado conhecimentos da área da comunicação (elaboração de folheto) e educação (recurso a atividades práticas para captar a atenção das crianças e capacitá-las). Adicionalmente, o acompanhamento de atividades já planeadas no âmbito do PNSE e a colaboração no Projeto de parceria com a Câmara Municipal de Cantanhede - Sinistralidade Rodoviária — Pensar a Prevenção/Melhorar a Resposta. Uma perspetiva de saúde pública e de trabalho em rede possibilitou a minha participação, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária.

4.2.3. Integração na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

O mais recente Plano Nacional de Saúde, elaborado para o período de 2021 a 2030, tem como "finalidade melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida através de um compromisso social para a saúde sem deixar ninguém para trás, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras." (Direcção-Geral da Saúde, 2022, p. 11). Este plano sublinha a necessidade de investir ao nível dos determinantes de saúde e bem-estar através do fortalecimento dos fatores protetores da saúde simultaneamente com a redução dos fatores de risco (Direcção-Geral da Saúde, 2022).

Para facilitar o alcance das metas definidas no Plano Nacional de Saúde, existem, atualmente, os seguintes 12 programas de saúde prioritários: Alimentação Saudável; Atividade Física; Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos; Controlo do Tabagismo; Diabetes; Doenças Cérebrocardiovasculares; Doenças Oncológicas; Doenças Respiratórias; Hepatites Virais; Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção por VIH; Tuberculose; e Saúde Mental. Complementarmente, existem 10 Programas de Saúde, a saber: Vacinação; Saúde Infantil e Juvenil; Intervenção Precoce na Infância; Saúde Sexual e Reprodutiva; Saúde

Oral; Saúde Ocupacional; Saúde Escolar; Saúde da Visão; Prevenção de Acidentes; e Prevenção e Controlo da Dor.

As atividades que realizei ao longo da componente clínica permitiram participar "na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde" (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, p. 19356) e, assim, desenvolver a competência "Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde". Em específico, desempenhei atividades enquadradas no PNSE, Programa Nacional de Vacinação, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, e Programa de Saúde Prioritário de Saúde Mental. Estas atividades foram realizadas com vista à obtenção de ganhos em saúde, o que me permitiu treinar competências de otimização da operacionalização de Programas de Saúde, utilizando técnicas de intervenção comunitária, e de otimização e maximização dos recursos existentes para realizar as atividades propostas enquadradas no âmbito dos referidos Programas de Saúde.

Complementarmente, a preparação de powerpoint para formação e a sua apresentação na reunião de enfermagem facilitou o desenvolvimento de competências ao nível da integração da coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, uma vez que facilitou o aprofundamento de conhecimentos acerca dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e do Plano Nacional de Saúde em vigor.

4.2.4. Realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, no âmbito desta competência, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública deve ser capaz de cooperar na vigilância epidemiológica através, por exemplo, da conceção de instrumento para recolha de dados, sistematização de indicadores, monitorização dos fenómenos saúde-doença, utilização de modelos conceptuais explicativos e técnicas estatísticas, e participação na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica.

De acordo com a legislação existente (Artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro), a vigilância epidemiológica é uma das competências atribuídas às USP, pelo que o período de estágio na unidade desta tipologia foi crucial na aquisição desta competência. Ainda assim foi desafiante a realização de atividades neste âmbito considerando que nas USP, dando cumprimento à legislação atual, são os delegados de saúde pública que recebem as notificações, coordenam a realização dos inquéritos epidemiológicos e realizam o seu registo. Neste sentido, a reunião com um médico de saúde pública da USP do ACeS Baixo Mondego foi um momento-chave para, na prática, melhor compreender o funcionamento da vigilância epidemiológica, particularmente utilizando a aplicação informática do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

A vigilância em saúde pública pode ser definida como a colheita, análise e interpretação contínuas e sistemáticas de dados relacionados com a saúde essenciais para o planeamento, implementação e avaliação da prática de saúde pública (Thacker et al. citado por Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

Em Portugal, foi criado, pela Lei n.º 81/2009 de 21 de agosto,

um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública (p. 5491).

Desde a criação desta Lei, diversas portarias e despachos têm sido publicados para regular a ação do referido sistema de vigilância de saúde pública, denominado Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), nomeadamente:

A Portaria n.º 248/2013 de 5 de agosto, alterada pela Portaria nº 22/2016 de 10 de fevereiro, estabelece "o prazo e o processo de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e a metodologia de introdução de dados na aplicação informática de suporte ao SINAVE" (p. 4624). Estabelece também as normas relativas à proteção dos dados pessoais dos utentes e confidencialidade da informação de saúde. Informa, ainda, sobre o procedimento a seguir em caso de indisponibilidade da aplicação informática.

- O Despacho n.º 4355/2014 de 6 de março determina quais os métodos de vigilância epidemiológica e microbiológica, bem como que doenças transmissíveis e outros riscos devem ser abrangidos pela rede de vigilância epidemiológica e com que critérios de seleção.
- O Despacho n.º 4520/2014 de 6 de março institui "o regulamento de organização das atividades das entidades do setor público, privado ou social que integram a rede de vigilância epidemiológica para prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública" (p. 8239).
- Os Despacho n.º 5681-A/2014 de 29 de abril e Declaração de retificação n.º 609-A/2014, de 16 de junho, atualizados pelo Despacho n.º 15385-A/2016 de 21 de dezembro, definem as doenças de notificação obrigatória, quer se tratem de casos possíveis, prováveis ou confirmados, e apresentam a definição de caso para cada uma das doenças de notificação obrigatória.
- O Despacho n.º 5855/2014 de 5 de maio determina que, a partir de 1 de janeiro de 2015, é obrigatório a utilização da aplicação informática de suporte ao SINAVE para notificação de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública.

De acordo com a legislação supracitada, a vigilância epidemiológica, é, atualmente, realizada com apoio a um sistema informático (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2023). Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2023) informam que este sistema informático permite:

- que os médicos, através de um formulário eletrónico próprio, registem a notificação, sendo enviado automaticamente um alerta aos delegados de saúde pública, locais e regionais.
- que os delegados de saúde pública registem os inquéritos epidemiológicos (inquéritos com diferentes especificidades dependendo da doença em causa).
- produzir estatísticas para a Direção-Geral da Saúde e para reportar ao European
 Committee for Disease Control, inclusive pela sua integração com o Sistema
 Europeu de Vigilância Epidemiológica (TESSY).
- a desmaterialização do procedimento de notificação das doenças de declaração obrigatória.

CONCLUSÃO

O relatório aqui apresentado representa o trabalho realizado ao longo da componente clínica em UCC e USP do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Esta componente clínica foi concretizada de acordo com as exigências da Ordem dos Enfermeiros, permitindo não só o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, mas também das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Adicionalmente, a componente clínica contribuiu significativamente para o desenvolvimento das competências que são exigidas ao nível do 2º ciclo de estudos, particularmente aprofundamento de conhecimentos e sua integração na prática, reflexão crítica, e capacidade de comunicação (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março).

O percurso e as atividades realizadas durante a componente clínica possibilitaram agilizar uma série de conhecimentos e habilidades que vão ao encontro daquilo que são as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que se encontram alinhadas com os objetivos de aprendizagem propostos para as unidades curriculares Prática Clínica de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

De facto, este período de tempo em contexto clínico permitiu-me conhecer, com relativa profundidade o funcionamento dos cuidados de saúde primários, em particular das UCC e USP; e os recursos de que dispõem, quer a nível interno, quer a nível da comunidade. Este conhecimento foi essencial para a minha colaboração nas atividades em desenvolvimento nas unidades, em especial no que diz respeito à caracterização de problemas de saúde de grupos e/ou da comunidade, e à conceção, planeamento e implementação de intervenções com vista à capacitação de grupos e comunidades, enquadradas nos programas nacionais de saúde e projetos comunitários.

Neste âmbito, destaco, pelo papel de liderança e responsabilidade que assumi, o planeamento do projeto de intervenção e a condução da investigação, ambos no âmbito

da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens. Estas duas atividades representaram os maiores desafios deste processo de aprendizagem, mas, do meu ponto de vista, representaram, também, as maiores oportunidades de aprendizagem, permitindo o desenvolvimento de quase todas as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista da área já mencionada. De facto, as referidas atividades contribuíram em muito para o desenvolvimento do meu raciocínio crítico, da minha responsabilidade profissional, da minha capacidade para conceber planeamento em saúde e da minha capacidade para capacitar grupos e comunidades.

A investigação conduzida, tendo surgido da necessidade de explorar a realidade a nível local/nacional, demostrou que, de uma forma geral, os pais/encarregados de educação tinham elevados níveis de conhecimento e atitudes positivas acerca da prevenção do abuso sexual, bem como tinham adequadas práticas de educação para com os seus filhos/menores a cargo em idade pré-escolar. Apesar, destes resultados positivos, alertou para a existência de algumas lacunas ao nível dos conhecimentos e das práticas educativas de prevenção para as quais ainda é necessário planear intervenções.

Demostrou, ainda, que os educadores de infância tinham tido, na sua maioria, formação sobre prevenção de abuso sexual infantil ao longo do seu percurso como Educador de Infância e consideravam ter um grau de conhecimento razoável sobre a área. Todas as educadoras de infância concordavam com a abordagem do tema da prevenção do abuso sexual infantil com as crianças em contexto de sala de aula e, apenas, uma minoria ainda considera que alguns tópicos não são adequados para discutir com crianças desta faixa etária. Os dados mais preocupantes nesta amostra prendem-se com o facto de as educadoras de infância ainda conhecerem poucos materiais de pedagógicos/metodologias disponíveis sobre prevenção de abuso sexual de crianças e jovens adaptados à faixa etária dos 3 – 6 anos e de, apesar de em número reduzido, existirem, ainda, educadoras de infância que receiam que a formação sobre prevenção de abusos sexuais possa induzir a criança a saber muito sobre sexo.

Os dados obtidos no estudo indicam que é necessário, nos contexto da prática clínica, (i) promover formação a pais/encarregados de educação que permitam colmatar as lacunas do conhecimento ainda existentes acerca da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens; (ii) planear e implementar estratégias que permitam aos pais/encarregados de educação e aos educadores de infância tomar conhecimento dos recursos/ferramentas (livros, vídeos, jogos, etc) que existem em Portugal para promover 114

a educação das crianças acerca da prevenção do abuso sexual; (iii) promover a implementação de estratégias que visem modificar algumas crenças dos educadores de infância no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens (como por exemplo, o receio de que a formação sobre prevenção de abusos sexuais possa induzir a criança a saber muito sobre sexo), nomeadamente através da criação de formação certificada no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens. O projeto de intervenção desenhado no âmbito deste percurso académico, em parte, segue estas recomendações, pois permitiu, ainda que de uma forma muito simplista, colmatar algumas lacunas do conhecimento dos pais/encarregados de educação e dar a conhecer aos educadores de infância um novo recurso (*kit* pedagógico) que existe em Portugal para promover a educação das crianças acerca da prevenção do abuso sexual adaptado à faixa de idade dos 3 aos 6 anos.

Paralelamente, o estudo transversal realizado indica a necessidade de se apostar em mais investigação, especialmente em Portugal, na área da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens, particularmente: (i) validar o questionário de conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens para a população portuguesa ou, em alternativa, propor um novo instrumento de medida que apresente boas propriedades psicométricas; (ii) realizar estudos descritivos e correlacionais acerca dos conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens em amostra mais representativa do contexto português de pais/encarregados de educação e educadores de infância; e (iii) explorar as razões pelas quais os pais/encarregados de educação não disponibilizam, às suas crianças, livros ou materiais audiovisuais sobre a prevenção do abuso sexual de crianças e jovens.

Termino este relatório com a sensação de dever cumprido. Dever cumprido ao nível académico pelo alcance dos objetivos propostos para este percurso de formação avançada. Dever cumprido para com a prática de Enfermagem e os Enfermeiros pelas atividades desempenhadas ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, e pelo contributo, ainda que breve, que pude oferecer durante esta fase de aprendizagem. Dever cumprido para com as pessoas e comunidade pelo meu sério envolvimento nas atividades em que colaborei e que liderei durante a prática clínica. Dever cumprido para com a comunidade científica pelo trabalho de investigação que desenvolvi, que apesar

das suas sérias limitações, providencia um pequeno contributo para a evolução da investigação na área da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). *Listagem das unidades da RNCCI*.

 Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/#tab_listagem-das-unidades-da-rncci
- Alexandre, J., Agulhas, R., & Lopes, C. (2017). *Kit pedagógico "Picos e Avelã à Descoberta da Floresta do Tesouro!"*. Ideias com História.
- Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work* (8^a ed.). Estados Unidos da América: Mosby Elsevier.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2022). Estatísticas APAV Relatório Anual 2021. Lisboa: autor.
- Aviso n.º 6702/2021 de 13 de abril. (2021). *Diário da República n.º 71/2021, Série II de 2021-04-13*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22329/aviso-n%C2%BA-67022021.pdf
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, *25*(24), 3186-3191.
- Bergström, H., Eidevald, C., & Westberg-Broström, A. (2016). Child sexual abuse at preschools a research review of a complex issue for preschool professionals. *Early Child Development and Care, 186*(9), 1520-1528. doi:10.1080/03004430.2015.1121253
- Biblioteca Municipal de Anadia. (n.d.). *Entrada*. Obtido de https://biblioteca.cm-anadia.pt/Nyron/Library/Catalog/winlib.aspx?skey=F9244876AF4A48A18703B3FC 21C64AC9
- Câmara Municipal de Anadia. (n.d.a). *Dados Estatísticos*. Obtido de https://www.cm-anadia.pt/pages/525
- Câmara Municipal de Anadia. (n.d.b). *Benefícios Sociais*. Obtido de https://www.cm-anadia.pt/pages/535
- Câmara Municipal de Anadia. (n.d.c). *Associativismo*. Obtido de https://www.cm-anadia.pt/pages/715

- Câmara Municipal de Anadia. (n.d.d). Serviços. Obtido de https://www.cm-anadia.pt/pages/527
- Câmara Municipal de Cantanhede. (2020a). *Juntas de freguesia*. Obtido de https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/pagina/807/Juntas-de-Freguesia
- Câmara Municipal de Cantanhede. (2020b). *Rede social*. Obtido de https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/pagina/795/rede-social
- Câmara Municipal de Cantanhede. (2020c). *Biblioteca municipal*. Obtido de https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/Entidade/1740/Biblioteca-Municipal
- Câmara Municipal de Cantanhede. (2021a). *Programas de apoio*. Obtido de https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/pagina/1031/programas-de-apoio
- Câmara Municipal de Cantanhede. (2021b). *Banco de recursos colmeia*. Obtido de https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/pagina/790/banco-de-recursos-colmeia
- Câmara Municipal de Cantanhede. (2022). *Rede de museus municipais*. Obtido de https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/pagina/2050/rede-de-museus-municipais
- Câmara Municipal de Cantanhede. (n.d.a). *IPSS*'s. Obtido de https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/Entidades/0/24/ipss
- Câmara Municipal de Cantanhede. (n.d.b). *Associações*. Obtido de https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/Entidades/9/92/Cultura/nd
- Câmara Municipal de Coimbra & Universidade de Coimbra. (2020). *Perfil Municipal de Saúde de Coimbra 2020 Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra 2021-2025 Volume I*. Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2021/03/Perfil-Municipal-de-Sa%C3%BAde-Coimbra.pdf
- Câmara Municipal de Coimbra. (2019). *Agentes Culturais*. Obtido de https://associativismo.cm-coimbra.pt/entidades
- Câmara Municipal de Coimbra. (2020). *Biblioteca Municipal*. Obtido de https://biblioteca.cm-coimbra.pt/catalogo/winlib.aspx?skey=05482533D6454E3A9E9B7552DA3A46BF
 &option=Rede%20Municipal%20de%20Leitura
- Câmara Municipal de Coimbra. (2023a). *Freguesias*. Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/municipio/freguesias

- Câmara Municipal de Coimbra. (2023b). *Ação Social*. Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/social/acao-social
- Câmara Municipal de Coimbra. (2023c). Comissões Sociais de Freguesia. Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/social/acao-social/comissoes-sociais-de-frequesia
- Câmara Municipal de Coimbra. (2023d). Fundo Municipal de Emergência Social (FMES). Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/social/acao-social/fundo-municipal-de-emergengia-populacao-sem-abrigo
- Câmara Municipal de Coimbra. (2023e). *Pessoas em Situação de Sem-Abrigo*. Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/social/acao-social/pessoas-em-situacao-de-sem-abrigo
- Câmara Municipal de Coimbra. (2023f). *Rede Social de Coimbra*. Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/social/acao-social/rede-social
- Câmara Municipal de Coimbra. (2023g). Rede Institucional das Adições de Coimbra (RIAC). Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/social/acao-social/rede-institucional-das-adicoes-de-coimbra-riac
- Câmara Municipal de Coimbra. (2023h). Projeto AIPEC (Acompanhamento Individualizado do Percurso Escolar das Crianças do Planalto do Ingote Bairros da Rosa e Ingote). Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/social/acao-social/o-projeto-aipec-acompanhamento-individualizado-do-percurso-escolar-das-criancas-do-planalto-do-ingote-bairros-da-rosa-e-ingote-criado-durante-o-ano-letivo-2011-2012-tem-como-principal-ob
- Câmara Municipal de Coimbra. (2023i). *Equipamentos Culturais Municipais*. Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/cultura/equipamentos-culturais
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *Introduction to Public Health Surveillance*. Obtido de https://www.cdc.gov/training/publichealth101/surveillance.html
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Fast Facts: Preventing Child Sexual Abuse. Obtido de https://www.cdc.gov/violenceprevention/childsexualabuse/fastfact.html

- Chen, J. Q., & Chen, D. G. (2005). Awareness of child sexual abuse prevention education among parents of Grade 3 elementary school pupils in Fuxin City, China. *Health Education Research*, *20*(5), 540-547. doi:10.1093/her/cyh012
- Chen, J., Dunne, M. P., & Han, P. (2007). Prevention of child sexual abuse in China: knowledge, attitudes, and communication practices of parents of elementary school children. *Child Abuse Negl*, *31*(7), 747-755. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.013
- Declaração de retificação n.º 609-A/2014 de 16 de junho. (2014). *Diário da República* n.º 109/2017, Série I de 2017-06-06. Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/declaracao-retificacao/16-2017-107477151
- Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de junho. (2006). *Diário da República n.º 114/2006, Série I-A de 2006-06-14*. Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2023/02/Decreto-Lei-n.o-1152006-de-14-de-Junho.pdf
- Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro. (2013). *Diário da República n.º* 193/2013, Série I de 2013-10-07. Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. (2008). *Diário da República n.º* 38/2008, Série I de 2008-02-22. Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675
- Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março. (2006). *Diário da República n.º 60/2006*, *Série I-A de 2006-03-24*. Obtido de https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. (2009). *Diário da República n.º 74/2009, Série II de 2009-04-16*. Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310
- Despacho n.º 15385-A/2016 de 21 de dezembro. (2016). Diário da República n.º 243/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-12-21. Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/15385-a-2016-105574339

- Despacho n.º 4520/2014 de 6 de março. (2014). *Diário da República n.º 61/2014*, *Série II de 2014-03-27*. Obtido de https://files.dre.pt/2s/2014/03/061000000/0823908240.pdf
- Despacho n.º 5681-A/2014 de 29 de abril. (2014). *Diário da República n.º 82/2014, Série II de 2014-04-29.* Obtido de https://files.dre.pt/2s/2014/04/082000001/0000200020.pdf
- Despacho n.º 5855/2014 de 5 de maio. (2014). Diário da República n.º 85/2014, Série II de 2014-05-05. Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5855-2014-25688419
- Direção-Geral da Segurança Social. (2023). *Listagem IPSS*. Obtido de https://www.seg-social.pt/documents/10152/864429/Listagem_ipss/8371faa4-dea5-4c03-a47f-3446f1f4c6c3
- Direcção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.* Obtido em https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030 FINAL-para-Edicao.pdf
- Edital nº 15/2013 de 18 de fevereiro. (2013). Regulamento municipal para atribuição do cartão social para famílias numerosas. Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2015/11/coimbra.old_joomlatools-files_docman-files_Regulamento-do-Cartao-Social.pdf
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2023a). Mestrado em Enfermagem Comunitária área de enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública: Prática Clínica de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Obtido de https://www.esenfc.pt/pt/courses/100043/discipl/10004312015/1/O/0
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2023b). Mestrado em Enfermagem Comunitária área de enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública: Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório. Obtido de https://www.esenfc.pt/pt/courses/100043/discipline/10004321016
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Municípios*. Lisboa: PORDATA. Obtido de https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2023a). *Municípios*. Lisboa: PORDATA. Obtido de https://www.pordata.pt/Municipios

- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2023b). *Censos de 2021*. Lisboa: PORDATA. Obtido de https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-cantanhede-473
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (n.d.). *Carta social*. Obtido de https://www.cartasocial.pt/resultados-da-pesquisa?vt=21&tp=2107&l=06-02-00
- Imperatori, E., & do Rosário Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde:* manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto de Gestão Financeira da Educação. (2023). *Pesquisa da Rede Escolar*. Obtido de https://www.gesedu.pt/PesquisaRede
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas territoriais*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine unid territorial&menuBOUI =13707095&contexto=ut&selTab=tab3
- Kenny, M. C. (2007). Web-based training in child maltreatment for future mandated reporters. *Child Abuse & Neglect*, *31*(6), 671-678. doi: https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.008
- Kleemeier, C., Webb, C., Hazzard, A., & Pohl, J. (1988). Child sexual abuse prevention: Evaluation of a teacher training model. Child *Abuse & Neglect, 12*(4), 555-561. doi: https://doi.org/10.1016/0145-2134(88)90072-5
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015). *Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16*. Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896
- Lei n.º 81/2009 de 21 de agosto. (2009). *Diário da República, n.º 162/2009, Série I de 2009-08-21*. Obtido de https://files.dre.pt/1s/2009/08/16200/0549105495.pdf
- Maia, M. M. (2023). *Manual de acolhimento para enfermeiros e estudantes de enfermagem da UCC de Cantanhede*. UCC de Cantanhede: Cantanhede, Portugal.
- Márquez-Flores, M. M., Márquez-Hernández, V. V., & Granados-Gámez, G. (2016). Teachers' Knowledge and Beliefs About Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *25*(5), 538-555. doi:10.1080/10538712.2016.1189474
- Matos, J., Leitão, R., & Silva, S. (2019). Manual de Acolhimento dos Internos/Alunos da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga. Aveiro: Unidade de Saúde Pública do ACeS Baixo Vouga.

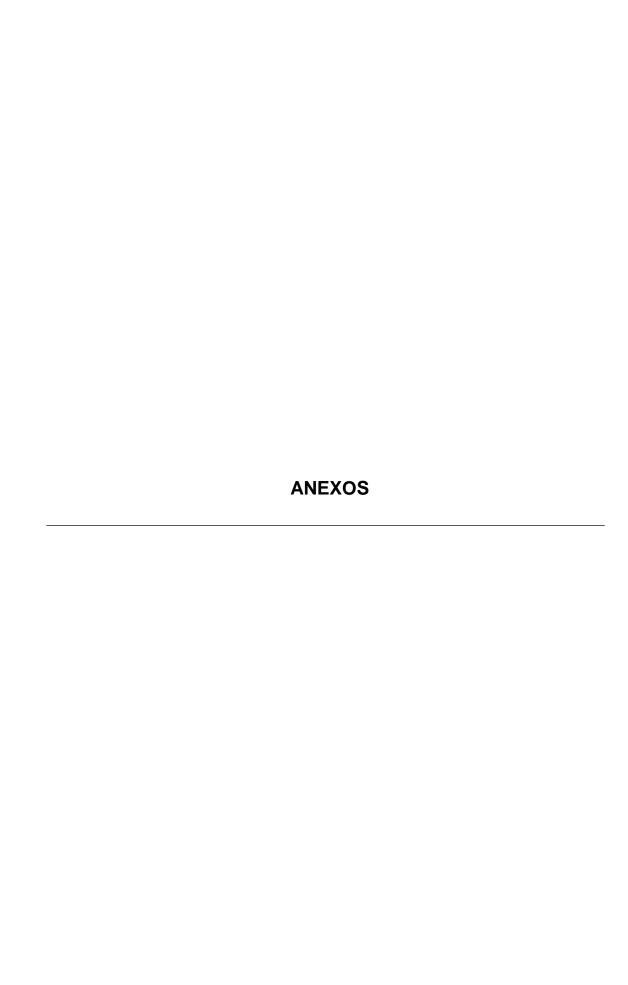
- McEwen, M. (2016). Visão geral da teoria na enfermagem. In M. McEwen & E. Wills (Ed.), *Bases teóricas de enfermagem* (pp. 24-50). São Paulo, Brasil: Wolters Kluwer Health. (Obra originalmente publicada em 2014).
- National Sexual Violence Resource Center. (2011). *Child sexual abuse prevention:*programs for children. Obtido de https://www.nsvrc.org/sites/default/files/2012-03/Publications NSVRC Guide Child-Sexual-Abuse-Prevention-programs-for-children.pdf
- Neto, M., Pimentel, J., Silva, A., Murjal, L., & Guerreiro, A, (2021a). Perfil Local de Saúde 2021 - ACES Baixo Vouga. Coimbra, Portugal: ARS Centro. Obtido de https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/02/ PeLS2021 A23 BV.pdf
- Neto, M., Pimentel, J., Silva, A., Murjal, L., & Guerreiro, A, (2021b). Perfil Local de Saúde 2021 - ACES Baixo Mondego. Coimbra, Portugal: ARS Centro. Obtido de https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/reports/ PeLS2021/PeLS2021_A25_BM.htm
- Organização Mundial da Saúde. (2012). Strengthening public health services and capacity: an action plan for Europe. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340447/WHO-EURO-2012-2219-41974-57687-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children*. Obtido de https://www.who.int/publications/i/item/inspire-handbook-action-for-implementing-the-seven-strategies-for-ending-violence-against-children
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7^a ed.). New Jersey, United States of America: Pearson Education
- Portaria n.º 248/2013 de 5 de agosto. (2013). Diário da República n.º 149/2013, Série I de 2013-08-05. Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/248-2013-499034
- Portaria nº 22/2016 de 10 de fevereiro. (2016). *Diário da República n.º 28/2016, Série I de 2016-02-10*. Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/22-2016-73535989
- Randolph, M., & Gold, C. (1994). Child sexual abuse prevention: Evaluation of a teacher training program. *School Psychology Review*, *23*(3), 485-495.

- Regulamento n.º 1120/2016 de 27 de dezembro. (2016). *Diário da República n.º 247, Série II de 2016-12-27.* Obtido de https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2020/04/RMAAAS-%E2%80%93-Fundo-Municipal-de-Emerg%C3%AAncia-Social.pdf
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195
- Regulamento n.º 42/2020 de 16 de janeiro. (2020). *Diário da República n.º 11/2020,*Série II de 2020-01-16. Obtido de https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/42-2020-128154353
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16.* Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-11569861
- Rudolph, J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2018). Parents as protectors: A qualitative study of parents' views on child sexual abuse prevention. *Child Abuse Negl, 85*, 28-38. doi:10.1016/j.chiabu.2018.08.016
- Salloum, A., Johnco, C., Zepeda-Burgos, R. M., Cepeda, S. L., Guttfreund, D., Novoa, J. C., . . . Storch, E. A. (2020). Parents' Knowledge, Attitudes, and Experiences in Child Sexual Abuse Prevention in El Salvador. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(3), 343-354. doi:10.1007/s10578-019-00946-w
- Scholes, L., Jones, C., Stieler-Hunt, C., Rolfe, B., & Pozzebon, K. (2012). The teachers' role in child sexual abuse prevention programs: Implications for teacher education. *Australian Journal of Teacher Education (Online)*, *37*(11), 109-136.
- Serviço Nacional de Saúde (2023a). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários USP do ACeS Baixo Vouga. Obtido de https://biufs/2/20019/2010183/Pages/default.aspx
- Serviço Nacional de Saúde (2023b). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários UCC Cantanhede. Obtido de https://biufs/2/20020/2060651/Pages/default.aspx

- Serviço Nacional de Saúde (2023c). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – USP do ACeS Baixo Mondego. Obtido de https://biufs/2/20020/2011383/Pages/default.aspx
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2023). SINAVE Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Obtido de https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sinave-2/#
- Silva, A., Lopes, F., Cordeiro, J., & Cabral, S. (2022). *Manual de Acolhimento da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego*. Coimbra: Unidade de Saúde Pública do ACES Baixo Mondego.
- Sistema de Segurança Interna. (n.d). Relatório anual de segurança interna ano 2021.

 Obtido de https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/documento?i=relatorio-anual-de-seguranca-interna-2021
- Streiner, D. L., & Norman, G. (2008). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use* (4^a ed.). Nova Iorque, Estados Unidos da América: Oxford University Press.
- UCC de Cantanhede. (2019). *Regulamento interno*. Obtido de https://biufs/2/20020/2060651/O%20QUE%20OFERECEMOS/Regulamento%20Interno%20UCC%20Cantanhede,%20final.pdf
- UCC de Cantanhede. (2022). Plano de Ação de 2022. Cantanhede, Portugal: Autor.
- USP do ACeS Baixo Mondego. (2023a). Regulamento interno. Coimbra: Autor.
- USP do ACeS Baixo Mondego. (2023b). *Plano de Ação de 2023*. Coimbra, Portugal: Autor.
- USP do ACeS Baixo Vouga. (2021). Plano de Ação de 2021. Aveiro, Portugal: Autor.
- USP do ACeS Baixo Vouga. (2022). Regulamento interno da unidade de saúde pública. Aveiro: Autor.
- World Health Organization. (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Genebra: autor.
- Zhang, W., Chen, J., & Liu, F. (2015). Preventing Child Sexual Abuse Early: Preschool Teachers' Knowledge, Attitudes, and Their Training Education in China. *SAGE Open, 5*(1), 2158244015571187. doi:10.1177/2158244015571187

Zhang, W., Ren, P., Yin, G., Li, H., & Jin, Y. (2020). Sexual Abuse Prevention Education for Preschool-Aged Children: Parents' Attitudes, Knowledge and Practices in Beijing, China. *Journal of Child Sexual Abuse, 29*(3), 295-311. doi:10.1080/10538712.2019.1709240



ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)

COMISSÃO DE ÉTICA

da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Parecer Nº / P922_10_2022

Título do Projecto: "Conhecimentos e atitudes dos encarregados de educação e educadores de infância das crianças em idade pré-escolar acerca da prevenção do abuso sexual"

Identificação dos Proponentes

Nome(s): Daniela Filipa Batista Cardoso

Filiação Institucional: UICISA: E. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável: Daniela Filipa Batista Cardoso

Orientador: Professor Carlos Alberto Marques da Silva

Relator: Rui Cruz

Parecer

ENQUADRAMENTO DO PROJETO:

Trata-se de um estudo transversal exploratório, descritivo e correlacional, com os seguintes objetivos: Objetivo 1. Traduzir e adaptar para Português Europeu o questionário Parents' knowledge, attitudes, and educative practices regarding child sexual abuse prevention;

Objetivo 2. Fornecer dados preliminares de validação do questionário Parents' knowledge, attitudes, and educative practices regarding child sexual abuse prevention;

Objetivo 3. Caracterizar os conhecimentos, as atitudes e as práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual de pais ou encarregados de educação de crianças entre os 3 e os 6 anos que frequentam pré-escolas num concelho do centro de Portugal;

Objetivo 4. Analisar eventuais associações entre os dados sociodemográficos e os conhecimentos, as atitudes e as práticas de educação acerca da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens de pais ou encarregados de educação de crianças entre os 3 e os 6 anos que frequentam pré-escolas num concelho do centro de Portugal;

Objetivo 5. Caracterizar os conhecimentos e as atitudes acerca da prevenção do abuso sexual de educadores de infância de um concelho do centro de Portugal.

A população do estudo será constituída de acordo com os objetivos enunciados, a saber:

Objetivo 1 - Pais ou encarregados de educação de crianças entre os 3 e os 6 anos a viverem em Portugal.

Objetivo 2, 3 e 4 - Pais ou encarregados de educação de crianças entre os 3 e os 6 anos do Concelho de Cantanhede.

Objetivo 5 - Educadores de infância de crianças entre os 3 e os 6 anos do Concelho de Cantanhede.

A inclusão na amostra para a participação no estudo, passa pelos seguintes métodos de seleção:

Objetivo 1 - Pais ou encarregados de educação de crianças entre os 3 e os 6 anos a viverem em Portugal selecionados por conveniência através de contactos da investigadora.

Objetivo 2, 3, 4 e 5 - Selecionada por conveniência a pré-escola de Cantanhede por representar o meio urbano do concelho. Adicionalmente foi aleatorizada uma pré-escola de cada agrupamento de escolas







COMISSÃO DE ÉTICA

da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

do concelho de Cantanhede utilizando o random.org (https://www.random.org/). Em cada escola selecionada, todos os educadores de infância serão convidados a participar no estudo, bem como todos os pais ou encarregados de educação que nos dias estipulados para colheita de dados se dirigiam à instituição de ensino.

O estudo realizar-se-á em 4 Pré-escolas do concelho de Cantanhede: Cantanhede, Ançã, Vilamar e

O Instrumento de Colheita de Dados contempla os seguintes questionários:

- Questionário de autorrelato para os Pais ou encarregados de educação e Educadores de infância:
- 2. Questionário específico para os Pais ou encarregados de educação composto por:
- a) dados sociodemográficos;
- b) questionário de conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens:
 - 3. Questionário específico para Educadores de infância composto por:
- a) dados sociodemográficos;
- b) dados curriculares e profissionais;
- c) questionário de conhecimentos e atitudes sobre abuso sexual de crianças e jovens.

A aplicação do instrumento de colheita de dados será realizada por via online aos pais/encarregados de educação ou educadores de infância, excecionalmente serão disponibilizados em formato papel.

IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS:

- Os critérios de inclusão estão suficientemente descritos, bem como os critérios de recrutamento da amostra
- Os procedimentos metodológicos para a recolha de dados do estudo estão completamente descritos, assim como o contexto em que são aplicados os questionários.
- O Consentimento Informado Livre e Esclarecido quer para os pais ou encarregados de educação, quer para os Educadores de infância, está em conformidade com o estudo em questão e o método online de recolha de dados.
- As escolas onde se realiza o estudo estão identificadas e com as autorizações devidamente solicitadas.
- A investigadora apresenta os pedidos de autorização enviados aos respetivos autores dos questionários específicos, quer para os pais/encarregados de educação, quer para os educadores de infância.
- A confidencialidade e segurança de dados recolhidos s\u00e3o garantidos pela investigadora atrav\u00e9s de um processo de total anonimiza\u00e7\u00e3o dos dados.
- N\u00e3o se identificam riscos para os participantes.
- Não existem custos de participação para os sujeitos da investigação nem possíveis compensações financeiras.
- 9. O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado pela investigadora responsável.
- A data prevista para início da recolha de dados encontra-se ajustada em face da pronúncia desta Comissão.







COMISSÃO DE ÉTICA

da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

RECOMENDAÇÃO:

Recomenda-se o registo do estudo no site da Direção-Geral da Educação, nomeadamente através do site oficial: https://www.dge.mec.pt/inqueritos-em-meio-escolar-0.

CONCLUSÕES:

A análise efetuada, permite verificar que o pedido cumpre todos os requisitos éticos específicos para a investigação em causa.

Assim, sou de parecer Favorável à realização do estudo.

O relator: Rui Santos Cruz

Assinado por: **Rui Santos Cruz** Num. de Identificação: 07007443 Data: 2022.12.23 15:33:25+00'00'



Data: 22/12/2022 O Presidente da Comissão de Ética: Botelho
Num. de Identificação: 04135035

Assinado por: Maria Filomena Rabaça Roque

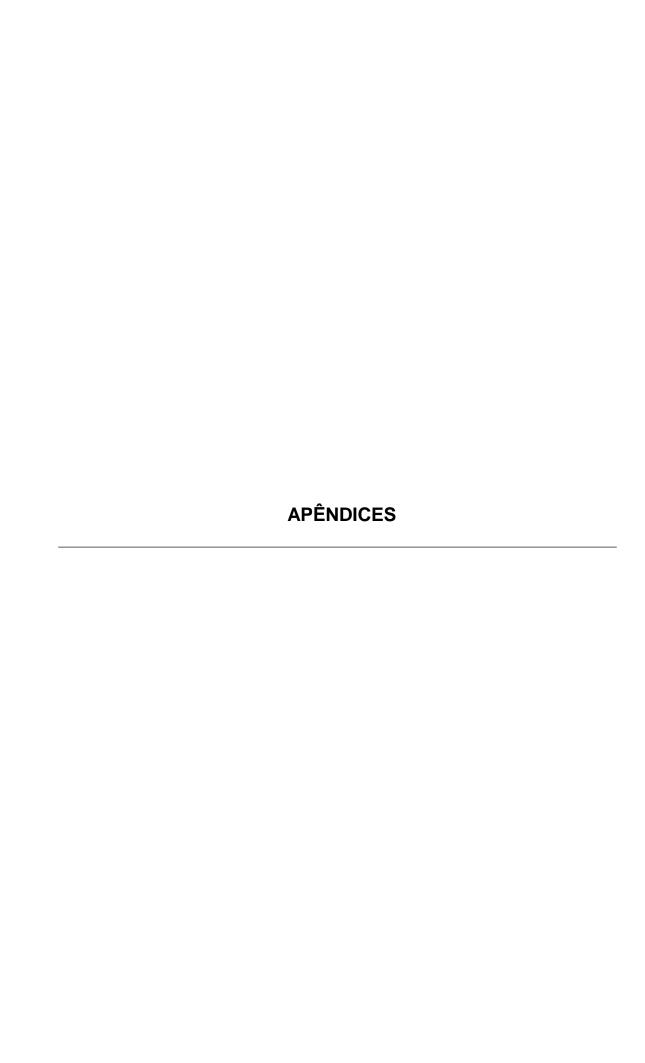












Prevenção do Abuso Sexual de Crianças e Jovens

3

Tipos de Abuso sexual de crianças e jovens

- sem contato (por exemplo, assédio sexual verbal, exposição à pornografia);
- com contacto envolvendo relações sexuais (violação);
- com contato, excluindo relações sexuais, mas envolvendo outros atos, como toques, carícias e beijos inapropriados.
- As crianças são abusadas sexualmente por pessoas conhecidas, na maioria das vezes.
 - Os abusadores são maioritariamente homens.



Os/as agressores/as recorrem a várias estratégias, como sedução, manipulação, oferta de recompensas, coerção ou ameaças (inclusive para evitar que a vítima a denuncie).

O que fazer para prevenir

Ensinar as crianças sobre quais são as partes privadas (partes cobertas por roupa interior) e as partes não privadas.



Ensinar as crianças que uma pessoa nunca deve tocar as suas partes privadas, exceto para mantê-la saudável.

Ensinar as crianças a não guardar segredos que a deixem desconfortável.



Ensinar as crianças a pedir-lhe permissão sempre que alguém lhe ofereça algo, peça para ir a algum lado ou peça para que faça algo.

Referências bibliográficas:

World Health Organization. (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused; WHO clinical guidelines. Geneva: autor.

APAV. (2021). Apoio a crianças e jovens vítimas de violência sexual 2016-2020

https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Infografia_CARE_2016_2020.pdf Committee for Children. (nd). Commit to End Child Sexual Abuse.

https://www.earlyopenoften.org/wp-content/uploads/early-open-often-prevention-toolkit.pdf





APÊNDICE II – Autorização para utilização do questionário de conhecimentos e atitudes sobre abuso sexual de crianças e jovens (Cascais, et al. 2020)

Daniela Cardoso

De: mafalda cascais <mafalda_m_c@hotmail.com>

Enviado: 12 de janeiro de 2023 19:46

Para: Daniela Cardoso; mmanuelzarcos@sapo.pt; ruipfonseca2@gmail.com;

momendes@arscentro.min-saude.pt

Assunto: RE: Gentle reminder_Pedido de autorização_utilização intrumento_conhecimentos,

atitudes e formação dos educadores de infância face à prevenção de abuso sexual

Anexos: Prevenção sobre abusos sexuais em idade pré-escolar – conhecimentos e atitudes

dos Educadores ___.pdf

Exma. Dra. Daniela Cardoso,

Tal como solicitado, envio em anexo o questionário elaborado.

Ao dispor.

Com os melhores cumprimentos, Mafalda Cascais

De: Daniela Cardoso <dcardoso@esenfc.pt>

Enviado: quinta-feira, 5 de janeiro de 2023 17:01

Para: mmanuelzarcos@sapo.pt <mmanuelzarcos@sapo.pt>; ruipfonseca2@gmail.com <ruipfonseca2@gmail.com>; momendes@arscentro.min-saude.pt>; 'mafalda cascais' <mafalda_m_c@hotmail.com>

Cc: 'Carlos Silva' <carlossilva@esenfc.pt>

Assunto: FW: Gentle reminder_Pedido de autorização_utilização intrumento_conhecimentos, atitudes e formação dos educadores de infância face à prevenção de abuso sexual

Exmos. Senhores Autores do artigo "Prevention of sexual abuse in preschoolers – teachers' knowledge and attitudes"

Dra Mafalda Cascais, Dr. Rui Passadouro, Dra Odete Mendes e Dra Maria Manuel Zarcos,

O meu nome é Daniela Cardoso, sou investigadora da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Neste momento, estou a planear um projeto de investigação no âmbito da realização de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, intitulado "Conhecimentos e atitudes dos encarregados de educação e educadores de infância das crianças em idade pré-escolar acerca da prevenção do abuso sexual".

Após contacto prévio com Drª Mafalda Cascais, venho reiterar o meu interesse em utilizar o questionário que construíram e utilizaram para avaliar os conhecimentos, atitudes e formação dos educadores de infância face à prevenção de abuso sexual em idade pré-escolar. Assim, solicito a vossa autorização para o uso do instrumento que criaram no estudo que proponho, assim como, o envio do mesmo tal como foi aplicado em língua portuguesa.

Agradeço desde já a vossa melhor atenção. Com os melhores cumprimentos,

Daniela Cardoso

RN, PhD Junior Researcher

_

APÊNDICE III – Tentativas de contacto dos autores originais a solicitação autorização para a utilização do questionário de conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens (Chen & Chen, 2005)

Daniela Cardoso

De: Daniela Cardoso <dcardoso@esenfc.pt>
Enviado: 29 de dezembro de 2022 17:42
Para: 'g3jing_qi@bjmu.edu.cn'

Assunto: FW: Frindly Reminder: questionnaire_Parents' Attitudes, Knowledge and Practices

Dear Professor Jing Qi Chen,

I am Daniela Cardoso, a research at the Health Sciences Research Unit: Nursing. At this moment, I am planning a research project within the scope of carrying out a master's degree in Community Nursing - Area of Community Health and Public Health Nursing.

This project is in the field of Sexual Abuse Prevention in Preschool-Aged Children. I read your paper "Awareness of child sexual abuse prevention education among parents of Grade 3 elementary school pupils in Fuxin City, China" (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15701666/) and I read also the paper "Sexual Abuse Prevention Education for Preschool-Aged Children: Parents' Attitudes, Knowledge and Practices in Beijing, China." (https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10538712.2019.1709240?needAccess=true). I have a lot of interest in the questionnaire that you created and that was used in those papers to assess parents' attitudes, knowledge and practices on sexual abuse prevention education.

Therefore, I would like to ask your permission to translate and adapt that questionnaire to the Portuguese population.

Thank you in advance for your support. I am looking forward to hearing from you soon.

Yours Sincerely,

Daniela Cardoso

RN, PhD

Junior Researcher
Portugal Centre for Evidence-Based Practice (PCEBP): A JBI Centre of Excellence
Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) | Polo C
Nursing School of Coimbra (ESEnfC)

Rua José Alberto Reis – Coimbra

dcardoso@esenfc.pt | +351 239 487 217 | Ext. 3302







O meu horário de trabalho pode não ser o seu horário de trabalho. Por favor, não se sinta obrigado a responder fora do seu horário de trabalho.

My working hours may not be your working hours. Please do not feel obligated to reply outside of your regular working hour schedule.

Antes de imprimir este e-mail, pense no ambiente.

De: Daniela Cardoso [mailto:dcardoso@esenfc.pt]

Enviada: 12 de dezembro de 2022 15:33

Para: 'g3jing_qi@bjmu.edu.cn' <g3jing_qi@bjmu.edu.cn>

Assunto: FW: Frindly Reminder: questionnaire_Parents' Attitudes, Knowledge and Practices

De: Daniela Cardoso [mailto:dcardoso@esenfc.pt]

Enviada: 30 de novembro de 2022 10:45

Para: 'g3jing_qi@bjmu.edu.cn' <g3jing_qi@bjmu.edu.cn>

Assunto: Frindly Reminder: questionnaire_Parents' Attitudes, Knowledge and Practices

De: Daniela Cardoso [mailto:dcardoso@esenfc.pt]

Enviada: 18 de novembro de 2022 09:49

Para: 'g3jing_qi@bjmu.edu.cn' <g3jing_qi@bjmu.edu.cn>

Cc: 'Carlos Silva' <carlossilva@esenfc.pt>

Assunto: FW: questionnaire_Parents' Attitudes, Knowledge and Practices

Dear Professor Jing Qi Chen,

I am Daniela Cardoso, a research at the Health Sciences Research Unit: Nursing. At this moment, I am planning a research project within the scope of carrying out a master's degree in Community Nursing - Area of Community Health and Public Health Nursing.

This project is in the field of Sexual Abuse Prevention in Preschool-Aged Children. I read your paper "Awareness of child sexual abuse prevention education among parents of Grade 3 elementary school pupils in Fuxin City, China" (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15701666/) and I read also the paper "Sexual Abuse Prevention Education for Preschool-Aged Children: Parents' Attitudes, Knowledge and Practices in Beijing, China." (https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10538712.2019.1709240?needAccess=true). I have a lot of interest in the questionnaire that you created and that was used in those papers to assess parents' attitudes, knowledge and practices on sexual abuse prevention education.

Therefore, I would like to ask your permission to translate and adapt that questionnaire to the Portuguese population.

Thank you in advance for your support. I am looking forward to hearing from you soon.

Yours Sincerely,

Daniela Cardoso

RN, PhD

Junior Researcher

Portugal Centre for Evidence-Based Practice (PCEBP): A JBI Centre of Excellence

Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) | Polo C

Nursing School of Coimbra (ESEnfC)

Rua José Alberto Reis - Coimbra

dcardoso@esenfc.pt | +351 239 487 217 | Ext. 3302





Apêndice IV – Dados sociodemográficos dos pais/encarregados de educação (n = 139)

Idade em anos, média ± desvio padrão (Min-Max)	37,15 ± 6,11 (21–57)
Feminino, n (%)	115 (82,7%)
Masculino, n (%)	24 (17,3%)
Educação	
4º ano, n (%)	-
6º ano, n (%)	2 (1,4%)
9º ano, n (%)	15 (10,8%)
12º ano, n (%)	40 (28,8%)
Bacharelato, n (%)	4 (2,9%)
Licenciatura, n (%)	51 (36,7%)
Mestrado, n (%)	20 (14,4%)
Doutoramento, n (%)	4 (2,9%)
Outro, n (%)	1 (0,7%)
Omisso, n (%)	2 (1,4%)
Idade em anos do filho/menor a cargo em idade pré-escolar, média	4,29 ± 0,73 (3–6)
± desvio padrão (Min-Max)	
Sexo do filho/menor a cargo em idade pré-escolar	
Feminino, n (%)	75 (54,0%)
Masculino, n (%)	62 (44,6%)
Omisso, n (%)	2 (1,4%)
O estabelecimento de ensino que o filho/menor a cargo em idade	
pré-escolar frequenta está inserido num meio	
Rural, n (%)	63 (45,3%)
Urbano, n (%)	73 (52,5%)
Omisso, n (%)	3 (2,2%)
Durante a infância, recebeu informações sobre prevenção do	
abuso sexual de crianças e jovens dos pais ou outros membros	
da família	62 (44,6%)
Sim, n (%)	64 (46,0%)
Não, n (%)	11 (7,9%)
Não sei, n (%)	2 (1,4%)
Omisso, n (%)	
Durante a infância, recebeu informações sobre prevenção do	
abuso sexual de crianças e jovens na pré-escola ou escola	
Sim, n (%)	53 (38,1%)
Não, n (%)	74 (53,2%)
Não sei, n (%)	12 (8,6%)

Apêndice V – Dados descritivos das respostas dos pais/encarregados de educação (n = 139) ao questionário de conhecimentos, atitudes e práticas sobre prevenção do abuso sexual de crianças e jovens (traduzido e adaptado de Chen & Chen, 2005).

Conhecimentos acerca da preve	enção do abuso s	exual	
Items	Verdadeiro	Falso	Omisso
1.1. O abuso sexual de crianças e jovens é uma	139 (100,0%)		
problemática mundial (verdadeiro)	139 (100,070)	-	-
1.2. Uma pessoa que abusou sexualmente de uma			
criança/jovem provavelmente repetirá o abuso	138 (99,3%)	1 (0,7%)	-
(verdadeiro)			
1.3. Se uma criança/jovem foi sexualmente abusada,			
por norma, não existe evidência física visível/percetível	65 (46,8%)	69 (49,6%)	5 (3,6%)
(verdadeiro)			
1.4. As mulheres não podem abusar sexualmente de	20 (14,4%)	115 (82,7%)	4 (2,9%)
crianças/jovens (falso)	20 (14,470)	110 (02,7 70)	+ (2,570)
1.5. Os rapazes não podem ser sexualmente abusados	21 (15,1%)	116 (83,5%)	2 (1,4%)
(falso)	21 (13,170)	110 (03,370)	2 (1,470)
1.6. A criança/jovem sexualmente abusada será			
impedida pelo abusador de revelar o sucedido episódio	129 (92,8%)	8 (5,8%)	2 (1,4%)
de abuso (verdadeiro)			
1.7.Na maioria dos casos, são homens que abusam	125 (89,9%)	13 (9,4%)	1 (0,7%)
sexualmente de crianças/jovens (verdadeiro)	123 (03,370)	10 (3,470)	1 (0,1 70)
Itens	Certo	Errado	Omisso
2. As crianças que são abusadas sexualmente são-no	57 (41,0%)	63 (45,3%)	19 (13,7%)
sobretudo por?	C1 (11,070)	00 (10,070)	
3. De quem é a culpa do abuso sexual a crianças e	91 (65,5%)	37 (26,6%)	11 (7,9%)
jovens?	01 (00,070)	0. (20,070)	11 (1,070)
4. Pode-se acreditar em crianças/jovens que relatam	129 (92,8%)	5 (3,6%)	5 (3,6%)
terem sido abusadas sexualmente?		, , ,	0 (0,070)
Atitudes acerca da prevençã	io do abuso sexu	al	
Itens	Sim	Não	Omisso
5.1. Concorda com a educação sobre prevenção do	139 (100,0%)	_	_
abuso sexual de crianças e jovens na escola?	100 (100,079)		
5.2. Está disposta(o) a deixar a(s) sua(s) criança(s)			
aprender sobre a prevenção do abuso sexual de	138 (99,3%)	1 (0,7%)	-
crianças e jovens na escola?			
5.3. Receia que a educação sobre a prevenção do			
abuso sexual de crianças e jovens possa levar a	17 (12,2%)	122 (87,8%)	-

Itens	Concordo	Discordo	Omisso
6.1. A educação sobre a prevenção do abuso sexual de			
crianças e jovens é desnecessária porque a criança vai	3 (2,2%)	135 (97,1%)	1 (0,7%)
aprendendo à medida que cresce.			
6.2. Acredito que os casos de abuso sexual de crianças			
e jovens são muito poucos, pelo que a educação sobre	1 (0,7%)	137 (98,6%)	1 (0,7%)
a sua prevenção é desnecessária.			
Práticas de educação acerca da pre	evenção do abus	o sexual	
Itens	Sim	Não	Omisso
7.1. Conversou com a(s) sua(s) criança(s) sobre as			
partes privadas delas (partes cobertas por roupa	115 (82 7%)	23 (16,5%)	1 (0,7%)
interior) e disse-lhes que essas partes não deveriam	115 (82,7%)	23 (10,5%)	1 (0,7%)
ser tocadas por outras pessoas?			
7.2. Disse à(s) sua(s) criança(s) que se alguém			
quisesse ver ou tocar as suas partes privadas, elas	102 (74 49/)	25 (25 20/)	1 (0 70/)
deveriam dizer 'Não', sem hesitar, e sair	103 (74,1%)	35 (25,2%)	1 (0,7%)
imediatamente?			
7.3. Disse à(s) sua(s) criança(s) que, caso acontecesse			
o abuso sexual, ela(s) deveria(m) informar os pais ou	92 (66,2%)	44 (31,7%)	3 (2,2%)
outros adultos de confiança?			
7.4. Disse à(s) sua(s) criança(s) para não ir com outras			
pessoas, incluindo pessoas conhecidas, a não ser que	133 (95,7%)	5 (3,6%)	1 (0,7%)
lhes tivesse dado permissão?			
7.5. Disse à(s) sua(s) criança(s) para não aceitar			
presentes de estranhos, a não ser que lhes tivesse	126 (90,6%)	12 (8,6%)	1 (0,7%)
dado permissão?			
7.6. Disse à(s) sua(s) criança(s) que, caso um estranho			
lhes pedisse para lhe mostrarem o caminho para a loja	109 (78,4%)	28 (20,1%)	2 (1,4%)
mais próxima, elas não deveriam ir com ele?			
7.7. Disponibilizou à(s) sua(s) criança(s) livros ou			
materiais audiovisuais sobre a prevenção do abuso	7 (5,0%)	131 (94,2%)	1 (0,7%)
sexual de crianças e jovens?			

APÊNDICE VI – Dados sociodemográficos, curriculares e profissionais das educadoras de infância (n = 11)

Idade em anos, média ± desvio padrão (Min-Max)	57,36 ± 5,39 (49–64)
Feminino, n (%)	11 (100%)
Masculino, n (%)	-
Educação	
Bacharelato, n (%)	1 (9,1%)
Licenciatura, n (%)	10 (90,9%)
Mestrado, n (%)	-
Doutoramento, n (%)	-
Anos de exercício da profissão de educador de infância, média ±	34,27 ± 5,42 (24–43)
desvio padrão (Min-Max)	
O estabelecimento de ensino está inserido num meio	
Rural, n (%)	5 (45,5%)
Urbano, n (%)	6 (54,5%)
Formação sobre prevenção de abuso sexual infantil ao longo do	
percurso como Educador de Infância	
Sim, n (%)	7 (63,6%)
Não, n (%)	4 (36,4%)
Se sim, em que contexto (n=7)	
Conteúdo programático das aulas do curso de Educação	1 (14,3%)
da Infância, n (%)	
Formação pós-graduada/ações de formação, n (%)	3 (42,9%)
Outra, n (%)	3 (42,9%)
A formação contribuiu para enriquecer os conhecimentos sobre o	
tema? (n=7)	
Concordo parcialmente, n (%)	2 (28,6%)
Concordo totalmente, n (%)	5 (71,4%)
Caso não tenha recebido formação, consideraria útil obtê-la?	
(n=9)	9 (100%)
Concordo totalmente, n (%)	
Grau de conhecimento sobre abuso sexual infantil (autoavaliação)	
Fraco, n (%)	1 (9,1%)
Pouco razoável, n (%)	2 (18,2%)
Razoável, n (%)	7 (63,6%)
Muito razoável, n (%)	1 (9,1%)
Excelente, n (%)	<u>-</u>
Sente-se confiante para realizar atividades sobre este tema com	
os seus alunos?	

Não concordo totalmente, n (%)	1 (9,1%)
Não concordo parcialmente, n (%)	2 (18,2%)
Indiferente, n (%)	-
Concordo parcialmente, n (%)	5 (45,5%)
Concordo totalmente, n (%)	3 (27,3%)
	Não concordo parcialmente, n (%) Indiferente, n (%) Concordo parcialmente, n (%)

Apêndice VII – Dados descritivos das respostas das educadoras de infância ao questionário de conhecimentos e atitudes acerca do abuso sexual de crianças e jovens (n = 11)

Itens	S	im		Não	
1. Procura manter-se					
atualizado sobre		(2224)			
prevenção de abuso	11 (1	00%)		-	
sexual infantil?					
	Internet	Livros/revistas/	Partilha de	informação	Outros
		artigos	com c	olegas	
1.1. Se sim, através de que meios?	2 (18,2%)	5 (45,5%)	4 (36	6,4%)	-
	Não concordo	Não concordo	Indiferente	Concordo	Concordo
	totalmente	parcialmente		parcialmente	totalmente
Considera importante a abordagem deste tema com as crianças em contexto de sala de aula	-	-	-	2 (18,2%)	9 (81,8%)
Existem vários materiais infantil adaptados a esta fa				venção de abuso	o sexual
manin adaptados a esta la		im	nto.	Não	
a. Livros infantis		4,5%)		5 (45,5%)	
b. Conto de histórias		4,5%)		5 (45,5%)	
c. Músicas		3,2%)		9 (81,8%)	
d. Jogos de tabuleiro	,	-		11 (100%)	
e. Jogos de role playing ("dramatização") com ou sem participação das crianças	1 (9	,1%)		10 (90,9%)	
f. Filmes	2 (18	3,2%)		9 (81,8%)	
	S	im		Não	
Na prática diária, já abordou o tema da prevenção de abuso sexual infantil com as crianças	8 (72	2,7%)		3 (27,3%)	
	Semanal	Mensal	Semestral	Anu	al

4.1.1. Se sim, com que frequência	-	2 (25,0%)	3 (37,5%)	3 (37,	5%)
4.1.2. Se sim, que métodos	s/meios usou (n =	7; 1 omisso)			
	Si	im		Não	
a. Livros infantis	5 (71			2 (28,6%)	
b. Conto de histórias	5 (71			2 (28,6%)	
c. Músicas		1,3%)		6 (85,7%)	
d. Jogos de tabuleiro		_		7 (100,0%)	
e. Jogos de role playing ("dramatização") com ou sem participação das crianças	1 (14	1,3%)		6 (85,7%)	
f. Filmes	1 (14	1,3%)		6 (85,7%)	
		im		Não	
5. Conhece outros estabelecimentos de ensino em que seja abordado este tema com	3 (27			8 (72,7%)	
as crianças?					
5.1. Se sim, que meios aud	diovisuais são hab	itualmente escolh	nidos? (n = 3)		
	diovisuais são hab Si		nidos? (n = 3)	Não	
	Si	im	nidos? (n = 3)	Não	
a. Livros infantis	3 (100	im 0,0%)	nidos? (n = 3)		
a. Livros infantis b. Conto de histórias	Si	im 0,0%)	nidos? (n = 3)	1 (33,3%)	
a. Livros infantis b. Conto de histórias c. Músicas d. Jogos de tabuleiro	3 (100	im 0,0%)	nidos? (n = 3)		
a. Livros infantis b. Conto de histórias c. Músicas d. Jogos de tabuleiro e. Jogos de role playing ("dramatização") com ou sem participação das crianças	3 (100	im 0,0%)	nidos? (n = 3)	1 (33,3%) 3 (100,0%)	
a. Livros infantis b. Conto de histórias c. Músicas d. Jogos de tabuleiro e. Jogos de role playing ("dramatização") com ou sem participação das crianças	Si 3 (100 2 (66	im 0,0%)	nidos? (n = 3)	1 (33,3%) 3 (100,0%) 3 (100,0%)	
a. Livros infantis b. Conto de histórias c. Músicas d. Jogos de tabuleiro e. Jogos de role playing ("dramatização") com ou sem participação das	Si 3 (100 2 (66	im 0,0%) 5,7%) - - -	-	1 (33,3%) 3 (100,0%) 3 (100,0%) 3 (100,0%) 2 (66,7%)	6?
a. Livros infantis b. Conto de histórias c. Músicas d. Jogos de tabuleiro e. Jogos de role playing ("dramatização") com ou sem participação das crianças f. Filmes	Si 3 (100 2 (66	im 0,0%) 5,7%) - - -	-	1 (33,3%) 3 (100,0%) 3 (100,0%) 3 (100,0%) 2 (66,7%)	6? Concordo
a. Livros infantis b. Conto de histórias c. Músicas d. Jogos de tabuleiro e. Jogos de role playing ("dramatização") com ou sem participação das crianças f. Filmes	Si 3 (100 2 (66 - - - - 1 (33 a adequada a abore	im 0,0%) 5,7%) - - - - 3,3%) dagem dos segui	ntes conceitos	1 (33,3%) 3 (100,0%) 3 (100,0%) 3 (100,0%) 2 (66,7%) com as crianças	
a. Livros infantis b. Conto de histórias c. Músicas d. Jogos de tabuleiro e. Jogos de role playing ("dramatização") com ou sem participação das crianças f. Filmes	3 (100 2 (66 - - - 1 (33 a adequada a abore Não concordo	im 0,0%) 5,7%) - - - - 3,3%) dagem dos segui	ntes conceitos	1 (33,3%) 3 (100,0%) 3 (100,0%) 3 (100,0%) 2 (66,7%) com as crianças Concordo	Concordo

sexuais vai ajudar a prevenir os abusos sexuais					
prevenção de abusos	-	1 (9,1%)	-	1 (9,1%)	9 (81,8%)
sobre "sexo" c. A educação para a					
b. Existe receio que esta abordagem possa induzir a criança a saber muito	7 (63,6%)	2 (18,2%)	-	1 (9,1%)	1 (9,1%)
sexuais deve integrar o currículo do ensino pré- escolar					
a. A temática da prevenção de abusos	-	1 (9,1%)	-	2 (18,2%)	8 (72,7%)
A ((()	totalmente	parcialmente		parcialmente	totalmente
	Não concordo	Não concordo	Indiferente	Concordo	Concordo
7. Face à prevenção dos al	ousos sexuais infa	antis			
criança perante situações de abuso	2 (18,2%)	-	-	-	9 (81,8%)
de eventos i. Desculpabilizar a					
estabelecer pessoas de confiança para revelação	1 (9,1%)	-	-	-	10 (90,9%)
contra a sua vontade h. Identificar e					
quando alguém estabelece um contato	i (3,1/0)	-	-	-	10 (30,3 /6)
g. Não guardar segredo	1 (9,1%)	_	_	_	10 (90,9%)
deixe desconfortável					
contra a sua vontade ou de uma forma que a					
toque no seu corpo contra a sua vontade ou					
situação em que alguém					
confiança perante uma					
ou sair/fugir e contar a uma pessoa de	-	-	-	I (3,170)	10 (30,3%)
f. O direito de "dizer não"	_	_	_	1 (9,1%)	10 (90,9%)
de abuso sexual					
adequadamente no caso					
mamas) para que possam descrever					
das partes do corpo (pénis, vagina, nádegas,	-	1 (9,1%)	-	1 (9,1%)	9 (81,8%)
sexual saudável e. Designações corretas	-	1 (9,1%)	-	2 (18,2%	8 (72,7%)
magoá-la d. Desenvolvimento		4 (0 40()		0 (40 00)	0 (70 70()
- ·					
conhece e gosta poder					

	Não concordo	Não concordo	Indiferente	Concordo	Concordo
	Nao Concordo	Nao Concordo	manerente	Concordo	Concordo
	totalmente	parcialmente		parcialmente	totalmente
A escassez de bibliografia e meios audiovisuais apelativos sobre o tema	1 (9,1%)	2 (18,2%)	-	6 (54,5%)	2 (18,2%)
b. A adaptação de conceitos de forma inteligível e compreensível para crianças em idade préescolar	-	2 (18,2%)	-	5 (45,5%)	4 (36,4%)
c. Alguns tópicos não são adequados para discutir com crianças desta faixa etária	4 (36,4%)	3 (27,3%)	-	3 (27,3%)	1 (9,1%)
d. O ensino desta temática é da responsabilidade dos pais/cuidadores	4 (36,4%)	3 (27,3%)	-	3 (27,3%)	1 (9,1%)
e. Os pais/cuidadores estão pouco recetivos à abordagem deste tema no âmbito do ensino pré- escolar	1 (9,1%)	4 (36,4%)	1 (9,1%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)
f. A abordagem destes conceitos com as crianças não é bem aceite pelos pais/cuidadores	2 (18,2%)	4 (36,4%)	-	3 (27,3%)	2 (18,2%)
g. A abordagem destes conceitos aumenta o stress e o medo nas crianças	10 (90,9%)	1 (9,1%)	-	-	-
h. A longo prazo os conhecimentos transmitidos são esquecidos/desvalorizad os pelas crianças	9 (81,8%)	2 (18,2%)	-	-	-

APÊNDICE VIII - Cronograma de atividades da componente clínica na USP do ACeS Baixo Vouga - Polo Anadia

Cronograma de atividades de setembro e outubro de 2022

2022		Sete	mbro	0																	Ou	tubi	ro													
Atividades	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	1	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1																																				
2																																				
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
21																																				

- 1. Reunião de integração com Professor orientador e tutora e visita às instalações do Centro de Saúde
- 2. Participação em Reunião do Conselho Geral da USP Baixo Vouga em Estarreja
- 3. Participação no XX Encontro Nacional Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APECSP)
- 4. Consulta de documentos da USP que incluem, entre outros, informação sobre o modelo de organização e funcionamento da UCC
- 5. Integração à Saúde ocupacional do ACeS BV Consulta de documentação

- 6. Preparação de auditoria interna ao processo de vacinação da Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023 Grupo dos residentes em ERPI e utentes da RNCCI
- 7. Acompanhamento da realização do relatório da vacinação da campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023 - Grupo dos residentes em ERPI e utentes da RNCCI
- 8. Participação na campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023 CVC
- 9. Auditoria do processo de vacinação campanha ERPI/RNCCI
- 10. Preparação de proposta de procedimento para registo no Sclinico da consulta de enfermagem relativa à vacinação em contexto de ERPI
- 11. Construção de base de dados para acidentes de trabalho 2021 do ACeS Baixo Vouga
- 12. Lançamento dos dados na base de dados dos acidentes de trabalho 2021 do ACeS Baixo Vouga
- 13. Análise dos dados dos acidentes de trabalho 2021 do ACeS Baixo Vouga
- 14. Participação na reunião com representantes dos agrupamentos e profissionais da USP, UCC e URAP para planeamento da saúde escolar para o ano letivo 2022-2023
- 15. Participação em formação acerca da aplicação da Orientação 006/2016 Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na escola organizada no âmbito do Programa Regional para a Diabetes da ARS Centro
- 16. Realização de auditoria interna ao procedimento para atuação do NACJR
- 17. Preparação da documentação para Reunião do NAJCR e proposta de procedimento para registo no SClinico da vacinação em ERPI como consulta de enfermagem
- 18. Participação na Reunião do NAJCR com apresentação dos resultados da auditoria e propostas de alteração ao procedimento.
- 19. Participação no 3º Congresso Nacional da Unidade de Saúde Pública do ACES Baixo Vouga
- 20. Participação em reunião da USP
- 21. Reunião de avaliação

Cronograma de atividades de novembro e dezembro de 2022

2022																No	vem	bro													De	ec.
Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		2
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
21																																

- 1. Reunião de integração com Professor orientador e tutora e visita às instalações do Centro de Saúde
- 2. Participação em Reunião do Conselho Geral da USP Baixo Vouga em Estarreja
- 3. Participação no XX Encontro Nacional Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APECSP)
- 4. Consulta de documentos da USP que incluem, entre outros, informação sobre o modelo de organização e funcionamento da UCC
- 5. Integração à Saúde ocupacional do ACeS BV Consulta de documentação

- 6. Preparação de auditoria interna ao processo de vacinação da Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023 Grupo dos residentes em ERPI e utentes da RNCCI
- 7. Acompanhamento da realização do relatório da vacinação da campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023 - Grupo dos residentes em ERPI e utentes da RNCCI
- 8. Participação na campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono-Inverno 2022-2023 CVC
- 9. Auditoria do processo de vacinação campanha ERPI/RNCCI
- 10. Preparação de proposta de procedimento para registo no Sclinico da consulta de enfermagem relativa à vacinação em contexto de ERPI
- 11. Construção de base de dados para acidentes de trabalho 2021 do ACeS Baixo Vouga
- 12. Lançamento dos dados na base de dados dos acidentes de trabalho 2021 do ACeS Baixo Vouga
- 13. Análise dos dados dos acidentes de trabalho 2021 do ACeS Baixo Vouga
- 14. Participação na reunião com representantes dos agrupamentos e profissionais da USP, UCC e URAP para planeamento da saúde escolar para o ano letivo 2022-2023
- 15. Participação em formação acerca da aplicação da Orientação 006/2016 Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na escola organizada no âmbito do Programa Regional para a Diabetes da ARS Centro
- 16. Realização de auditoria interna ao procedimento para atuação do NACJR
- 17. Preparação da documentação para Reunião do NAJCR
- 18. Participação na Reunião do NAJCR com apresentação dos resultados da auditoria e propostas de alteração ao procedimento.
- 19. Participação no 3º Congresso Nacional da Unidade de Saúde Pública do ACES Baixo Vouga
- 20. Participação em reunião da USP
- 21. Reunião de avaliação

Apêndice IX - Cronograma de atividades da componente clínica na UCC de Cantanhede

Cronograma de atividades de dezembro de 2022 a fevereiro de 2023

2022-23)ez	embr	О																Ja	neiro)										
Atividades 5	5 6	7 8	9	10 11	1	2 13	3 1	14 15	16	17	18	2	3 4	1 5	6	7 8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15								•	•									•													·		•		
16																																			
17								•	•									•			•												•		

2023													Fe	/ere	iro									
Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								

9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16			•		
17					

- 1. Reunião de integração com professor orientador, coordenadora da UCC e tutoras
- 2. Visita para conhecimento das instalações do Centro de Saúde
- 3. Reunião de orientação com professor orientador
- 4. Consulta de documentos da UCC que incluem, entre outros, informação sobre o modelo de organização e funcionamento da UCC
- 5. Seleção, recolha e tratamento de informação adquirida em várias fontes
- 6. Reunião com tutora para conhecimento das atividades planeadas da UCC e planeamento das atividades a desenvolver
- 7. Reunião para discussão do projeto de intervenção
- 8. Participação na reunião da equipa de enfermeiros da UCC
- 9. Acompanhamento de atividades já planeadas no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar
- 10. Acompanhamento de atividades já planeadas no âmbito de Reabilitação
- 11. Acompanhamento de atividades já planeadas no âmbito de ECCI
- 12. Acompanhamento de atividades do projeto intervenção combinada (reminiscência e exercício físico)
- 13. Caracterização de um problema de saúde da comunidade no âmbito da UCC abuso sexual e prevenção do abuso sexual (pesquisa/colheita de informação internacional, nacional e local)
- 14. Participação em sessão informativa sobre "Estatuto do Cuidador Informal"
- 15. Planeamento de atividades com vista à capacitação de grupos e comunidades no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens
- 16. Reunião de orientação com professor orientador e tutora
- 17. Reunião de Avaliação

Cronograma de atividades de fevereiro a março de 2023

2023	Fe	V		Março																											
Atividades	27	28	1	2 3	4	5	6	7	8 9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															

- 1. Reunião com tutora para conhecimento das atividades planeadas da UCC e planeamento das atividades a desenvolver
- 2. Acompanhamento de reunião da equipa de enfermagem da UCC
- 3. Análise de possíveis tópicos de interesse para o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados pela UCC através da consulta de sumários de evidência do JBI, tradução dos indicadores de boas práticas de 5 sumários de evidência de interesse e partilha destes com a coordenadora da UCC
- 4. Caracterização de um problema de saúde da comunidade no âmbito da UCC abuso sexual de crianças e jovens (pesquisa/colheita de informação internacional, nacional e local)
- 5. Planeamento de atividades com vista à capacitação de grupos e comunidades no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens
- 6. Colaboração no Projeto de parceria com a Câmara Municipal de Cantanhede Sinistralidade Rodoviária Pensar a Prevenção/Melhorar a Resposta. Uma perspetiva de saúde pública e de trabalho em rede (Acompanhamento de atividades de âmbito comunitário, criação de base de dados, lançamento e análise de dados, construção de gráficos para apresentação e apresentação em reunião do projeto)
- 7. Acompanhamento de atividades já planeadas no âmbito do PNSE Sessão sobre comunicação assertiva
- 8. Capacitação de grupos e comunidades no âmbito da prevenção do abuso sexual de crianças e jovens
- 9. Acompanhamento de atividades já planeadas no âmbito do PNSE Sessões do Projeto +Contigo
- 10. Reunião de Avaliação

Apêndice X – Cronograma de atividades da componente clínica na USP do ACeS Baixo Mondego – sede Centro Saúde de Santa Clara

Cronograma de atividades de abril e maio de 2023

2023		Abril												Maio																
Atividades	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1 2	2 3	4	5	6 7	' 8	3 9	10	11	12
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16																														

- 1. Reunião de integração com Professor orientador e tutora e visita às instalações da sede da USP do ACeS Baixo Mondego
- 2. Reunião com tutora para conhecimento das atividades planeadas da USP e planeamento das atividades a desenvolver
- 3. Acompanhamento de reunião do Conselho Geral da USP do ACeS Baixo Mondego
- 4. Colaboração na organização do armazém clínico e farmácia, incluindo Mala anafilaxia, para preparar implementação de armazém avançado
- 5. Consulta de documentos da USP que incluem, entre outros, informação sobre o seu modelo de organização e funcionamento
- 6. Preparação de PowerPoint para formação e sua apresentação na reunião de enfermagem sobre "Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e Plano Nacional de Saúde"

- 7. Participação na área de intervenção da USP do ACeS Baixo Mondego "Consulta do viajante e vacinação internacional"
- 8. Acompanhamento do processo vacinal contra o vírus *Monkeypox*
- 9. Acompanhamento da reunião da equipa de enfermagem da USP do ACeS Baixo Mondego
- 10. Reunião com médico de saúde pública da USP para melhor compreensão do funcionamento da vigilância epidemiológica, particularmente através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE)
- 11. Colaboração na elaboração de Processo Assistencial Integrado para Higienização das mãos na vacinação
- 12. Participação na sessão de lançamento do Sistema de Indicadores de Saúde Ocupacional (SIOC)
- 13. Acompanhamento do processo de participação de um acidente de trabalho
- 14. Participação no Encontro do Dia Mundial da Higiene das Mãos organizado pela Unidade Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da ARS Centro
- 15. Reunião de Avaliação
- 16. Acompanhamento do processo vacinal contra a Tuberculose BCG