



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área
de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

**ESTILOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES DE UMA
ESCOLA DA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL-
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE
PÚBLICA**

**LIFESTYLES OF ADOLESCENTS FROM A SCHOOL IN
NORTHERN PORTUGAL –DEVELOPMENT OF
SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN THE FIELD OF
COMMUNITY AND PUBLIC HEALTH NURSING AND
PUBLIC HEALTH**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Cátia Daniela Da Cruz Seabra

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem
de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ESTILOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES DE
UMA ESCOLA DA REGIÃO NORTE DE
PORTUGAL

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE
SAÚDE PÚBLICA

Estágio orientado pela Professora Doutora
Margarida Abreu e coorientado pela
Professora Doutora Ana Paula Cantante.

Porto, 2025

AGRADECIMENTO

Chegar até aqui representa muito mais do que a conclusão de um relatório, simboliza o fecho de um ciclo marcante na minha vida. Nunca pensei voltar tão cedo a uma escola, muito menos no âmbito da saúde escolar, mas esta experiência superou todas as expectativas.

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio de muitas pessoas. A todas, deixo o meu sincero obrigada!

Aos professores da Escola Superior de Enfermagem do Porto e às Enfermeiras Orientadoras, pela partilha de conhecimento e por contribuírem de forma tão significativa para o meu crescimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Margarida Abreu e à Professora Doutora Ana Paula Cantante, o meu profundo agradecimento por toda a vossa disponibilidade, apoio constante, incentivo e pela generosa partilha de conhecimentos durante a orientação deste percurso.

Ao agrupamento de escolas, direção, professores, psicólogo, funcionários e estudantes, obrigada por me receberem tão bem e por me permitirem regressar a um lugar que em tempos foi a segunda casa, desta vez, como enfermeira. Foi especial.

Aos meus colegas de mestrado, Joana Farinha e Rui Teixeira, levo muito deste mestrado, mas a vossa amizade é das melhores coisas. Obrigada pelo companheirismo, pela amizade e pela paciência nos momentos mais sinuosos. Seremos sempre Resistentes.

À minha família, pai, mãe, irmão e avós (maternos e paternos), sogra e cunhado, obrigada por compreenderem a minha ausência, não apenas pela distância, mas também pelo tempo que tantas vezes me faltou. Agora que esta etapa se encerra, desejo que nos voltemos a encontrar com mais tempo e presença.

Ao meu Diogo, obrigada por nunca desistires de me ver crescer. Sem ti, esta aventura não teria sido possível. Crescemos juntos, e continuaremos a crescer, em amor, em força e em família.

E em memória do meu querido sogro, Sr. José. Se cá estivesse, sei que teria acompanhado tudo com orgulho e apoio, como sempre fez.

RESUMO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, realizou-se o estágio de natureza profissional (Módulos I e II), numa Unidade de Saúde Pública e numa Unidade de Cuidados na Comunidade, pertencentes a uma Unidade Local de Saúde no Norte do país. O presente relatório descreve as atividades desenvolvidas para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Uma das competências desenvolvidas centrou-se na metodologia do planeamento em saúde. A população-alvo foi constituída por estudantes do 11.º ano de um agrupamento de escolas da área de abrangência das unidades referidas. O diagnóstico de situação, foi realizado com recurso ao questionário “O meu estilo de vida”. Após a priorização das necessidades, identificou-se como prioritário o domínio “S-Sono e Stress”, tendo sido elaborado e implementado o projeto “Mente serena, noite plena”, com recurso às estratégias de educação para a saúde e parceria. A avaliação dos indicadores de satisfação evidenciou elevada satisfação por parte dos estudantes. Em relação aos indicadores de atividade, as metas correspondentes foram alcançadas. A avaliação de resultado está prevista para junho de 2025.

Paralelamente, desenvolveram-se as outras competências específicas e as competências comuns exigidas ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública através da participação em atividades alinhadas com os objetivos do Programa Nacional de Saúde Escolar e do Plano Nacional de Saúde. Procedeu-se ainda, a uma análise e reflexão crítica sobre o modo como estas atividades favoreceram o desenvolvimento das referidas competências.

Palavras-chave: Estilo de vida saudável; Adolescente; Educação para a saúde; Enfermagem Comunitária; Saúde Pública

ABSTRACT

As part of the Master's degree in Community Nursing, within the field of Community and Public Health Nursing, a *professional clinical practice* (Modules I and II) was undertaken in a public health unit and a community care unit, both integrated in a local health unit located in the north of the country. This report describes the activities undertaken to develop the general and specific competencies required of a specialist nurse in community nursing, particularly in the area of community and public health nursing.

One of the competencies developed focused on the health planning methodology. The target population consisted of 11th-grade students from a school cluster within the catchment area of the aforementioned units. The situation diagnosis was carried out using the "O meu estilo de vida" questionnaire. Following the prioritisation of needs, the "S-Sono e Stress" domain was identified as a priority. The project "Serene mind, restful night" was designed and implemented, based on a health education strategy and partnership work. The evaluation of satisfaction indicators showed a high level of student satisfaction. Regarding the activity indicators, the corresponding targets were achieved. The outcome evaluation is scheduled for June 2025.

Simultaneously, other specific and general competencies required of the specialist nurse in community nursing, within the field of community and public health nursing, were developed through participation in activities aligned with the objectives of the national school health program and the national health plan. These activities contributed to the development of the necessary competencies. A critical analysis and reflection were also carried out on how these activities supported the development of the aforementioned competencies..

Keywords: Healthy lifestyle; Adolescent; Health education; Community Nursing; Public Health

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

DGE – Direção-Geral da Educação

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEECSP – Enfermeiro(s) Especialista(s) em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EPHO – Essential Public Health Operations

EPS – Escolas Promotoras de Saúde

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

GIAA – Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

ICN – International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

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

PASSE – Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar

Estilos de vida dos adolescentes de uma escola da região norte de Portugal - Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PSI – Plano de Saúde Individual

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

Índice

1. INTRODUÇÃO	10
2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	14
2.1. A Unidade Local de Saúde	14
2.2. A Unidade de Saúde Pública	16
2.3. A Unidade de Cuidados na Comunidade	20
3. A ADOLESCÊNCIA	22
3.1. Os estilos de vida na adolescência	25
3.2. A saúde escolar em Portugal	35
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA- NA ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	38
4.1. Diagnóstico de situação	39
4.1.1. Seleção da população-alvo	39
4.1.2. Instrumento de recolha de dados	40
4.1.2.1. Pré-teste	42
4.1.2.2. Considerações éticas	43
4.1.2.3. Procedimento de recolha de dados	44
4.1.2.4. Apresentação dos resultados	45
4.2. Determinação de prioridades	47
4.3. Fixação de objetivos	50
4.4. Seleção de estratégias	53
4.4.1. Recursos e orçamento	55
4.5. Preparação operacional e execução do projeto “Mente serena, noite plena”	55
4.6. Avaliação	58
4.7. Outras atividades desenvolvidas em contexto de estágio	63
4.8. Análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências	69
5. CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

ANEXOS	84
ANEXO I- Cronograma do módulo 1	1
ANEXO II- Cronograma do módulo 2	2
ANEXO III- Questionário	1
ANEXO IV- Pedido de autorização à autora do questionário “O meu estilo de vida”	3
ANEXO V- Pedido de autorização à direção da escola para aplicação do pré-teste	4
ANEXO VI- Pedido de autorização à direção da escola para aplicação do questionário à população-alvo	5
ANEXO VII- Consentimento informado para aplicação do pré-teste	1
ANEXO VIII- Consentimento informado para aplicação do questionário na população-alvo	2
ANEXO IX- Material fornecido em parcerias	1
ANEXO X- Saco de comprimidos anti-stress	2
ANEXO XI- Apresentação da atividade 1- jogo “ a Rota do sono”	3
ANEXO XII- Apresentação da atividade 2- Jogo “O stress”	2
ANEXO XIII- Plano de sessão da atividade 3- “ A Rota do sono	1
ANEXO XIV- Apresentação da atividade 3- “ A Rota do sono”	1
ANEXO XV- Plano de sessão da atividade 4 -“Relaxa a mente”	1
ANEXO XVI- Apresentação da atividade 4- “Relaxa a mente”	1
ANEXOS XVII- Questionário de satisfação da atividade 3	4
ANEXO XVIII- Questionário de satisfação da Atividade 4- “Relaxa a mente!	5

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1- Percentil de IMC	45
Quadro 2 - Domínios da Parte 2 - questionário - “O meu estilo de vida”	47
Quadro 3- Pontuação final da parte 2 – questionário – “O meu estilo de vida” ..	47
Quadro 4- Cálculo do valor das prioridades atribuídas segundo a técnica de comparação de pares	49
Quadro 5- Objetivos.....	51
Quadro 6- Indicadores de atividade	52
Quadro 7- Indicador de resultado.....	52
Quadro 8- Revisão de recursos para a implementação do projeto	55
Quadro 9- Resultados do Jogo “Rota do sono”.....	59
Quadro 10- Avaliação do conhecimento referente ao sono.....	60
Quadro 11- Resultados do jogo “O stress”	60
Quadro 12 Avaliação do conhecimento referente ao stress.....	60
Quadro 13- Indicadores de atividade, metas e avaliação.....	61
Quadro 14- Avaliação da atividade 2.....	62
Quadro 15- Avaliação da atividade 4.....	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Logótipo do projeto Mente serena, noite plena	56
Figura 2- Logótipo das sessões 1 e 2 "A Rota do sono"	57
Figura 3- Logótipo das sessões 3 e 4- "Relaxa a mente"	58

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, foi realizado o estágio de natureza profissional na Unidade de Saúde Pública (USP) e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pertencentes a uma Unidade Local de Saúde (ULS) do norte do país. Este estágio decorreu ao longo dos anos letivos de 2023/2024 e 2024/2025, tendo sido estruturado em dois módulos realizados sob orientação clínica de duas enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde comunitária, pertencentes às respetivas unidades funcionais onde os mesmos decorreram.

O estágio de natureza profissional - Módulo I correspondeu ao segundo semestre do primeiro ano do plano de estudos e contemplou uma carga horária de 170 horas de estágio e 25 horas de seminário. Este foi desenvolvido na USP, entre 22 de fevereiro e 12 de abril de 2024 e posteriormente, na UCC, de 2 de maio a 7 de junho de 2024. O estágio de natureza profissional - Módulo II inseriu-se no primeiro semestre do segundo ano do plano de estudos e contemplou 340 horas de estágio e 50 horas de orientação tutorial. Este decorreu nas mesmas unidades funcionais do estágio anterior, tendo ocorrido na UCC entre 19 de setembro e 17 de novembro de 2024 e na USP, entre 22 de novembro de 2024 e 7 de fevereiro de 2025.

Com vista a uma melhor organização do percurso formativo, elaborou-se um cronograma no início de cada módulo, onde se encontram, de forma sequencial, todas as etapas desenvolvidas ao longo do Módulo I e do Módulo II. Estes podem ser consultados nos Anexos I e II, respetivamente.

O estágio de natureza profissional (Módulo I e Módulo II) tem por objetivo que o estudante desenvolva as competências comuns e específicas associadas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) conforme o Regulamento n.º 428/2018 e o Regulamento n.º 140/2019 da OE.

O presente relatório refere-se ao percurso desenvolvido ao longo do Módulo I e do Módulo II do estágio de natureza profissional, integrando as atividades realizadas e a reflexão crítica sobre as aprendizagens adquiridas. Delineou-se como objetivos para o relatório:

- Descrever as atividades realizadas em contexto de estágio de natureza profissional (Módulo I e Módulo II);
- Consolidar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEECS.

Tendo em conta as competências comuns e específicas dos EEECS e o método de planeamento em saúde, foram definidos para o estágio de natureza profissional- Módulo I :

Adquirir competências para a realização de um projeto individual de desenvolvimento profissional, significativo e aplicável no contexto clínico da enfermagem comunitária e de saúde pública;

- Promover a responsabilização pessoal na construção dos respetivos itinerários e projetos de vida profissional, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida e de promoção de um espírito empreendedor;
- Promover a orientação profissional individual, integrando o projeto de desenvolvimento com os respetivos contextos pessoais, sociais e, em particular, com os contextos de trabalho;
- Promover a integração dos estudantes nos espaços de exercício profissional avançado na área da enfermagem comunitária e de saúde pública;
- Contruir uma consciência profissional sobre o papel do EEECS;
- Elaborar e consolidar um projeto de desenvolvimento profissional que se mostre relevante para aplicação integrada de conhecimentos inscritos na área da enfermagem comunitária; assim como o aprofundamento de competências clínicas na mesma área do exercício profissional avançado (Abreu, 2024a).

Para o estágio de natureza profissional- Módulo II, foram definidos os seguintes objetivos:

- Expandir e consolidar uma consciência profissional sobre o papel do EEECSF;
- Aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, em particular aqueles de especial complexidade, no âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública;
- Expandir competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, numa lógica de promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais significativas;
- Situar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, em particular no contexto da enfermagem comunitária, no âmbito do exercício profissional avançado;
- Consolidar a capacidade de suportar e incorporar na prática clínica, em particular no âmbito da enfermagem comunitária, a melhor evidência disponível;
- Aprofundar e consolidar competências clínicas diferenciadas e avançadas, face a necessidades (complexas) em cuidados dos clientes, no contexto da enfermagem comunitária e de saúde pública;
- Elaborar e discutir o relatório de estágio, no qual deve ser colocada em evidência a relevância das competências adquiridas durante o processo, com vista ao exercício profissional especializado, no âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública (Abreu, 2024b).

No que respeita aos objetivos pessoais, estes foram definidos em consonância com os objetivos do estágio de natureza profissional (Módulo I e do Módulo II). Nesse sentido, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- Desenvolver e implementar um projeto de intervenção comunitária;
- Desenvolver as competências comuns e específicas do EEECSF.

Para dar resposta aos objetivos do módulo I do estágio de natureza profissional, foram abordadas apenas as três primeiras fases do planeamento em saúde: diagnóstico de situação, determinação de prioridades e fixação de objetivos.

A população-alvo foi composta pelos adolescentes do 11.º ano, selecionados em função das necessidades identificadas pela USP e UCC no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) da Direção-Geral da Saúde ([DGS], 2015).

A adolescência é uma etapa crítica do ciclo vital, marcada por rápidas mudanças de ordem desenvolvimental e pela vulnerabilidade a múltiplos riscos para a saúde (Costa et al., 2021). Promover estilos de vida saudáveis e prevenir comportamentos de risco na adolescência é essencial para a saúde futura dos adolescentes, com efeitos positivos que podem perdurar na vida adulta (Ferreira, 2008). Segundo Aquino et al. (2015), é nesta etapa que se tomam decisões com impacto na vida futura, o que exige uma resposta ajustada por parte dos cuidados de saúde.

Em Portugal, o PNSE é o referencial do sistema de saúde para a promoção da saúde escolar. A colaboração de todos os profissionais e serviços envolvidos é essencial para alcançar ganhos em saúde. As escolas são locais-chave para promover a saúde, influenciando os comportamentos e atitudes dos adolescentes. Assim, é fundamental promover ambientes escolares benéficos e desenvolver a literacia em saúde da comunidade pedagógica (DGS, 2015).

No Módulo II do estágio de natureza profissional, foram desenvolvidas as etapas remanescentes da metodologia do planeamento em saúde, com o objetivo de dar resposta às necessidades previamente identificadas. Foram selecionadas as estratégias, procedeu-se à elaboração e preparação do projeto seguido da sua implementação. Realizou-se a monitorização, estando a avaliação de impacto do projeto prevista para junho de 2025. Todas estas etapas contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEECS.

No que respeita à estrutura, este relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta a caracterização do contexto clínico, descrevendo a ULS, a USP e a UCC. O segundo capítulo aborda o enquadramento teórico relativo à adolescência, aos estilos de vida nesta fase do ciclo vital e à saúde escolar em Portugal. O terceiro capítulo aborda o desenvolvimento e reflexão sobre as competências comuns e específicas do EEECS, com apresentação detalhada das atividades desenvolvidas neste âmbito. Por fim, a conclusão, com a síntese e a reflexão global resultantes da experiência formativa em estágio.

2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), (2021), o Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, integra um estágio de natureza profissional que articula o conhecimento teórico com a prática em contexto real. Este visa proporcionar contacto direto com os desafios da prática profissional, promovendo a tomada de decisão fundamentada na evidência científica e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEECS.

Nesse sentido, conforme referido anteriormente, o estágio de natureza profissional decorreu numa USP e numa UCC, ambas inseridas numa ULS do Norte do país. Este foi organizado em dois módulos: o Módulo I, com a duração de 170 horas, decorreu na USP e na UCC entre fevereiro e junho de 2024; o Módulo II, com 340 horas, realizou-se nas mesmas unidades entre setembro de 2024 e fevereiro de 2025.

Segundo a OE (2021), a inserção em múltiplos cenários é essencial para ampliar a compreensão das dinâmicas de enfermagem comunitária e fortalecer a capacidade de adaptação às necessidades da população.

2.1. A Unidade Local de Saúde

A USP e a UCC onde decorreu o estágio de natureza profissional (módulo I e II) estão inseridas numa ULS situada no Norte do país. A criação da ULS ocorreu em 2024, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 102/2023, resultando da integração de um centro hospitalar e três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), com o objetivo de otimizar a gestão e a prestação de cuidados de saúde.

Atualmente, a ULS é constituída por duas unidades hospitalares e 73 unidades funcionais, distribuídas por 11 municípios (ULS, 2025).

A sua missão consiste em identificar e responder eficazmente às necessidades de saúde da população, promovendo a saúde e prevenindo a doença. Pretende garantir cuidados de qualidade e em tempo útil, através de uma gestão eficiente. A sua visão é consolidar-se como referência nacional em acessibilidade e qualidade dos serviços. Os seus valores incluem ética, dignidade, responsabilidade social e rigor na gestão de recursos, assegurando uma integração eficaz na comunidade (ULS, 2025).

Na ULS encontram-se inscritos 483.954 utentes, dos quais 233.803 são do sexo masculino e 250.151 do sexo feminino. A distribuição etária da população revela a diversidade de necessidades em saúde ao longo do ciclo vital. A faixa etária dos 0 aos 9 anos corresponde a 36.930 utentes; dos 10 aos 19 anos, a 45.766 utentes; e dos 20 aos 29 anos, a 60.413 utentes. A maior concentração populacional verifica-se entre os 40 e os 49 anos, com 68.667 utentes, seguindo-se os grupos dos 50 aos 59 anos (77.279), dos 30 aos 39 anos (59.566) e dos 60 aos 69 anos (67.662). Dos 70 aos 79 anos contabilizam-se 42.799 utentes, dos 80 aos 89 anos 20.579 utentes, dos 90 aos 99 anos 4.187 utentes, e existem ainda 106 utentes com 100 ou mais anos (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2025).

O índice de dependência dos utentes da ULS é de 47,72%, o que reflete um perfil demográfico envelhecido, onde 30,1% dos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) são idosos. A ULS apresenta uma elevada taxa de cobertura por médico de família (99,43%). No entanto, a atual distribuição etária da população evidencia a necessidade de ajustar os cuidados de saúde às diferentes fases do ciclo de vida. A população jovem, que inclui 82696 utentes com idades entre os 10 e os 29 anos, constitui um grupo significativo que exige abordagens diferenciadas, com foco na promoção da saúde, prevenção da doença e intervenção precoce sobre fatores de risco que possam comprometer a sua saúde e bem-estar ao longo do tempo (ACSS, 2025).

2.2. A Unidade de Saúde Pública

A USP tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, promovendo ganhos em saúde, colaborando diretamente para o cumprimento da missão da ULS (USP, 2024).

As atividades da USP assentam em três pilares fundamentais: a promoção da saúde, a prevenção da doença e o prolongamento da vida saudável, orientando-se pelas dez operações essenciais de saúde pública (Essential Public Health Operations [EPHO], definidas pela Organização Mundial da Saúde [OMS], 2013 como citado em USP, 2024). Estas operações incluem: vigilância; monitorização de riscos e resposta a emergências; proteção da saúde; promoção da saúde; prevenção da doença; governação; desenvolvimento e gestão de recursos humanos; financiamento sustentável; comunicação; e investigação em saúde pública.

A atuação da USP estrutura-se através de uma carteira de serviços que inclui o diagnóstico de situação de saúde, o plano local de saúde, a vigilância epidemiológica e diversos programas de vigilância sanitária, nomeadamente da água para consumo humano, das piscinas e das águas termais. Integra ainda a rede de vigilância de vetores, os planos de contingência para a saúde sazonal (módulos de verão e inverno), o programa de luta contra a tuberculose, o programa de prevenção da doença dos legionários, a monitorização do programa nacional de vacinação, do programa de saúde ocupacional, do plano de intervenção contra a gripe na comunidade, do programa diabetes em movimento, do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) e do PNSE (USP, 2024).

Adicionalmente, a USP assegura a vigilância das condições de higiene, segurança e saúde em contextos específicos, como os estabelecimentos

escolares e as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (USP, 2024).

Para além da carteira técnica de serviços, a USP desenvolve um conjunto de outras atividades. Estas incluem, no âmbito da autoridade de saúde, cujas funções são exercidas, ao nível da ULS, por médicos de saúde pública nomeados nos termos da lei, a emissão de atestados médicos para cartas de condução, a análise de projetos de edificação, a verificação de óbitos, a participação no sistema de alerta e resposta apropriada e a integração no conselho clínico e de saúde da ULS.

No âmbito da cooperação e do dever de colaboração, a USP desempenha funções enquanto interlocutor de risco, gestor local de energia, membro da comissão de qualidade e segurança/programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos, interlocutor para a tuberculose, bem como colaborador nos programas diabetes em movimento e articula-se também com a coordenação do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) (USP, 2024).

A equipa multidisciplinar da USP é composta por cinco médicos de saúde pública, três médicos internos de formação específica, quatro enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, seis técnicos de saúde ambiental e um assistente técnico (USP, 2024).

A área de abrangência da USP é constituída por 3 concelhos. Um concelho (A), com 84354 pessoas, um (B) com 69629 pessoas e um (C) com 15586 pessoas, perfazendo um total de 169569 pessoas, distribuídas por 52 freguesias e uniões de freguesias (Instituto Nacional de Estatística, [INE], 2021).

No concelho (A), a distribuição da população por escalões etários evidencia uma presença significativa de população jovem, com 7184 crianças até aos 9 anos e 9721 adolescentes entre os 10 e os 19 anos. Na faixa etária dos 20 aos 29 anos residem 10331 pessoas; este valor aumenta ligeiramente para 10355 pessoas entre os 30 e os 39 anos. As faixas com maior concentração populacional situam-se entre os 40 e os 49 anos, com 13988 pessoas, e entre os 50 e os 59 anos, com 13541 pessoas (INE, 2021).

No concelho (B), a distribuição da população por escalões etários revela igualmente uma presença significativa de população jovem, com 5770 crianças até aos 9 anos e 7631 adolescentes entre os 10 e os 19 anos. Na faixa etária dos 20 aos 29 anos residem 8664 pessoas; este valor é ligeiramente superior ao registado entre os 30 e os 39 anos, com 8353 pessoas. A maior concentração populacional observa-se entre os 40 e os 49 anos, com 10879 pessoas, e entre os 50 e os 59 anos, com 11084 pessoas (INE, 2021).

No concelho (C), a distribuição da população por escalões etários revela igualmente uma presença significativa de população jovem, com 1083 crianças até aos 9 anos e 1678 adolescentes entre os 10 e os 19 anos. Na faixa etária dos 20 aos 29 anos residem 1847 pessoas; este valor diminui ligeiramente para 1641 pessoas entre os 30 e os 39 anos. As faixas mais representativas situam-se entre os 40 e os 49 anos, com 2340 pessoas, e entre os 50 e os 59 anos, com 2586 pessoas, constituindo o grupo etário mais numeroso do concelho (INE, 2021).

Nos três concelhos, os dados evidenciam uma redução gradual da população a partir dos 60 anos, revelando um padrão demográfico semelhante associado ao envelhecimento populacional (INE, 2021).

Segundo o diagnóstico de situação de saúde da USP (2022) a pandemia de COVID-19 alterou significativamente os padrões de morbilidade e mortalidade na região. Para além de ter introduzido uma nova causa de doença e morte, a pandemia impactou negativamente a gestão de outras condições de saúde, em consequência das alterações nos comportamentos de procura de cuidados e na disponibilidade dos serviços de saúde (USP, 2022).

O diagnóstico de situação de saúde da USP para o biénio 2022/2023 evidencia indicadores relevantes sobre a saúde da população. A obesidade apresenta-se como a principal causa de morbilidade na faixa etária dos 10 aos 19 anos, com uma prevalência de 8,3%. Contudo, não se encontra disponível no documento uma discriminação por sexo relativamente a este indicador. As perturbações depressivas, por sua vez, apresentam uma prevalência de 3,5% no sexo feminino e 1,5% no sexo masculino. As doenças respiratórias crónicas, incluindo

a asma, afetam 4,1% dos adolescentes, embora sem especificação por sexo nos dados apresentados (USP, 2024).

Relativamente aos comportamentos de risco, o tabagismo apresenta uma prevalência global de 13,6% na população com 15 ou mais anos, sendo significativamente mais prevalente no sexo masculino (25,25%) do que no sexo feminino (7%). O abuso crónico de álcool afeta 2,7% da população, com maior prevalência também no sexo masculino (5,68%) comparativamente ao sexo feminino (0,41%). O consumo de drogas ilícitas regista uma prevalência global de 0,54%, sendo igualmente mais frequente no sexo masculino (1,02%) do que no sexo feminino (0,19%) (USP, 2024).

Na área da saúde materno-infantil, a proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos reduziu-se para 1,0% em 2023. Em contrapartida, 28,3% dos partos ocorreram em mulheres com mais de 35 anos, o que revela uma tendência crescente para o adiamento da maternidade (USP, 2024).

Os indicadores socioeconómicos evidenciam desigualdades significativas na região. Os concelhos com menor nível de escolaridade, como o concelho (B), onde 6,1% da população não possui o ensino básico completo, e aqueles com maior número de beneficiários do Rendimento Social de Inserção, como o concelho (A), com 32 beneficiários por 1.000 habitantes, apresentam também maiores prevalências de obesidade e de consumo de tabaco. Em 2023, no concelho (B), a proporção de utentes com registo de excesso de peso foi de 35,2% e de abuso crónico de tabaco de 14,2%. No concelho (A), esses valores foram de 34,8% e 13,9%, respetivamente. Ambos os concelhos apresentam prevalências superiores à média da ULS, que se situa em 34,4% para excesso de peso e 13,6% para abuso crónico de tabaco. A taxa de desemprego na faixa etária dos 15 aos 24 anos atinge os 19% na região, agravando as vulnerabilidades sociais desta população (USP, 2024).

Estas problemáticas refletem alterações nos comportamentos e nas escolhas relacionadas com o estilo de vida, evidenciando a necessidade urgente de medidas preventivas e educativas que contribuam para a mitigação dos riscos à saúde dos jovens. Torna-se essencial adotar uma abordagem integrada, centrada na promoção de uma geração mais saudável, através da intervenção

precoce no contexto da saúde escolar, promovendo a consciencialização coletiva da saúde como um valor comum (Borges et al., 2023).

2.3. A Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho (A), promovendo ganhos em saúde e colaborando diretamente para o cumprimento da missão da ULS, à qual pertence. A UCC presta cuidados de saúde e apoio social, de âmbito domiciliário e comunitário, a pessoas, famílias e grupos em situação de maior vulnerabilidade, risco social, dependência física e funcional ou doença (UCC, 2023).

A UCC integra uma equipa multiprofissional, composta por dezasseis enfermeiros (quatro especialistas em enfermagem de reabilitação; um especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; um especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; um especialista em enfermagem de saúde comunitária e nove enfermeiros generalistas), um psicólogo, um nutricionista, um assistente social e um secretário clínico (UCC, 2023).

A prática da UCC é orientada por valores fundamentais como a equidade na acessibilidade aos cuidados, o respeito pelos princípios éticos e pela transparência, a solidariedade, a cooperação e o trabalho em equipa, a satisfação dos utentes e dos profissionais, bem como o compromisso com a excelência, a qualidade e a melhoria contínua. Estes valores refletem-se na articulação interinstitucional, no respeito pela autonomia dos utentes, na personalização dos cuidados e na promoção do bem-estar individual e coletivo (UCC, 2023).

A população-alvo da UCC, como mencionado anteriormente, corresponde à população residente no concelho (A), igualmente abrangida pela intervenção da USP, no âmbito da sua área geográfica de atuação. A UCC desenvolve a sua

atividade assistencial em articulação com as restantes unidades funcionais da ULS, com intervenção direta em 18 freguesias.

A UCC desenvolve uma carteira de serviços estruturada em várias áreas de intervenção prioritária, entre as quais se destacam:

- O projeto “Olhar atento à criança e puérpera no primeiro ano de vida”;
- O projeto de intervenção na doença respiratória crónica;
- O projeto de massagem infantil.
- Os cuidados continuados integrados;
- A saúde escolar em sete agrupamentos de escolas;
- A preparação para o parto e parentalidade para casais/grávidas;
- O apoio às crianças e jovens em risco e comissão de proteção a crianças e jovens;
- O acompanhamento de beneficiários do rendimento social de inserção, através do núcleo local de inserção;
- O apoio à amamentação com aconselhamento e ensino especializado;
- O apoio aos cuidadores, no âmbito da promoção da saúde mental e da redução da sobrecarga emocional
- A participação no conselho geral dos agrupamentos de escolas como representante da comunidade designada pela ULS (UCC,2023).

Destas áreas de intervenção, assume particular relevância o PNSE, desenvolvido em sete agrupamentos de escolas. Este programa visa promover a educação para a saúde, prevenir comportamentos de risco e reforçar a literacia em saúde da população infantojuvenil, em articulação com as equipas de saúde familiar e com a comunidade educativa (UCC, 2023).

3. A ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano que se estende dos 10 aos 19 anos, situando-se entre a infância e a vida adulta, marcada por mudanças físicas, cognitivas e psicossociais (World Health Organization [WHO], 2025).

As mudanças físicas na adolescência decorrem sobretudo da atividade hormonal regulada pelo sistema nervoso central, refletindo-se no crescimento acelerado e no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Estas alterações envolvem também alterações na estrutura e funcionamento dos órgãos e tecidos, evidenciando uma progressiva maturação fisiológica (Hockenberry & Wilson, 2014).

Ao nível do desenvolvimento cognitivo, segundo Piaget (1972, como citado em Martorell et al., 2020), geralmente a partir dos 11 ou 12 anos, ocorre a entrada no estágio das operações formais. Neste estágio, os adolescentes desenvolvem a capacidade de pensamento abstrato, lógico e hipotético, permitindo-lhes formular hipóteses, isolar variáveis e resolver problemas complexos. Este tipo de raciocínio, designado por pensamento hipotético-dedutivo, facilita a compreensão de conceitos como justiça ou moralidade, bem como a reflexão sobre possibilidades não observáveis (Martorell et al., 2020).

Segundo Piaget (1972, como citado em Martorell et al., 2020), embora o amadurecimento neurológico seja necessário, o desenvolvimento do pensamento formal exige estimulação adequada. As interações sociais, especialmente com os pares, promovem este progresso ao estimularem o confronto de ideias e a argumentação (Martorell et al., 2020).

Apesar de os adolescentes desenvolverem competências cognitivas avançadas, o seu pensamento pode, por vezes, revelar traços de imaturidade, devido à inexperiência na aplicação das capacidades do estágio das operações formais (Elkind, 1984, 1998, como citado em Martorell et al., 2020).

Segundo Elkind (1984, 1998, como citado em Martorell et al., 2020), estes tendem a identificar falhas nas figuras de autoridade, tornando-se

argumentativos, indecisos e revelando, por vezes, uma aparente hipocrisia ao não alinharem os seus ideais com as ações. Esta autoconsciência acentuada leva-os a acreditar que estão constantemente sob observação por parte dos outros, sendo este fenómeno designado por audiência imaginária. Manifesta-se ainda o pressuposto da invulnerabilidade, segundo o qual se consideram únicos e imunes às consequências que afetam os demais, o que pode conduzir a comportamentos de risco. Embora amplamente reconhecidas, estas manifestações não são universais e variam consoante o contexto social dos próprios adolescentes (Martorell et al., 2020).

A adolescência constitui uma etapa fundamental para o desenvolvimento da personalidade, correspondendo à quinta fase da Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson (13-21 anos). Nesta fase, caracterizada pelo conflito identidade versus confusão de papéis, os grupos de pares emergem como núcleo das relações significativas. Os adolescentes, situados entre o universo infantil e adulto, experienciam diversos papéis sociais enquanto questionam a sua identidade e posição na sociedade. Durante este processo, definem progressivamente a sua identidade, estabelecendo aquilo que são ou aspiram ser, em contraposição ao que rejeitam, consolidando assim as suas preferências e aversões (Veríssimo, 2002).

A adolescência está dividida em três fases distintas: a fase inicial (10-15 anos), a fase média (14-17 anos) e a fase tardia (16-19 anos), cada uma caracterizada por transformações específicas em diversas dimensões do desenvolvimento (WHO, 2010).

Face à variabilidade de entrada em cada uma das fases, não existe uma adolescência padronizada, mas sim adolescentes distintos. É arriscado catalogar os jovens em grupos ou fases fixas. Contudo, admite-se que há diferenças influenciadas pelo género. As raparigas, por exemplo, muitas vezes mostram uma maturidade superior, que se reflete na seleção de valores ou na autorregulação (Sampaio, 2000, citado em Borges et al., 2023).

Na fase inicial (10-15 anos), observam-se mudanças físicas significativas, com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e um crescimento acelerado que atinge o seu pico. A nível cognitivo, predomina o pensamento concreto,

focado no "aqui e agora", manifestando-se dificuldade em compreender como as ações presentes podem resultar em consequências futuras. Psicologicamente, os adolescentes dedicam considerável atenção às rápidas transformações físicas e à percepção da sua imagem corporal pelos outros, experienciando frequentes alterações de humor. No contexto familiar, contestam regras sobre independência/dependência, manifestando comportamentos de argumentação e desobediência. As relações com os pares caracterizam-se pelo desenvolvimento de amizades intensas com indivíduos do mesmo sexo e pelo início de interações com o sexo oposto em contextos grupais. Quanto à sexualidade, esta fase é marcada pela autoexploração, autoavaliação e preocupação com fantasias românticas (WHO, 2010).

Na fase média (14-17 anos), continua o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, enquanto o crescimento físico desacelera, atingindo aproximadamente 95% do desenvolvimento adulto. Ocorre um significativo crescimento cerebral, influenciando o pensamento e as capacidades de resolução de problemas. O pensamento torna-se mais abstrato e teórico, embora possa regredir ao concreto em situações de stress, verificando-se uma melhor compreensão das consequências das próprias ações. Psicologicamente, os adolescentes consolidam a sua imagem corporal, desenvolvem ideais ou sonhos aparentemente impossíveis e experimentam comportamentos de risco relacionados com sexualidade, substâncias e relações sociais. As relações familiares continuam marcadas por conflitos com figuras de autoridade. As amizades com pares tornam-se mais intensas, com forte influência do grupo sobre o comportamento individual. No domínio da sexualidade, estabelecem-se relações mais estáveis, testam a capacidade de atração do sexo oposto e emergem impulsos sexuais mais definidos (WHO, 2010).

Na fase tardia (16-19 anos), os adolescentes atingem a maturidade física completa. O pensamento abstrato consolida-se como predominante, permitindo o planeamento a longo prazo e a compreensão de como as escolhas presentes influenciam o futuro. Psicologicamente, estabelecem e perseguem objetivos a longo prazo, demonstram maior conforto com a imagem corporal e desenvolvem uma compreensão mais sólida dos princípios morais e éticos. A relação com a família evolui de uma dinâmica hierárquica para uma relação mais igualitária

entre adultos. As decisões e valores tornam-se menos influenciados pelo grupo de pares, privilegiando-se amizades individuais e a seleção de parceiros baseada em escolhas pessoais. A sexualidade caracteriza-se por relações mais equilibradas, com maior capacidade de planeamento futuro e de gestão de relações íntimas e duradouras (WHO, 2010).

Estas mudanças inerentes à adolescência influenciam diretamente o comportamento, os sentimentos, o raciocínio, a capacidade de decisão e a forma como interagem com os outros (WHO, 2010).

3.1. Os estilos de vida na adolescência

Os estilos de vida, conforme a definição da DGS (2003), consistem num conjunto de hábitos que os indivíduos adotam, sendo estes influenciados pelo desenvolvimento pessoal e pelo ambiente envolvente. Estes hábitos, que incluem alimentação, atividade física, consumo de substâncias como álcool e tabaco, do sono, do stress, de comportamentos de saúde e sexualidade responsáveis, estão intimamente ligados aos determinantes de saúde. A adoção de estilos de vida saudáveis traduz-se em ganhos significativos para a saúde, contribuindo para o aumento da funcionalidade e para uma melhor qualidade de vida ao longo de todas as etapas do ciclo vital (Pender et al., 2015).

Neste sentido, a adoção de estilos de vida saudáveis, assume particular relevância uma vez que o ambiente e os hábitos diários são fatores determinantes na manutenção da qualidade de vida e da saúde (Silva et al., 2014). A má gestão desses hábitos pode levar ao desenvolvimento de doenças crónicas, evidenciando a importância da promoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2022).

A promoção de estilos de vida saudáveis na adolescência é essencial, uma vez que comportamentos adotados nesta fase podem influenciar o risco futuro de desenvolver doenças não transmissíveis. Neste contexto, a intervenção precoce

na prevenção de comportamentos de risco revela-se essencial, de modo a obter-se impactos positivos e duradouros na saúde futura (DGS, 2015).

Para garantir a eficácia destas intervenções, é necessário que haja uma participação ativa dos adolescentes na criação e aplicação de programas de saúde, essenciais para satisfazer as suas necessidades, promovendo um desenvolvimento saudável e duradouro (DGS, 2022). Considera-se, portanto, imperativo garantir que os adolescentes tenham acesso a oportunidades de desenvolvimento pessoal, serviços de saúde adequados e ambientes seguros, reconhecendo-se o papel central dos enfermeiros na promoção de comportamentos saudáveis (WHO, 2024).

Em Portugal, o estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) monitoriza, desde 1998, os comportamentos de saúde dos adolescentes dos 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, com base numa amostra representativa a nível nacional. Os dados desse estudo, revelam melhorias em alguns indicadores de saúde, mas também evidenciam a necessidade de compreender a forma como os jovens portugueses lidam com os desafios desta fase do desenvolvimento (Gaspar et al., 2022).

Neste contexto, torna-se pertinente aprofundar a análise dos estilos de vida dos adolescentes portugueses, tal como retratados nos dados do estudo HBSC (Gaspar et al., 2022).

Entre os comportamentos analisados, a prática de atividade física surge como um dos domínios relevantes, sendo definida pela WHO (2024) como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético. A prática regular de atividade física durante a adolescência está associada a uma maior probabilidade de manutenção de um estilo de vida ativo na idade adulta, contribuindo também para a redução do risco de desenvolvimento de doenças crónicas (Polet et al., 2019). Além disso, adolescentes que praticam atividade física de forma regular demonstram maior satisfação com a sua imagem corporal, ainda que alguns estudos sugiram também uma correlação entre a prática de desporto e comportamentos impulsivos, como lutas ou consumo de álcool, o que exige orientação adequada (Gaspar de Matos, 2020).

A WHO (2020a) recomenda que crianças e adolescentes entre os 5 e os 17 anos realizem, em média, 60 minutos diários de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, preferencialmente aeróbica. Pelo menos três vezes por semana devem ser incluídas atividades que fortaleçam músculos e ossos. Além disso, é importante limitar comportamentos sedentários, especialmente o tempo de ecrã em atividades recreativas, devido aos seus efeitos negativos na saúde física e mental.

Em Portugal, a prática de atividade física é insuficiente para grande parte dos adolescentes. Apenas 19,8% referem praticar atividade física durante várias horas por dia. Esta redução é mais acentuada entre as raparigas (Gaspar et al., 2022). Entre os motivos apontados pelos adolescentes para esta falta de prática estão a falta de tempo, de espaços adequados, de diversidade nas aulas, de condições (como instalações desportivas ou balneários com privacidade), e a falta de incentivo por parte de professores ou da escola. Acrescem ainda a vergonha, a competição, a violência no desporto, o desinteresse e até o consumo de substâncias (Gaspar de Matos, 2020).

A alimentação na adolescência requer especial atenção, pois hábitos alimentares inadequados podem ter efeitos negativos imediatos e a longo prazo, contribuindo para o desenvolvimento de doenças crónicas (Cabral et al., 2021). É, por isso, fundamental promover uma alimentação equilibrada desde cedo, sublinhando a importância da supervisão por profissionais de saúde (Sales et al., 2014).

Em Portugal, a obesidade e o excesso de peso são problemas crescentes entre os jovens, exigindo intervenções educativas e preventivas que promovam hábitos alimentares saudáveis (Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2021).

Entre 2018 e 2022, a proporção de adolescentes com excesso de peso aumentou de 28,3% para 31,8% (Gaspar et al., 2022). Paralelamente, verificou-se uma redução na frequência da toma diária do pequeno-almoço: durante a semana, passou de 71,8% para 61,4%, e ao fim de semana, de 77,3% para 67,6%.

No que respeita aos hábitos alimentares, o consumo diário de fruta desceu ligeiramente (de 45,3% para 43,9%), enquanto o de vegetais registou um aumento (de 33,2% para 35,5%). O consumo semanal de refrigerantes e de doces também diminuiu, respetivamente de 15,9% para 12,2% e de 15,7% para 13,2%.

Mantêm-se diferenças entre sexos e níveis de escolaridade. As raparigas consomem mais fruta, vegetais e doces, enquanto os rapazes indicam maior ingestão de refrigerantes e maior regularidade no pequeno-almoço. Os estudantes do 6.º ano apresentam maior consumo de fruta e vegetais, ao passo que os do 10.º ano registam maior prevalência de excesso de peso e maior frequência na toma do pequeno-almoço durante a semana (Gaspar et al., 2022).

O consumo de tabaco frequentemente inicia-se na adolescência, a partir dos 13 anos, e está associado a outros comportamentos de risco, como o consumo de drogas e álcool, influenciados pelo ambiente familiar e grupos de pares (Ferreira & Torgal, 2010).

Em Portugal, observa-se uma tendência positiva na redução do consumo de tabaco entre os adolescentes. Entre 2018 e 2022, a percentagem de não fumadores aumentou de 93,7% para 95,1%. Na amostra de 2022 (N = 5809), apenas uma minoria referiu fumar: 2% consomem menos de uma vez por semana, 1,3% pelo menos uma vez por semana e 1,6% diariamente. Entre os adolescentes que já experimentaram tabaco, registou-se também uma diminuição do consumo frequente (20 dias ou mais nos últimos 30 dias), que passou de 35,7% em 2018 para 26,1% em 2022 (Gaspar et al., 2022).

Verificam-se ainda diferenças por ano de escolaridade: os estudantes mais novos (6.º e 8.º anos) referem mais frequentemente não fumar, ao contrário dos do 10.º ano, entre os quais o consumo, embora minoritário, está mais presente (Gaspar et al., 2022).

Esta evolução positiva reflete não só o impacto das políticas públicas de controlo do tabagismo, como também a eficácia das campanhas de sensibilização, que têm contribuído para alterar a perceção social do ato de fumar (Gaspar de Matos, 2020).

O álcool é a substância psicoativa mais consumida pelos adolescentes, sendo comum em vários contextos sociais. O consumo precoce está associado a alterações no desenvolvimento cerebral, maior risco de dependência e comportamentos de risco, como agressividade e impulsividade (Valim et al., 2017).

Apesar das restrições legais, o acesso ao álcool em Portugal continua facilitado devido ao seu baixo custo e ampla disponibilidade. Culturalmente, o seu consumo é amplamente aceite, inclusive em ambientes familiares, o que contribui para a sua normalização entre os jovens (Gaspar de Matos, 2020).

Entre 2018 e 2022, observou-se uma ligeira redução do consumo frequente (20 dias ou mais) de 9,7% para 6,8%, e dos episódios de embriaguez entre 1 a 3 vezes nos últimos 30 dias (de 4,2% para 3,9%) (Gaspar et al., 2022). Ainda assim, o consumo mantém-se elevado no ensino secundário, onde a embriaguez continua a ser um fenómeno comum, frequentemente associado à socialização e à integração nos grupos de pares (Gaspar de Matos, 2020).

O consumo de drogas entre adolescentes em Portugal tem vindo a diminuir desde 2002, apresentando-se atualmente como um fenómeno relativamente controlado (Gaspar de Matos, 2020). Esta tendência de redução continua visível nos dados mais recentes: entre 2018 e 2022, o consumo de drogas no último mês desceu de 3,9% para 2,5%, e o consumo frequente de marijuana (20 dias ou mais nos últimos 30 dias) reduziu-se de 31,6% para 25,8% (Gaspar et al., 2022).

A experimentação de outras substâncias também se manteve estável ou em ligeira descida, com exceção dos medicamentos usados como drogas, cujo consumo aumentou ligeiramente de 1,6% em 2018 para 1,9% em 2022 (Gaspar et al., 2022).

Apesar da redução global entre adolescentes, surgem novos desafios relacionados com a disponibilidade de novas substâncias psicoativas, muitas delas associadas a contextos de lazer juvenil, como festas e raves. Estas substâncias têm vindo a ganhar expressão sobretudo entre jovens adultos,

embora ainda com impacto reduzido entre adolescentes (Gaspar de Matos, 2020).

O sono é essencial ao funcionamento do organismo, devendo ser reparador em termos de duração, fases e qualidade (Dias, 2020). Na adolescência, um sono adequado é particularmente importante para o crescimento e desenvolvimento físico, emocional e comportamental, influenciando de forma significativa o desempenho cognitivo (Lima et al., 2021).

Para adolescentes dos 13 aos 18 anos, é recomendado um período de sono entre 8 e 10 horas por noite. O cumprimento destas orientações está associado a melhorias na atenção, comportamento, aprendizagem, memória e regulação emocional. Já a privação ou o excesso de sono estão ligados a vários riscos para a saúde, como obesidade, diabetes, depressão e, em casos mais graves, pensamentos suicidas (Paruthi et al., 2016).

Em Portugal, entre 2018 e 2022, verificou-se um agravamento da qualidade do sono entre os adolescentes portugueses. A percentagem dos que referem dormir bem diminuiu de 94,6% para 91,1%, enquanto aumentaram as queixas de dormir pouco (de 59,7% para 68,6%) e de dificuldades em adormecer (de 59,6% para 64,1%). Registou-se ainda um acréscimo nos relatos de acordar antes do necessário, despertares noturnos, sono agitado e pesadelos (Gaspar et al., 2022). Também a duração do sono sofreu uma redução, com um aumento da percentagem de adolescentes que dormem menos de 8 horas por noite, tanto durante a semana (de 39,2% para 46,2%) como ao fim de semana (de 20,7% para 23,4%) (Gaspar et al., 2022).

As raparigas surgem como o grupo mais vulnerável, reportando com maior frequência dificuldades de sono, menor duração do mesmo e níveis mais elevados de sonolência diurna. Em contraste, os rapazes tendem a referir melhor qualidade de sono (Gaspar et al., 2022; Gaspar de Matos, 2020).

O stress é definido como agitação, irritabilidade, dificuldade em relaxar e tensão nervosa e é um fator de risco significativo para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes (Straub, 2014). Os impactos deste na adolescência manifestam-se em diversas dimensões do desenvolvimento, com particular relevância para a saúde mental. Os transtornos emocionais, como a ansiedade

e a depressão, são prevalentes nesta faixa etária e frequentemente permanecem subdiagnosticados. Estes transtornos comprometem o funcionamento social e académico e podem levar a consequências graves, como o isolamento social e, nos casos mais extremos, ao suicídio, que é a terceira principal causa de morte entre adolescentes (WHO, 2024).

No contexto português, a escola surge como a principal fonte de stress, seguida pela pressão familiar e pelos conflitos interpessoais (Gaspar de Matos, 2020).

Em Portugal, a perceção de stress entre os adolescentes apresenta uma média de 10,98 pontos numa escala de 4 a 20, refletindo níveis significativos de stress (Gaspar et al., 2022). Cerca de 48,5% referem falta de confiança para lidar com problemas pessoais, 26,4% sentem que não controlam aspetos importantes da vida, e 25,1% sentem-se frequentemente sobrecarregados. Os estudantes do 6.º ano revelam menor stress e maior bem-estar face aos do 8.º e 10.º anos. As raparigas destacam-se com níveis mais elevados de stress e sintomas físicos e psicológicos, bem como menor satisfação com a vida, quando comparadas com os rapazes (Gaspar et al., 2022).

A sexualidade na adolescência é fundamental para a formação da identidade, manifestando-se através da aceitação da imagem corporal, descoberta do outro e relações sociais (Nothhaft et al., 2014). A OMS (2015) define a sexualidade como um aspeto central da vida humana que engloba sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A educação para a saúde e a promoção de práticas seguras relacionadas à sexualidade são essenciais para reduzir os riscos nesta fase (Brilhante & Catrib, 2011).

A vivência da sexualidade na adolescência constitui uma etapa fundamental na formação da identidade pessoal e na construção de relações interpessoais.

No estudo HBSC de 2022, com os estudantes do 8.º e 10.º anos, 15,2% dos adolescentes referiram já ter tido relações sexuais, registando-se um aumento face aos 11,5% verificados em 2018. Paralelamente, a percentagem de adolescentes que afirmam estar num relacionamento amoroso cresceu significativamente, de 24,4% para 50,9% (Gaspar et al., 2022).

Verificou-se também um aumento da idade na primeira relação sexual, com 71,1% dos jovens a referirem tê-la iniciado aos 14 anos ou mais, face a 63,2% em 2018, o que pode indicar maior maturidade ou maior acesso à informação. Ainda assim, observa-se uma ligeira redução no uso de métodos contraceptivos: o uso do preservativo desceu de 66% para 64% e o da pílula contraceptiva de 33,8% para 31,3%. As raparigas tendem a relatar o uso da pílula com maior frequência, enquanto os rapazes revelam maior desconhecimento sobre a sua utilização (Gaspar et al., 2022).

Do ponto de vista da escolaridade, os estudantes do 10.º ano referem mais frequentemente estar num relacionamento, considerar esse vínculo importante, e iniciar a vida sexual mais tardiamente. Por outro lado, os estudantes do 8.º ano apresentam maior desconhecimento quanto à utilização da pílula na última relação sexual (Gaspar et al., 2022).

Estes dados reforçam a importância de uma educação sexual estruturada, baseada em evidência científica e adaptada à faixa etária, que permita promover decisões informadas, prevenir comportamentos de risco e contribuir para o bem-estar afetivo e relacional dos adolescentes (Gaspar de Matos, 2020).

Os comportamentos de saúde dos adolescentes podem ser construtivos ou destrutivos, influenciando significativamente a sua saúde e bem-estar. A adoção de um estilo de vida saudável pode reduzir consideravelmente os riscos de doenças e promover uma melhor qualidade de vida (WHO. 2020b).

Em 2022, apenas 51,3% consideravam a sua saúde como boa, face aos 53,8% registados em 2018. A perceção de saúde excelente também decresceu, de 33,6% para 31,3%. Esta tendência negativa é mais expressiva entre as raparigas, que apresentam uma perceção global de saúde inferior à dos rapazes (Gaspar et al., 2022).

Verificou-se ainda um aumento na toma de medicação, sobretudo no que respeita a vitaminas e suplementos (de 17% para 22,2%), medicação para o nervosismo (de 11,2% para 16%), dificuldades em adormecer (de 9% para 14,6%) e tristeza (de 6,5% para 10%). Em contrapartida, a medicação prescrita

por profissionais de saúde desceu de 73,8% para 60,3%, sugerindo um possível aumento da automedicação e menor acompanhamento clínico.

A perceção de eficácia da vacinação também registou uma ligeira quebra (de 74,3% para 71,9%), bem como a perceção de ter a vacinação em dia (de 94,3% para 93%).

Relativamente à utilização de serviços de saúde, a frequência ao médico de família, oftalmologista e pediatra diminuiu, enquanto aumentou no caso do dentista (de 50,6% para 51%), do psicólogo (de 12,6% para 14,3%) e de outras especialidades médicas (de 5,7% para 6,5%).

No domínio da higiene oral, os resultados são mais positivos: a percentagem de adolescentes que escova os dentes mais de uma vez por dia aumentou de 69,4% para 71,9% (Gaspar de Matos, 2020).

Os estilos de vida dos adolescentes são moldados pelo contexto onde se inserem, nomeadamente a família, a escola, o grupo de pares e os meios digitais. Os adolescentes que adotam hábitos saudáveis tendem a apresentar níveis mais elevados de felicidade, bem-estar e melhor rendimento escolar. Em contrapartida, padrões comportamentais de risco estão frequentemente associados ao aumento de queixas somáticas e psicológicas (Gaspar de Matos, 2020).

Durante a adolescência, a procura de novas experiências pode incluir comportamentos de risco que definem o estilo de vida, frequentemente pautados por opções pouco saudáveis. A busca de identidade e a necessidade de aceitação pelos pares tornam os adolescentes suscetíveis à influência do grupo, o que pode conduzir à adoção de comportamentos prejudiciais (Cairene, 2024).

A influência dos pares é determinante nesta fase, sendo os amigos a principal fonte de apoio emocional em situações difíceis. Apesar do crescente uso das tecnologias, as amizades mantêm uma forte componente presencial e relacional, sendo o contexto social essencial na formação dos comportamentos de saúde dos adolescentes (Gaspar de Matos, 2020).

De acordo com o estudo HBSC, 61% dos adolescentes atribuem valores máximos à qualidade da relação com os amigos, e o apoio percebido apresenta

uma média de 21,70 numa escala de 4 a 28, revelando uma perceção globalmente positiva (Gaspar et al., 2022).

Verificaram-se diferenças significativas entre sexos: as raparigas sentem maior apoio por parte dos amigos, enquanto os rapazes referem melhor qualidade nas suas relações de amizade. Quanto aos contactos online, a comunicação é mais frequente com amigos próximos (62,4% diariamente ou quase todos os dias), seguindo-se os amigos de grupos mais alargados (39,2%) e conhecidos apenas online (20,6%). O contacto com pessoas fora do círculo de amigos é menos comum (15,7%), reforçando a centralidade do grupo de pares nas interações digitais.

A família é apontada como a principal fonte de suporte e orientação para os adolescentes. A colaboração entre apoio familiar, educadores, profissionais de saúde e grupos de pares envolvidos em projetos sociais e educativos, forma uma rede de suporte essencial, ajudando os jovens a enfrentar os desafios físicos, mentais e sociais desta etapa e influenciando positivamente as suas escolhas (Costa et al., 2015).

A qualidade das relações familiares tem um papel determinante no bem-estar dos adolescentes. Ambientes familiares que promovem diálogo, afeto consistente e regras claras contribuem para a estabilidade emocional e protegem contra comportamentos desajustados. Por outro lado, contextos marcados por distanciamento emocional, conflito, rejeição parental ou ausência de escuta ativa constituem fatores de risco, potenciando problemas de saúde mental e incentivando a procura de validação em contextos de risco, como grupos de pares desviantes ou comportamentos autodestrutivos (Galvão et al., 2021; Gaspar de Matos, 2020).

Em Portugal, as dinâmicas familiares dos adolescentes evidenciam fragilidades, sobretudo na comunicação com os pais. Segundo Gaspar et al. (2022), 26% referem dificuldades em comunicar com o pai e 14,9% com a mãe. O apoio familiar percebido registou, em 2022, uma média de 22,94 numa escala de 4 a 28, refletindo um decréscimo face a 2018 (24,12).

Os estudantes mais novos reportam maior apoio familiar, melhor comunicação, mais refeições em família e maior sensação de segurança no meio envolvente. Referem ainda com mais frequência a existência de associações de pais ativas e iniciativas de ligação entre escola e família. Em contraste, os mais velhos descrevem a relação familiar e escolar como frágil, apontando a reduzida participação parental e a falta de iniciativa dos professores como os principais entraves (Gaspar et al., 2022).

3.2. A saúde escolar em Portugal

A saúde escolar em Portugal sofreu duas importantes transformações ao longo dos anos, que permitiram reduzir a prevalência de doenças e comportamentos de risco, e aumentar a promoção da saúde no contexto escolar (DGS, 2015).

A primeira mudança significativa ocorreu em 1986 com a Carta de Ottawa, destacando a importância das interações entre indivíduos, família, escola e comunidade para melhorar o estado de saúde da população portuguesa. A segunda transformação surgiu com o reconhecimento da importância da evidência científica na promoção da saúde escolar, focando no desenvolvimento das competências socioemocionais necessárias para uma melhor tomada de decisão sobre a saúde e vida (DGS, 2015).

Em termos legais, a educação para a saúde nas escolas está regulamentada por diversos instrumentos legislativos e normativos. O Despacho n.º 25.995/2005 determinou a obrigatoriedade da inclusão da educação para a saúde no projeto educativo de todas as escolas (Despacho n.º 25.995/2005, citado por Direção-Geral da Educação [DGE], 2014). Posteriormente, a Lei n.º 60/2009, regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010, determinou que cada agrupamento escolar deve ter uma equipa interdisciplinar dedicada à educação para a saúde e educação sexual, coordenada por um professor designado (Lei n.º 60/2009, citado por DGE, 2014).

Ainda nesse âmbito, um protocolo assinado em fevereiro de 2006 entre os ministérios da educação e da saúde formalizou a cooperação interministerial, garantindo uma articulação eficaz na promoção da saúde escolar em níveis central, regional e local (Protocolo de 2006, citado por DGE, 2014).

Em 2012, a Portaria n.º 258/2012 atribuiu à direção de serviços de educação especial e de apoios socioeducativos a competência de fornecer orientações e instrumentos de apoio às escolas, abrangendo educação especial, orientação escolar, ação social escolar e educação para a saúde (Portaria n.º 258/2012, citado por DGE, 2014).

Para reforçar esta abordagem, foi criado em 2014 o Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES) pela DGE. Este programa procura integrar a saúde no contexto educativo, promovendo comportamentos saudáveis, a literacia em saúde e criando condições ambientais favoráveis nas escolas. O PAPES envolve estudantes, professores, funcionários, pais e comunidade escolar, destacando a importância da formação contínua dos profissionais, da participação ativa dos estudantes e das famílias, e a avaliação contínua das intervenções realizadas (DGE, 2014).

Paralelamente, em 2014 foi elaborado pela DGS o PNSE 2014-2017, com participação ativa da DGE. Este programa visa promover a saúde física e psicológica dos estudantes, prevenir comportamentos de risco e garantir a inclusão de todos, adotando o modelo das Escolas Promotoras de Saúde (EPS). O PNSE estrutura-se em seis eixos estratégicos: capacitação; ambiente escolar e saúde; condições de saúde; qualidade e inovação; formação e investigação em saúde escolar; e parcerias. Estes eixos contribuem para a promoção da literacia em saúde, a adoção de estilos de vida saudáveis e a criação de ambientes educativos seguros e inclusivos (DGS, 2015).

Esta vertente engloba a educação para a saúde, procurando fornecer experiências de aprendizagem que permitam à comunidade escolar adquirir conhecimentos e competências necessárias para a tomada de decisões favoráveis à saúde, aumentar a literacia em saúde e adotar comportamentos saudáveis (Abreu & Loureiro, 2023).

Investir desde cedo na educação para a saúde é essencial para prevenir comportamentos de risco, fomentar estilos de vida saudáveis e garantir maior equidade no acesso à saúde (Carvalho, 2015).

Nesse sentido, o PNS 2021-2030 destaca a importância da promoção da saúde como pilar estratégico. Este plano define como prioridade a atuação sobre os determinantes comportamentais e de estilo de vida desde a infância, através de programas escolares e outras intervenções estruturadas. Reconhecendo a constante evolução dos estilos de vida e dos contextos socioeconómicos, o PNS defende estratégias de saúde inovadoras e flexíveis, com o objetivo de reduzir desigualdades e melhorar o bem-estar da população (DGS, 2022).

Neste panorama, os contextos do quotidiano, como a escola, o local de trabalho e os espaços de lazer, revelam-se fundamentais para o desenvolvimento de intervenções educativas e comunitárias. A sua importância justifica a presença de profissionais especializados na promoção da saúde nestes ambientes (OE, 2015)

Em particular, o EEECSPP tem um papel determinante no planeamento, implementação e avaliação de estratégias de saúde em contexto escolar. Este contribui para o desenvolvimento da literacia em saúde, através da identificação das necessidades da comunidade escolar e da dinamização de ações educativas que promovem a autonomia e a responsabilidade pela saúde. O Regulamento n.º 428/2018 da OE, reforça estas competências ao reconhecer a sua capacidade de elaborar diagnósticos comunitários com base nos determinantes sociais da saúde, propondo intervenções integradas e articuladas com os vários setores, com especial enfoque na equidade, inclusão e articulação entre saúde e educação (OE, 2015).

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA- NA ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O estágio de natureza profissional, módulo I e II, teve como objetivo desenvolver todas as competências específicas e comuns associadas ao EEECS. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE, é expectável que o enfermeiro especialista demonstre competências transversais nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Complementarmente, o regulamento n.º 428/2018 da OE, o EEECS tem como competências aplicar a metodologia de planeamento em saúde para avaliar o estado de saúde de uma comunidade, contribuir para a capacitação de grupos e comunidades, coordenar programas de saúde a nível comunitário e colaborar na vigilância epidemiológica, conforme as especificidades geodemográficas, visando os objetivos do PNS (DGS, 2022).

A obtenção do título de EEECS, requer o desenvolvimento das competências anteriormente referidas. Relativamente à metodologia de planeamento em saúde, esta tem como finalidade a utilização eficiente dos recursos disponíveis, visando a concretização de metas definidas e a minimização dos problemas de saúde prioritários (Tavares, 1992; Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com Tavares (1992), o planeamento em saúde é composto por seis etapas: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional, execução e avaliação.

Assim, tendo em consideração as competências que integram o perfil do EEECS, neste capítulo procede-se à descrição das atividades desenvolvidas durante o estágio de natureza profissional, módulo I e II, na UCC e USP, que contribuíram para desenvolvimento das competências comuns e específicas do

EEECSP, culminando numa reflexão sobre o caminho percorrido e a consolidação de aprendizagens.

4.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação consiste numa análise abrangente e sistemática das condições de saúde da população, dos determinantes de saúde e dos recursos disponíveis no sistema de saúde. Implica a recolha, análise e interpretação de dados, com o objetivo de identificar problemas de saúde prioritários, necessidades não satisfeitas, disparidades e desafios existentes numa comunidade ou grupo populacional específico (Tavares, 1992; Imperatori & Giraldes, 1993).

É importante que o desenvolvimento desta etapa seja realizado de forma cuidadosa, pois constitui a base para o desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes e eficientes que influenciarão diretamente as etapas subsequentes do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

No âmbito das competências específicas do EEECS, esta etapa envolve a avaliação do estado de saúde da comunidade através da análise dos determinantes dos problemas identificados, das necessidades em saúde e das inter-relações causais entre ambos (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

4.1.1. Seleção da população-alvo

A população-alvo selecionada para a realização do diagnóstico de situação, foram os estudantes do ensino secundário, mais especificamente das turmas do 11º ano de um agrupamento de escolas inserido na área de abrangência da USP e da UCC. Esta seleção, baseou-se em função das necessidades identificadas pela USP e UCC no âmbito do PNSE, pela facilidade de acesso a esta população-alvo, decorrente da articulação existente entre a USP/UCC e os estabelecimentos de ensino e nas características específicas da população em causa.

4.1.2. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário. Esta escolha prendeu-se com o facto de este se adequar ao trabalho em questão, ser económico, rápido e permitir manter o anonimato e a confidencialidade dos participantes (Fortin, 2009).

O questionário, conforme o Anexo III, foi constituído por duas partes a “Parte 1- Caracterização Sociodemográfica”, que incluiu questões para a caracterização sociodemográfica dos estudantes e a “Parte 2 – Questionário- “O meu estilo de vida””, que incluiu as perguntas do “O meu estilo de vida” de Pires e Sousa citado por Pinho (2017).

O questionário “O meu estilo de vida” de Pires e Sousa (2013), citado por Pinho (2017), encontra-se adaptado à população adolescente portuguesa e tem origem no questionário “FANTÁSTIC”, desenvolvido por Wilson et al., (1984), no Canadá, com o objetivo de avaliar estilos de vida e definir estratégias preventivas para diversas condições de saúde.

Em 1996, este questionário foi adaptado para estudar os estilos de vida de estudantes universitários e passou a integrar o programa canadense de

avaliação de atividade física, aptidão física e estilo de vida. Desde 2006, é utilizado em programas universitários no Chile. Em 2011, foi traduzido e validado para a população universitária em Portugal, demonstrando eficácia, relevância cultural, consistência interna e externa, e validade de construto (Silva et. al, 2014).

Pires e Sousa (2013), citado por Pinho (2017), realizou a adaptação do questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO", para a população adolescente do 2.º ciclo do ensino básico ao ensino secundário de Portugal. O instrumento foi denominado "O meu estilo de vida". Este é de autopreenchimento e avalia os hábitos e comportamentos dos estudantes relativamente a um estilo de vida saudável. Compreende trinta questões de múltipla escolha, cobrindo dez áreas relativas às dimensões física, mental e social: família e amigos (dois itens), atividade física/associativismo (três itens), nutrição (três itens), tabaco (dois itens), álcool e outras drogas (seis itens), sono e stress (três itens), tipo de personalidade/escola (três itens), introspeção (três itens), comportamentos de saúde e sexualidade (três itens) e outros comportamentos (dois itens). as respostas são avaliadas numa escala de "quase sempre" (2 pontos), "às vezes" (1 ponto) e "quase nunca" (0 pontos). a pontuação total varia entre 0 e 120 e categoriza os adolescentes em cinco níveis, de acordo com o seu comportamento: "Parabéns! Tens um estilo de vida FANTÁSTICO." (103 a 120 pontos); "Muito bem, estás no caminho correto" (85 a 102 pontos); "Estás bem, o teu estilo de vida é adequado." (73 a 84 pontos); "O teu estilo de vida é algo crítico, há espaço para melhorias." (47 a 72 pontos); "Estás na zona de risco, mas a tua honestidade é louvável.". Os valores mais elevados indicam uma excelente perceção e autoavaliação do estilo de vida, enquanto os mais baixos destacam a necessidade de mudar comportamentos. Após o preenchimento do questionário, são apresentadas várias sugestões para cada domínio, com vista à melhoria do estilo de vida dos adolescentes (Pinho, 2017).

Segundo a revisão da literatura de Batista et al. (2023), onde foram analisados 41 estudos realizados entre 1983 e 2022, verifica-se que muitos investigadores utilizam o FANTASTIC para avaliar todas as dimensões do estilo de vida. No entanto, a flexibilidade deste questionário permite também a seleção de dimensões específicas para investigações mais direcionadas. Assim, alguns

investigadores optam por utilizar apenas um ou alguns dos seus domínios, de acordo com os objetivos de investigação.

Este instrumento revela-se uma útil ferramenta de diagnóstico e intervenção, uma vez que sua capacidade de avaliar múltiplas dimensões ou focar-se em aspetos específicos assegura a sua aplicação prática e científica, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias que promovam a literacia em saúde e estilos de vida saudáveis (Batista et al., 2023).

4.1.2.1. Pré-teste

O questionário foi inicialmente submetido a um pré-teste, aplicado a uma turma do 11º ano de um outro agrupamento escolar. Este grupo, composto por quinze estudantes com características semelhantes às da população-alvo, permitiu avaliar diversos aspetos do questionário como a clareza, ordem, compreensão, ambiguidade das questões e a sua extensão. O pré-teste revelou-se extremamente útil, uma vez que facilitou a identificação do tempo necessário para preenchimento e a adesão dos estudantes, além de permitir aperfeiçoar as instruções prévias ao autopreenchimento e colher sugestões para melhorias no questionário. O tempo médio necessário para o preenchimento foi de 15 minutos, variando entre um mínimo de 10 minutos e um máximo de 20 minutos. Os estudantes consideraram o preenchimento do questionário fácil. Foi efetuado o ajuste de três questões à Parte 1 – Caracterização Sociodemográfica do questionário. A questão “6 – Quando tens dúvidas sobre a tua saúde, a quem recorres? (Podes selecionar mais do que uma opção.)” – inclui as seguintes opções de resposta: “(a) Profissionais de saúde (ex.: médicos, enfermeiros)”; “(b) Professores”; “(c) Família”; “(d) Amigos”; “(e) Internet”; e “(f) Outros (por favor, especifica)”. A questão “7 – Qual o grau de escolaridade dos teus pais?” (pai e mãe) – inclui as seguintes opções de resposta: “(a) 1.º Ciclo”; “(b) 2.º Ciclo”; “(c)

3.º Ciclo”; “(d) Ensino Secundário”; e “(e) Ensino Superior”. Por fim, a questão “8 – Qual a situação profissional dos teus pais?” (pai e mãe) – inclui as seguintes opções de resposta: “(a) Empregado(a)”; “(b) Desempregado(a)”; “(c) Estudante”; “(d) Reformado(a)”; e “(e) Outros (por favor, especifica)”.

4.1.2.2. Considerações éticas

Conforme o regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019, compete ao enfermeiro especialista exercer a sua atividade profissional orientada por princípios éticos e legais, garantindo o respeito pelos direitos humanos e sustentando a sua intervenção na melhor evidência científica disponível. Neste contexto, todas as ações desenvolvidas foram alinhadas em consonância com estes princípios orientadores.

Segundo o referido anteriormente, optou-se por recorrer ao questionário “O meu estilo de vida” como instrumento de avaliação Pires e Sousa (2013), citado por Pinho (2017). Como este já se encontra adaptado para a população adolescente portuguesa, foi solicitada a autorização à respetiva autora via correio eletrónico, conforme o Anexo IV.

Relativamente às escolas onde foi aplicado o pré-teste e o questionário à população-alvo, foi enviado um pedido de autorização por e-mail aos diretores de cada uma delas, conforme os Anexos V e VI, seguido de reuniões com as respetivas direções para apresentação do projeto e do instrumento de recolha de dados. Após obtenção do consentimento por parte das respetivas direções, procedeu-se ao contacto pessoal com os professores e diretores de turma em contexto de reunião.

Dadas as características da população-alvo, por serem menores de idade, foi fundamental assumir um compromisso de responsabilidade pessoal e profissional para assegurar os direitos dos estudantes envolvidos (Fortin, 2009).

Antes da aplicação do pré-teste e do questionário à população -alvo, foi entregue aos diretores de turma os consentimentos informados de forma serem entregues aos pais/encarregados de educação, explicando a importância do projeto e solicitando a devida autorização. Estes foram assinados pelos encarregados de educação dos estudantes. Os consentimentos informados incluíam informação sobre a natureza da participação dos estudantes, o conteúdo do questionário e o respetivo modo de preenchimento, garantindo a liberdade de participação e o pleno conhecimento de causa, conforme os Anexos VII e VIII. Foram assegurados o esclarecimento de dúvidas e o direito de desistência a qualquer momento, mesmo após a aceitação da participação. Garantiu-se a todos os estudantes o respeito pelos direitos à intimidade, anonimato, confidencialidade, justiça, equidade e a inexistência de riscos associados.

4.1.2.3. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados por questionário de autopreenchimento ocorreu em abril de 2024 no agrupamento de escolas, com o apoio dos diretores de turma, em sala de aula, envolvendo 35 estudantes. O questionário foi aplicado conforme a disponibilidade dos estudantes a todos que aceitaram participar. O preenchimento dos questionários realizou-se na presença da autora juntamente com uma das enfermeiras orientadoras de estágio, estando disponível para esclarecimento de dúvidas ou questões. É importante salientar que, durante a aplicação do questionário, todas as informações obtidas foram guardadas sigilosamente, garantindo a total confidencialidade dos dados, privacidade dos adolescentes e demais procedimentos éticos previstos para a pesquisa com seres humanos.

4.1.2.4. Apresentação dos resultados

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos após o tratamento estatístico dos dados recorrendo ao programa informático SPSS versão 29.0.1.0 (171) utilizando estatística descritiva das variáveis contínuas, incluindo média, desvio padrão, mínimo e máximo. Todos os 35 estudantes das turmas do 11º ano do agrupamento de escolas participaram no questionário.

Relativamente à caracterização dos estudantes, 65,7% (N=23) têm 16 anos, 25,7% têm 17 anos (N=9), 2,9% 18 anos (N=1) e 5,7% (N=2) têm 19 anos.

Relativamente ao sexo, 54,3% dos estudantes é do sexo feminino (N=19) e 45,7% é do sexo masculino (N=16).

Procedeu-se à recolha de dados referentes a parâmetros antropométricos como peso (Kg) e altura (m) com o objetivo de calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), segundo os critérios da WHO, (2007).

Segundo esta classificação, os estudantes foram divididos em quatro categorias (WHO, 2007). A categoria de IMC adequado inclui a maioria dos indivíduos, correspondendo a 85,7% (N=30), conforme a Quadro 1.

Quadro 1- Percentil de IMC

Percentil de IMC	(n)	(%)
Baixo IMC para a idade: $IMC < P3$	1	2,9
IMC adequado: $P3 \leq IMC < P85$	30	85,7
Sobrepeso: $85 \leq IMC < P97$	2	5,7
Obesidade: $IMC \geq P97$	2	5,7

Quando questionados “Com quem vives?”, 74,3% (N=26) afirmam viver com o pai e mãe; 8,6% (N=3), com a mãe; 5,7% (N=2) com o pai, a mãe e irmão(s); 5,7% (N=2) com mãe e irmão(s) e 5,7% (N=2) com o pai, a mãe, o(s) irmão(s) e avó(s).

Relativamente aos estudantes terem ou não irmãos, 17,1% (N=6) afirmam não ter irmãos. Dos 29 (82,9%) que tem irmãos, 65,7% (n = 23) têm um irmão; 5,7% (n = 2) têm dois irmãos; 5,7% (n = 2) têm três irmãos; e 5,7% (n = 2) referem ter oito irmãos.

Em relação a questão “quando tens dúvidas sobre a tua saúde, a quem recorres?”, 77,1% (N=27) dos estudantes afirmam recorrer a profissionais de saúde(ex.: médicos, enfermeiros); 74,3% (N= 26) a familiares; 22,9% (N=8) a amigos; 34,3% (N=12) à internet e 100% (N= 35) afirmam que não recorrem aos professores para tirar as suas dúvidas sobre saúde.

No que concerne à escolaridade do pai dos estudantes, a maior parte (45,7%, (N=16)) indica que o pai possui o 2.º ciclo. Seguem-se 20% (N=7) com o 1.º ciclo, 14,3% (N=5) com o 3.º ciclo, 11,4% (N=4) com o ensino secundário e por fim, 8,6% (N=3) referem que o pai possui habilitações ao nível do ensino superior.

Relativamente à escolaridade das mães, a maior parte (31,4%, (N=11)) indica que a mãe possui o 1.º ciclo. Seguem-se 22,9% (N=8) com o 3.º ciclo, 17,1% (N=6) com o 2.º ciclo, 14,3% (N=5) com o ensino secundário e 14,3% (N=5) referem que a mãe possui habilitações ao nível do ensino superior.

No que se refere à situação profissional do pai, a maioria (62,9%, (N=22)) dos estudantes indica que o pai trabalha por conta de outrem e 37,1% (N=13) refere que o pai trabalha por conta própria. Relativamente à situação profissional da mãe, a maioria dos estudantes (54,3%; N=19) indica que esta exerce atividade por conta de outrem. Seguem-se 22,9% (N=8) que referem estar desempregada, 17,1% (N=6) que trabalha por conta própria e, por fim, 5,7% (N=2) assinalam que a mãe se encontra reformada.

O Quadro 2 apresenta a pontuação mínima e máxima possível para cada domínio da Parte 2 – Questionário “O meu estilo de vida”. Verificam-se pontuações mais baixas nos domínios “Introspeção” (M=3; DP=1,35), “Tipo de Personalidade/Escola” (M=3,14; DP=1,19), “Família e Amigos” (M=3,48; DP=0,66), “Sono e Stress” (M=3,51; DP=1,49), “Outros Comportamentos” (M=3,51; DP=0,70), “Nutrição” (M=3,58; DP=1,20), “Atividade Física/Associativismo” (M=3,67; DP=1,37) e “Tabaco” (M=3,69; DP=0,58).

Por outro lado, registam-se pontuações mais elevadas nos domínios “Comportamentos de Saúde e Sexualidade” (M=4,62; DP=1,37) e, de forma destacada, “Álcool e Outras Drogas” (M=8,7; DP=1,28).

Quadro 2 - Domínios da Parte 2 - questionário - “O meu estilo de vida”

Domínios da Escala	Média	Desvio Padrão	Intervalo da Escala	
			Mínimo	Máximo
F-Família e Amigos	3,48	0,66	0	4
A-Atividade física/Associativismo	3,67	1,37	0	6
N-Nutrição	3,58	1,20	0	6
T-Tabaco	3,69	0,58	0	4
Á-Álcool e Outras Drogas	8,7	1,28	0	12
S-Sono e Stress	3,51	1,49	0	6
T-Tipo de Personalidade/Escola	3,14	1,19	0	6
I-Introspeção	3	1,35	0	5
C-Comportamentos de Saúde e Sexualidade	4,62	1,37	0	6
O-Outros Comportamentos	3,51	0,70	0	4

Relativamente à pontuação final da Parte 2 – Questionário- “O meu estilo de vida”, analisando o Quadro 3 verifica-se que a maior parte dos estudantes (48,6%, N=17)), consideram, ter um estilo de vida “Muito bom” e apenas 2,9%, (N=1) refere que necessita melhorar estilo de vida.

Quadro 3- Pontuação final da parte 2 – questionário – “O meu estilo de vida”

Pontuação final	N	%
Necessita melhorar (0-46)	1	2,9
Regular (47-72)	6	17,1
Bom (73-84)	11	31,4
Muito Bom (85-102)	17	48,6
Excelente (103-120)	0	0
Total	35	100

4.2. Determinação de prioridades

Segundo Tavares (1992), a determinação de prioridades estabelece quais problemas ou necessidades devem ser priorizados, considerando os recursos

disponíveis e os resultados desejados. Esta etapa, que depende do diagnóstico da situação, permite a elaboração de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993). O principal objetivo desta etapa é a gestão eficiente dos recursos e a otimização dos resultados, priorizando situações com maiores fragilidades (Tavares, 1992).

Esta etapa constitui uma das competências específicas do EEECS. Para tal, é fundamental a definição de critérios objetivos que orientem a seleção das prioridades, em consonância com as estratégias do PNS e sustentada na análise dos perfis populacionais, permitindo, assim, a formulação de objetivos e estratégias adequadas à realidade identificada (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Para a determinação de prioridades foi utilizada a técnica de comparação por pares. Esta técnica permite uma avaliação mais precisa, comparando cada problema com todos os outros individualmente. A partir das comparações, será possível identificar quais problemas são considerados mais importantes (Tavares, 1992).

Deste modo, com base nos resultados obtidos e após reunião com as enfermeiras orientadoras de estágio, foi aplicada a técnica de comparação por pares. Importa salientar que, embora os domínios “Atividade Física/Associativismo” e “Nutrição” da Parte 2 – Questionário- “O meu estilo de vida”, tenham apresentado resultados baixos, foram excluídos do processo de priorização por já existirem programas em curso que visam responder a essas necessidades. A partir da aplicação desta técnica, foram identificadas sete áreas prioritárias de preocupação: percentil de IMC, cuidados de procura de saúde, “sono e stress”, “introspeção”, “tipo de personalidade/escola”, “álcool e outras drogas”, e “comportamentos de saúde e sexualidade”. Especificamente, os resultados indicam que:

P1- Percentil de IMC: A maioria dos estudantes apresenta um IMC adequado; no entanto, um encontra-se abaixo do recomendado, dois estão em situação de sobrepeso e outros dois são obesos, o que indica a necessidade de intervenção.

P2- Comportamentos de Procura de Saúde: A maioria dos estudantes recorre a profissionais de saúde para esclarecer dúvidas; no entanto, é importante incentivá-los a reconhecer e utilizar outras fontes de informação fidedignas.

P3- Sono e Stress: A média das respostas foi de 3,51, o que indica uma preocupação moderada com questões relacionadas com o sono e o stress.

P4- Introspeção: A média foi de 3,0, o que mostra a necessidade de melhorar na reflexão pessoal e autoconhecimento.

P5- Tipo de Personalidade/Escola: A média foi de 3,14, o que sugere que a adaptação e funcionamento escolar requerem atenção.

P6- Álcool e Outras Drogas: A média de 8,7 indica um consumo reduzido de substâncias, embora continue a ser um domínio que requer acompanhamento.

P7- Comportamentos de Saúde e Sexualidade: A média de 4,62 revela a presença de boas práticas, embora continue a ser um domínio com potencial de melhoria.

O Quadro 4 apresenta resultados obtidos após realizada a técnica de comparação por pares.

Quadro 4- Cálculo do valor das prioridades atribuídas segundo a técnica de comparação de pares

Problemas	Comparação por Pares						Valor final	Percentagem %
P1- Percentil de IMC	P1	P1	P1	P1	P1	P1	P1=2	16,7%
	P2	P3	P4	P5	P6	P7		
P2- Comportamentos de Procura de Saúde	P2	P2	P2	P2	P2	P2	P2=3	25%
	P1	P3	P4	P5	P6	P7		
P3- Sono e Stress	P3	P3	P3	P3	P3	P3	P3=6	50%
	P1	P2	P4	P5	P6	P7		
P4- Introspeção	P4	P4	P4	P4	P4	P4	P4=0	0%
	P1	P2	P3	P5	P6	P7		
P5- Tipo de Personalidade/Escola	P5	P5	P5	P5	P5	P5	P5=1	8,3%
	P1	P2	P3	P4	P6	P7		
P6- Álcool e Outras Drogas	P6	P6	P6	P6	P6	P6	P6=4	33,3%
	P1	P2	P3	P4	P5	P7		
P7- Comportamentos de Saúde e Sexualidade	P7	P7	P7	P7	P7	P7	P7=5	41,7%
	P1	P2	P3	P4	P5	P6		

Os resultados mostram que o problema "Sono e Stress" (P3) foi considerado o mais prioritário, sendo escolhido 50% das vezes. Seguem-se "Comportamentos de Saúde Sexualidade" (P7) com 41,7% e "Álcool e Outras Drogas" (P6) com 33,3%.

Por outro lado, problemas como "Introspeção" (P4) não foram considerados prioritários (0%), indicando uma menor necessidade de intervenção imediata. Outros problemas, como "Tipo de Personalidade/Escola" (P5) e "Percentil de IMC" (P1), embora importantes, também receberam menor prioridade comparativamente aos outros domínios.

4.3. Fixação de objetivos

Após a realização do diagnóstico da situação e da determinação de prioridades, a terceira etapa do planeamento em saúde corresponde à fixação dos objetivos a alcançar num determinado período de tempo (Tavares, 1992)

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), esta é uma etapa essencial, na medida em que só através de uma definição clara e quantificável dos objetivos se torna possível avaliar, com precisão, os resultados alcançados com a execução do projeto.

Os objetivos correspondem ao estado de saúde que se pretende alcançar numa população após a implementação de um programa ou projeto. Para tal, devem ser pertinentes, isto é, adequar-se às necessidades identificadas que justificam a intervenção; precisos, com uma definição clara do percurso a seguir e do estado final a atingir; exequíveis, estabelecendo metas realistas e concretizáveis; e mensuráveis, permitindo avaliar de forma rigorosa a atividade

desenvolvida, bem como os resultados das intervenções realizadas (Tavares, 1992).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), as metas de um projeto devem derivar dos objetivos previamente definidos, assegurando que cada atividade contribua para alcançar um objetivo específico e, conseqüentemente, o objetivo geral do projeto. Desta forma, as atividades devem estar alinhadas com os objetivos traçados, garantindo a plena realização do propósito do projeto.

Nesta etapa do planeamento em saúde, o EEECS, deve recorrer aos dados do perfil de saúde da população para formular objetivos baseados no diagnóstico e sustentados por indicadores de resultado, com o intuito de melhorar o estado de saúde das comunidades (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Tendo em conta o problema identificado, definiram-se os seguintes objetivos e metas a atingir até junho de 2025, apresentados na Quadro 5.

Quadro 5- Objetivos

Objetivo Geral	Capacitar os estudantes do ensino secundário de um agrupamento de escolas do Norte do país para a adoção de estilos de vida saudáveis em relação ao sono e ao stress.
Objetivos específicos	Aumentar o conhecimento dos estudantes sobre o sono.
	Aumentar o conhecimento dos estudantes sobre o stress.
Metas	Aumentar em 10% o conhecimento dos estudantes sobre o sono até janeiro de 2025.
	Aumentar em 10% o conhecimento dos estudantes sobre o stress até janeiro de 2025.

Um indicador representa a relação entre uma situação específica e a população em risco dessa condição. Após a definição dos objetivos e metas, deve-se selecionar os indicadores de atividade para avaliar as ações desenvolvidas e os indicadores de resultado para medir alterações no problema identificado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Foram definidos indicadores de atividade que se apresentam no Quadro 6

Quadro 6- Indicadores de atividade

Indicadores de atividade	
Taxa de execução das atividades planeadas	Nº de sessões realizadas / nº de sessões planeadas × 100
Taxa de adesão à atividade 1	Nº de estudantes que participaram na atividade 1/ nº de estudantes esperados × 100
Taxa de adesão à atividade 2	Nº de estudantes que participaram na atividade 2/ nº de estudantes esperados × 100
Taxa de adesão à atividade 3	Nº de estudantes que participaram na atividade 3/ nº de estudantes esperados × 100
Taxa de adesão à atividade 4	Nº de estudantes que participaram na atividade 4/ nº de estudantes esperados × 100
Taxa de conhecimento sobre o sono	Média do conhecimento avaliado na atividade 3 -média do conhecimento avaliado na atividade 1/ nº de questões × 100
Taxa de conhecimento sobre o stress	Média do conhecimento avaliado na atividade 4 -média do conhecimento avaliado na atividade 2 / nº de questões × 100

Os indicadores de resultado apresentam-se no Quadro 7.

Quadro 7- Indicador de resultado

Indicador de resultado		Meta
Média das respostas dos estudantes ao domínio “S-Sono e Stress” do questionário “O meu estilo de vida”	Média da pontuação obtida em junho de 2025/3,51× 100	Aumentar em 10% a média de respostas dos estudantes ao domínio “S-Sono e Stress” do questionário “O meu estilo de vida” até junho de 2025.

Segundo Laverack (2014), os programas de promoção da saúde geralmente têm uma duração de um a três anos, de maneira a garantir o tempo suficiente para a implementação de todas as atividades.

Deste modo, posteriormente, em junho de 2025, será realizada uma nova aplicação do o domínio “S-Sono e Stress” do questionário “O meu estilo de vida”, pela a equipa de saúde escolar da UCC, o que permitirá responder aos indicadores de resultado.

Considera-se que o projeto é bem-sucedido se dessa avaliação, obtiver um valor igual ou superior a 3,86, o que representa uma melhoria de 10% face ao valor obtido no diagnóstico de situação realizado em abril de 2024 (3,51%).

4.4. Seleção de estratégias

A seleção de estratégias constitui a quarta etapa do planeamento em saúde, na qual se definem os métodos e ações mais adequados para alcançar os objetivos fixados previamente (Tavares, 1992).

Imperatori e Giraldes (1993) definem a seleção de estratégias como:

"um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o propósito de atingir um objetivo específico, diminuindo assim um ou mais problemas de saúde" (Imperatori & Giraldes, 1993, p.87).

Nesse sentido, é competência do EEECS, planejar e aplicar estratégias que sejam exequíveis, coerentes e alinhadas com os objetivos definidos, os recursos disponíveis, as características socioculturais da comunidade e as orientações das políticas de saúde vigentes (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Para a conceção deste projeto, optou-se pela estratégia de Educação para a Saúde. Segundo Stanhope e Lancaster (2016), a educação para a saúde visa a promoção de mudanças no conhecimento, habilidades e atitudes dos indivíduos e da comunidade. Esta estratégia, enquanto disciplina autónoma, procura aumentar o controlo dos indivíduos e das comunidades sobre a sua própria saúde, com o objetivo de melhorá-la.

A educação para a saúde requer a adoção de metodologias que favoreçam a motivação, o envolvimento e a aquisição de conhecimentos. Nesse sentido, o jogo foi escolhido como estratégia pedagógica pelo seu potencial em dinamizar o processo de aprendizagem. A utilização de jogos no âmbito da educação para a saúde revela-se eficaz ao promover um processo de aprendizagem mais interativo, significativo e centrado nos participantes. Esta estratégia estimula a socialização, a partilha de experiências e a reflexão crítica sobre hábitos culturais e práticas de prevenção em saúde (Fonseca et al., 2015).

Para além disso, potencia a valorização dos saberes prévios dos indivíduos, fomentando o diálogo entre os diferentes intervenientes e facilitando a construção coletiva do conhecimento (Rosi et al., 2016).

Outra estratégia fundamental, foi o estabelecimento de parcerias, que reforça a partilha de conhecimentos, amplia os recursos disponíveis e sustenta a continuidade das intervenções educativas junto da comunidade (Melo, 2020).

O EEECS, promove o trabalho em parceria e em rede, assegurando uma maior eficácia das intervenções, participando ativamente em projetos comunitários desenvolvidos com outras instituições e com as redes social e de saúde, especialmente junto de grupos em situação de maior vulnerabilidade (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

As parcerias representam formas de cooperação entre pessoas ou instituições que se unem para responder a desafios comuns, partilhando recursos, responsabilidades e objetivos. Podem surgir de forma formal ou informal, assumir caráter temporário ou permanente, e baseiam-se em valores partilhados e na construção de redes de apoio (Melo, 2020).

Com o objetivo de tornar as sessões mais dinâmicas e envolventes, foram estabelecidas parcerias com o psicólogo da escola e com comerciantes locais.

A presença do psicólogo da escola numa das atividades permitiu aos estudantes vivenciar uma experiência prática de mindfulness. Esta prática tem origem nas tradições budistas desde há 2500 anos e tem vindo a ser integrada em contextos ocidentais como estratégia de promoção da saúde mental (Kabat-Zinn, 2003). O mindfulness promove a atenção plena no momento presente, facilita a autorregulação emocional e cognitiva e contribui para a redução dos sintomas de stress (Guzmán-Cortés et al., 2019; Semple & Burke, 2019). Em contexto escolar, alguns estudos revelam a sua eficácia na prevenção de perturbações associadas ao stress. (Broderick & Jennings, 2012; Creswell, 2017).

Os comerciantes colaboraram através da oferta de materiais, nomeadamente bolas antistress e sacos simbólicos de comprimidos anti-stress, os quais reforçaram a vertente lúdica e terapêutica das atividades (ver Anexos IX e X).

4.4.1. Recursos e orçamento

De modo a implementar as intervenções definidas anteriormente, procedeu-se à avaliação dos recursos necessários. Assim, conforme observado no Quadro 8, o orçamento para o projeto é o seguinte:

Quadro 8- Revisão de recursos para a implementação do projeto

Tipo de recursos	Recurso	Quantidade	Custo
Físicos	Folhas de papel	150	0€ (recursos previamente existentes)
	Comprimidos de plástico	400	0€ (recurso proveniente de parceria na comunidade)
	Sacos de pano (4cm)	40	0€ (recurso proveniente de parceria na comunidade)
	Bolas antistress	40	0€ (recurso proveniente de parceria na comunidade)
	Computador	1	0€ (recursos previamente existentes)
	Projektor	1	0€ (recursos previamente existentes)
	Colunas de som	1	0€ (recursos previamente existentes)
	Cadeiras	40	0€ (recursos previamente existentes)
	Sala de formação	2	0€ (recursos previamente existentes)
Humanos	Enfermeira (autora do projeto)	1	0€ (recursos previamente existentes)
	Enfermeiras orientadoras de estágio	2	0€ (recursos previamente existentes)
	Professoras do agrupamento de escolas	2	0€ (recursos previamente existentes)
	Professora Orientadoras da ESEP	1	0€ (recursos previamente existentes)
	Psicólogo	1	0€ (recursos previamente existentes)

4.5. Preparação operacional e execução do projeto “Mente serena, noite plena”

Neste subcapítulo descreve-se a preparação operacional do projeto e para não ocorrer repetição de informação, apresentamos em simultâneo a execução.

De acordo com Tavares (1992), o projeto é visto como uma série de atividades que ocorrem dentro de um período de tempo específico e a etapa de preparação operacional tem como finalidade organizar e descrever, de forma estruturada, as atividades que integram o projeto, permitindo deste modo, alcançar os objetivos

previamente definidos. Esta etapa garante a transição entre o planeamento e a execução, assegurando a coerência e a articulação entre os diversos momentos da intervenção.

É da responsabilidade do EEECS, delinear programas e projetos de intervenção orientados para a resolução dos problemas de saúde previamente identificados. Para tal, deve conceber, planear e executar intervenções dirigidas a problemas de saúde pública complexos, assegurando a otimização e a utilização eficaz dos recursos disponíveis, de forma a viabilizar as atividades previstas no projeto, em consonância com as orientações estratégicas em vigor, nomeadamente os programas nacionais de saúde (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018).

Neste sentido, foi criado o projeto “Mente serena, noite plena” que será desenvolvido entre dezembro de 2024 e junho de 2025.

O nome “Mente serena, noite plena” reflete o equilíbrio desejado entre o estado emocional e a qualidade do sono. Uma “mente serena” simboliza a tranquilidade e a resiliência emocional necessárias para lidar com os desafios diários, enquanto uma “noite plena” representa a importância de um sono reparador para a recuperação física e mental. Esta conexão é essencial para o bem-estar global, uma vez que o sono adequado e a redução do stress são interdependentes.

De modo a dar visibilidade ao projeto, foi criado um logotipo (Figura 1) com a imagem de uma figura humana em posição de meditação, simbolizando serenidade mental, rodeada por elementos gráficos que remetem ao sono e à tranquilidade, representando a harmonia entre corpo e mente.



Figura 1- Logótipo do projeto Mente serena, noite plena

De acordo com as estratégias delineadas e os recursos disponíveis, a implementação deste projeto foi realizada através de quatro atividades, ao longo

de dois meses. Cada uma das atividades foi realizada duas vezes, de modo a que se possa abranger toda a população-alvo.

Para aferir de uma forma mais pormenorizada o conhecimento dos estudantes sobre o sono e o stress, foram implementadas as atividades 1 e 2, em que os resultados foram basilares para a construção dos conteúdos a desenvolver nas atividades seguintes. Assim, resultante da pesquisa bibliográfica, foram elaborados dois questionários, que foram realizados no início do estágio de natureza profissional- módulo II, em dezembro de 2024.

Na atividade 1, foi realizado o jogo, “Rota do Sono”, que contém questões verdadeiras e falsas, com a finalidade de avaliar o conhecimento dos estudantes relativamente ao sono, conforme o Anexo XI.

À semelhança da atividade 1, na atividade 2, realizou-se o jogo “O stress”, conforme o Anexo XII, que contém questões verdadeiras e falsas, com a finalidade de avaliar o conhecimento dos estudantes relativamente ao stress.

As atividades 3 e 4, foram realizadas em janeiro de 2025.

Na atividade 3 – “A Rota do Sono”, conforme o plano de sessão apresentado no Anexo XIII, foi feita uma breve apresentação e síntese do projeto “Mente serena, noite plena” e foram abordados os conteúdos relacionados com o sono, que se encontram detalhados na apresentação disponível no Anexo XIV.

A escolha do nome “Rota do Sono” destaca a ideia de traçar um caminho rumo a um sono de qualidade, com base em práticas e hábitos saudáveis.

Para ilustrar e reforçar visualmente a temática das atividades 1 e 3, foi desenvolvido um logótipo (Figura 2) que apresenta uma estrada em “direção à lua”, simbolizando o caminho para um sono reparador, sustentado por rotinas e hábitos saudáveis.



Figura 2- Logótipo das sessões 1 e 2 “A Rota do sono”

Na atividade 4 – “Relaxa a mente”, conforme o plano de sessão apresentado no Anexo XV, abordou-se os conteúdos relacionados com o stress e foi incluída a dinamização de uma atividade prática de mindfulness, realizada em parceria com o psicólogo da escola. A apresentação utilizada na sessão encontra-se detalhada no Anexo XVI. No final desta atividade, foram distribuídos os materiais cedidos por comerciantes locais, no âmbito de parcerias estabelecidas para o projeto, nomeadamente, bolas anti-stress e sacos contendo dez cápsulas, cinco dessas cápsulas incluíam papeis com “frases anti-stress”, enquanto os outros cinco, continham papeis em branco, permitindo aos estudantes escreverem as suas próprias frases.

O nome "Relaxa a mente" reflete a necessidade de desenvolver estratégias que favoreçam uma mente calma e resiliente.

Para as atividades 3 e 4, também foi concebido um logótipo (Figura 3) que representa uma figura humana em meditação sobre uma flor de lótus, simbolizando calma, equilíbrio interior e a importância de cultivar uma mente tranquila e resiliente.



Figura 3- Logótipo das sessões 3 e 4- "Relaxa a mente"

No final das atividade 3 e 4, foi distribuído a cada estudante um questionário de satisfação relativamente às atividades realizadas conforme o Anexo. XVII e o Anexo XVIII.

4.6. Avaliação

A avaliação constitui a última etapa do Planeamento em Saúde, interligando-se com as fases anteriores deste processo. A principal finalidade da avaliação é

medir o êxito dos objetivos de um projeto de forma precisa e pertinente, utilizando critérios e normas estruturados (Tavares, 1992).

Subjacente à definição dos objetivos, deve ser realizada uma seleção de indicadores de atividade, de forma e de indicadores de resultado, com o intuito de medir se houve alterações no problema identificado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com a mudança do ano letivo, ou seja do modulo I para o módulo II do estágio de natureza profissional, coincidente com a transição dos estudantes do 11º ano para o 12º ano, o número de estudantes aumentou de 35 para 36.

Em relação ao conhecimento dos estudantes sobre o sono, analisando o Quadro 9, constata-se que houve um aumento de conhecimento em todas as questões.

Quadro 9- Resultados do Jogo “Rota do sono

Questões (N=31)	Atividade1 N(%)	Atividade 3 N(%)
1.A hidratação antes de dormir é irrelevante, já que o corpo não utiliza água durante o sono.	30 (96,8)	31 (100,0)
2.Durante a adolescência, há uma predisposição biológica para adormecer e acordar mais tarde.	26 (83,9)	31 (100,0)
3.Dormir mais de 12 horas por dia é recomendado para adolescentes.	30 (96,8)	31 (100,0)
4.O consumo de alimentos ricos em triptofano, como banana, leite e nozes, pode ajudar na síntese de melatonina, regulando o sono.	29 (93,5)	31 (100,0)
5.A prática de atividade física até 1 hora antes de dormir ajuda a alcançar um sono profundo mais rapidamente.	24 (77,4)	28 (90,3)
6.Sestas curtas (menos de 30 minutos) podem ajudar a restaurar a energia sem interferir no sono noturno, se realizadas antes das 16h.	21 (67,7)	26 (83,9)
7.Bebidas energéticas não têm impacto na qualidade do sono.	23 (90,3)	31 (100,0)
8.A exposição à luz azul antes de dormir ajuda a relaxar e induz o sono.	26 (83,9)	31 (100,0)
9.Dormir em horários inconsistentes não afeta o funcionamento do relógio biológico, desde que o tempo total de sono seja suficiente.	26 (83,9)	31 (100,0)
10.A exposição à luz natural pela manhã aumenta a ajuda na produção de melatonina à noite.	30 (96,8)	31 (100,0)

Observando a Quadro 10 verifica-se que os estudantes apresentaram um aumento de 19,35% no conhecimento sobre e sono.

Quadro 10- Avaliação do conhecimento referente ao sono

(N=31)	Média	DP
Conhecimento sobre Sono na atividade 1	7,8065	2,18204
Conhecimento sobre Sono na atividade 3	9,7419	0,63075
Conhecimento sobre sono	Média do conhecimento avaliado na atividade 3 -média do conhecimento avaliado na atividade 1/ nº de questões × 100= 9,7419- 7,8065/10 × 100=19,35%	

Em relação ao conhecimento sobre o stress, na análise do Quadro 11, constata-se que houve um aumento de conhecimento em todas as questões.

Quadro 11- Resultados do jogo “O stress”

Questões (N=36)	Atividade 2 N(%)	Atividade 4 N(%)
1.O stress pode ser benéfico em situações de perigo.	23 (62,2)	35 (94,6)
2.Elevados níveis de cortisol durante elevado período de tempo podem ser prejudiciais para o organismo.	29 (78,4)	34 (91,9)
3.O colapso dos mecanismos de defesa ocorre durante a fase de exaustão.	23 (62,2)	33 (89,2)
4.Adolescentes com baixa resiliência têm menor predisposição ao stress.	29 (78,4)	33 (89,2)
5.O stress não tem impacto significativo nas funções cognitivas dos adolescentes.	33 (89,2)	34 (91,9)
6.A atividade física competitiva é recomendadas para aliviar o stress.	16 (43,2)	34 (91,9)
7.O mindfulness tem como objetivo promover a não aceitação e o julgamento das experiências vividas.	16 (43,2)	35 (94,6)

Observando o Quadro 12, constata-se que os estudantes apresentaram um aumento de 26,64% no conhecimento sobre e stress.

Quadro 12 Avaliação do conhecimento referente ao stress

(N=36)	Média	DP
Conhecimento sobre Stress na atividade 2	4,5676	2,60918
Conhecimento sobre Stress na atividade 4	6,4324	1,78793
Conhecimento sobre stress	Média do conhecimento da atividade 4 -média do conhecimento da atividade 2 / nº de questões × 100= 6,4324- 4,5676/7× 100=26,64%	

Foram definidos indicadores de atividade e metas a atingir até janeiro de 2025, como se pode observar no Quadro 13, assim como a sua avaliação.

Quadro 13- Indicadores de atividade, metas e avaliação

Indicadores de atividade	Metas	Avaliação
Taxa de execução das atividades planeadas	Realizar 100% das atividades planeadas.	Nº de sessões realizadas / nº de sessões planeadas $\times 100 = 4/4 \times 100 = 100\%$
Taxa de adesão à atividade 1	Que 80% dos estudantes adiram à atividade	Nº de estudantes que participaram na atividade / nº de estudantes esperados $\times 100 = 31/36 \times 100 = 86\%$
Taxa de adesão à atividade 2	Que 80% dos estudantes adiram à atividade	Nº de estudantes que participaram na sessão 2 “Relaxa a mente” / nº de estudantes esperados $\times 100 = 36/36 \times 100 = 100\%$
Taxa de adesão à atividade 3	Que 80% dos estudantes adiram à atividade	Nº de estudantes que participaram na atividade / nº de estudantes esperados $\times 100 = 31/36 \times 100 = 86\%$
Taxa de adesão à atividade 4	Que 80% dos estudantes adiram à atividade	Nº de estudantes que participaram na sessão 2 “Relaxa a mente” / nº de estudantes esperados $\times 100 = 36/36 \times 100 = 100\%$
Taxa de conhecimento sobre o sono	Aumentar em 10% o conhecimento dos estudantes sobre o sono	Média do conhecimento avaliado na atividade 3 -média do conhecimento avaliado na atividade 1/ nº de questões $\times 100 = 9,7419 - 7,8065/10 \times 100 = 19,35\%$
Taxa de conhecimento sobre o stress	Aumentar em 10% o conhecimento dos estudantes sobre o stress	Média do conhecimento avaliado na atividade 4 -média do conhecimento avaliado na atividade 2 / nº de questões $\times 100 = 6,4324 - 4,5676/7 \times 100 = 26,64\%$

A taxa de execução das atividades planeadas foi de 100%.

Relativamente à taxa de adesão dos estudantes, verificou-se que nas atividades 1 e 3 participaram 31 estudantes, resultando numa taxa de adesão de 86% para cada uma das atividades. Nas atividades 2 e 4 participaram 36 estudantes, o que resultou numa taxa de adesão de 100% para cada uma das atividades.

Conforme mencionado anteriormente na etapa de fixação de objetivos, avaliação do indicador de resultado, será obtida pela equipa de saúde escolar da UCC em junho de 2025.

Os indicadores de satisfação foram obtidos através das respostas aos questionários de satisfação, aplicados no final das atividades 2 e 4.

Relativamente à avaliação da satisfação da atividade 2, observando o Quadro 14, os resultados evidenciam uma avaliação globalmente positiva por parte dos

estudantes, com todas as questões a apresentarem médias superiores a 4,6 numa escala de 1 a 5.

As questões 5 – “A formadora demonstrou conhecimento e domínio sobre o tema abordado” e 6 – “A formadora foi empática e acolhedora” destacaram-se com a pontuação máxima (5,0±0,000). A questão 2 – “Aprendi coisas novas com esta atividade” obteve uma média de 4,7097±0,46141.

As questões 1 – “A temática abordada foi importante”, 3 – “A atividade foi bem estruturada e dinâmica” e 4 – “A duração da atividade foi adequada” registaram as médias mais baixas (4,6774±0,47519). A maior dispersão nos resultados são nas questões relacionadas com a estrutura e a duração da atividade

Quadro 14- Avaliação da atividade 2

N=31	Mínimo	Máximo	Média	DP
1-A temática abordada foi importante.	4,00	5,00	4,6774	0,47519
2-Aprendi coisas novas com esta atividade.	4,00	5,00	4,7097	0,46141
3-A atividade foi bem estruturada e dinâmica.	4,00	5,00	4,6774	0,47519
4-A duração da atividade foi adequada.	4,00	5,00	4,6774	0,47519
5-A formadora demonstrou conhecimento e domínio sobre o tema abordado.	5,00	5,00	5,0000	0,00000
6-A formadora foi empática e acolhedora.	5,00	5,00	5,0000	0,00000

No que respeita à avaliação da satisfação atividade 4, através da análise da Quadro 15, verifica-se uma avaliação globalmente positiva por parte dos estudantes, com todas as questões a apresentarem médias superiores a 4,4 numa escala de 1 a 5.

A questão 6 – “A formadora foi empática e acolhedora” obteve a pontuação máxima (5,0±0,000). A questão 5 – “A formadora demonstrou conhecimento e domínio sobre o tema abordado” registou uma média de 4,8649±0,34658. A questão 2 – “Aprendi coisas novas com esta atividade” apresentou uma média de 4,6486±0,48398, e a questão 1 – “A temática abordada foi importante”, 4,67568±0,474579.

As questões 3 – “A atividade foi bem estruturada e dinâmica” (4,5000±0,00000) e 4 – “A duração da atividade foi adequada” (4,4865±0,83738) registaram as médias mais baixas. A maior dispersão é referente à questão da duração da atividade.

Quadro 15- Avaliação da atividade 4

N=36	Mínimo	Máximo	Média	DP
1-A temática abordada foi importante.	4,000	5,000	4,67568	0,474579
2-Aprendi coisas novas com esta atividade.	4,00	5,00	4,6486	0,48398
3-A sessão foi bem estruturada e dinâmica.	5,00	5,00	5,0000	0,00000
4-A duração da atividade foi adequada.	1,00	5,00	4,4865	0,83738
5-A formadora demonstrou conhecimento e domínio sobre o tema abordado.	4,00	5,00	4,8649	0,34658
6-A formadora foi empática e acolhedora.	5,00	5,00	5,0000	0,00000

Os questionários continham uma pergunta aberta na qual os estudantes podiam apresentar sugestões. As mais recorrentes foram: “Fazer mais atividades” e “Continuar o projeto”, evidenciando um claro interesse na continuidade deste. No entanto, um dos estudantes sugeriu que as atividades “deveriam ser mais breves, uma vez que os estudantes não conseguem estar atentos por muito tempo”.

4.7. Outras atividades desenvolvidas em contexto de estágio

Durante o estágio de natureza profissional, foram desenvolvidas diversas atividades que permitiram a aquisição e o desenvolvimento das competências do EEECS, conforme estabelecido pelos regulamentos n.º 140/2019 da OE, (2019) e n.º 428/2018 da OE, (2018).

No contexto da UCC, as atividades realizadas estiveram alinhadas com os objetivos do PNSE, que visa promover a equidade e a qualidade de vida da comunidade educativa (DGS, 2015). Estas atividades integraram-se no Eixo 1 – Capacitação, que se foca no desenvolvimento de competências para a promoção da saúde e prevenção da doença, e no Eixo 3 – Condições de Saúde, que aborda a resposta às necessidades de saúde dos estudantes (DGS, 2015).

No âmbito do Eixo 1 – Capacitação, foram desenvolvidas sessões de educação para a saúde, com o intuito de promover a literacia em saúde e incentivar a adoção de comportamentos saudáveis por parte da comunidade escolar.

Assim, na área da alimentação saudável e atividade física, foram dinamizadas sessões de educação para a saúde com estudantes do 1º ciclo no contexto da semana da alimentação saudável, reforçando a importância de uma alimentação equilibrada e da atividade física regular na prevenção de doenças metabólicas e cardiovasculares (DGS, 2015). Além disso, foram implementadas atividades do Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), um programa que promove hábitos alimentares saudáveis através de estratégias de educação alimentar e incentivo à hidratação, alinhando-se com os princípios de promoção da saúde no meio escolar (Administração Regional de Saúde do Norte [ARSN], 2025).

No âmbito da saúde oral, foram dinamizadas sessões de educação para a saúde para estudantes do 1.º ciclo, em conformidade com as diretrizes do PNPSO, que preconiza a importância da escovagem dentária regular, alimentação saudável e do acesso a consultas de medicina dentária preventiva (DGS, 2021a). Foram ainda dinamizadas sessões sobre higiene corporal, reforçando a importância da adoção de rotinas diárias de higiene pessoal e o seu impacto na prevenção de infeções dermatológicas e no bem-estar emocional dos estudantes (DGS, 2015).

A educação para a sexualidade e para os afetos foi outra das áreas trabalhadas, com a realização de sessões de educação para a saúde dirigidas a estudantes do 12.º ano sobre sexualidade segura, abordando a prevenção de Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST's), métodos contraceptivos e promoção de relações saudáveis e consentimento, em conformidade com a Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril, que estabelece as diretrizes para a educação sexual em meio escolar. No mesmo contexto, foram dinamizadas atividades no Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno (GIAA), um espaço dedicado ao esclarecimento de dúvidas e aconselhamento sobre relações interpessoais, identidade de género e gestão emocional na adolescência (DGS, 2015).

No âmbito do Eixo 3 – Condições de Saúde, foram desenvolvidas estratégias para responder às necessidades de saúde dos estudantes, nomeadamente no que se refere à gestão de doenças crónicas em ambiente escolar.

Destacou-se, neste contexto, a importância da elaboração do Plano de Saúde Individual (PSI), que é um documento estruturado para os estudantes com necessidades de saúde específicas, que define os cuidados necessários durante o período escolar e assegura a articulação entre a escola, os profissionais de saúde e os encarregados de educação. Este plano desempenha um papel importante na garantia do suporte adequado para estudantes com doenças crónicas, como diabetes mellitus, epilepsia, asma, alergias graves e outras condições de saúde, permitindo a sua plena inclusão no ambiente escolar e a redução de barreiras ao processo de aprendizagem e desenvolvimento (DGS & DGE, 2016).

No caso da diabetes mellitus, o PSI permite planear a monitorização da glicemia capilar, a administração de insulina, de glucagon, o planeamento das refeições, a prevenção de episódios de hipoglicemia e hiperglicemia (DGS & DGE, 2016). Durante o estágio de natureza profissional, módulos I e II, foram realizadas sessões de educação para a saúde, dirigidas à comunidade escolar, capacitando a comunidade educativa, para o reconhecimento de sinais de alerta e aplicação de medidas de suporte adequadas (DGS & DGE, 2016).

As ações de sensibilização abrangeram temas essenciais, incluindo a abordagem da hipoglicemia e da hiperglicemia. Em caso de hipoglicemia grave, foi reforçada a necessidade de administração imediata de glicose oral (sumo ou açúcar dissolvido em água) ou, em situações mais críticas, a administração de glucagon, seguindo as recomendações médicas conforme o preconizado pela DGS & DGE, (2016).

Relativamente à hiperglicemia, foi reforçada a importância de reconhecer sinais como a sede excessiva, a necessidade frequente de urinar, a fadiga, boca seca e dificuldades de concentração. A glicemia deve ser avaliada e se necessário deve ser feita a administração de insulina conforme o plano terapêutico do estudante, assegurando a correção dos níveis glicémicos. Em situações de

agravamento, como presença de cetonemia/cetonúria, náuseas, vômitos ou dor abdominal intensa, recomendou-se o contacto imediato com os encarregados de educação e solicitação de assistência médica, garantindo uma intervenção médica atempada tal como o preconizado pela DGS & DGE, (2016).

No caso da epilepsia, foram promovidas ações de sensibilização dirigidas à comunidade educativa, visando capacitar professores e assistentes operacionais para reconhecer e atuar perante uma crise epilética. Estas ações abordaram a identificação dos diferentes tipos de crises epiléticas, as suas manifestações, clínicas assim como, foram instruídos para ação perante uma crise convulsiva. incluindo posicionamento lateral de segurança e prevenção de lesões. Foram efetuados esclarecimentos sobre os mitos e apresentadas estratégias de promoção para a inclusão dos estudantes que vivem com esta condição neurológica. Além da resposta imediata, foram discutidos critérios para solicitar a assistência médica, especialmente em crises prolongadas ou recorrentes sem recuperação da consciência, tal como o preconizado pela Liga Portuguesa Contra a Epilepsia, (2020).

No contexto da USP, as atividades realizadas centraram-se na vigilância epidemiológica e na monitorização da saúde da população, com foco na identificação de fatores de risco e na implementação de medidas preventivas.

A utilização da plataforma do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), permitiu desenvolver competências na área da vigilância epidemiológica (DGS, 2016).

De acordo com o regulamento n.º 428/2018 da OE, o EEECS tem um papel determinante na vigilância epidemiológica, assegurando a recolha sistemática e contínua de dados, a sua interpretação e a aplicação de medidas fundamentadas na evidência científica. A sua atuação abrange a monitorização do estado de saúde da comunidade, a prevenção da disseminação de doenças e a promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Durante o estágio de natureza profissional, módulos I e II, foram realizados inquéritos epidemiológicos no domicílio de utentes com notificação de

tuberculose e doença dos legionários, com o objetivo de avaliar fatores de risco, identificar contactos suscetíveis e implementar medidas de prevenção e controlo da transmissão, tal como o preconizado pela DGS, (2017,2021b).

Os inquéritos epidemiológicos, no caso da tuberculose, foram realizados no domicílio dos utentes notificados, seguindo um protocolo estruturado, de acordo com a DGS (2021b), que inclui:

- A história clínica e adesão terapêutica (data de início dos sintomas, evolução da doença e adesão terapêutica);
- A identificação de fatores de risco (coabitação em espaços fechados, doenças crónicas, imunossupressão, infeção por VIH/SIDA, consumo de substâncias);
- O histórico vacinal (cobertura pela vacina BCG e presença de cicatriz vacinal);
- As condições habitacionais (número de coabitantes, ventilação do domicílio e acesso aos cuidados de saúde);
- A identificação de contactos próximos, avaliando o grau de exposição e a necessidade de rastreio nos CDP (DGS, 2021b).

Os contactos identificados foram referenciados para os CDP da área de residência, de forma a serem submetidos a avaliação clínica e exames complementares (DGS, 2021b).

A atuação do EEECSPP nesta área insere-se na competência de vigilância epidemiológica, assegurando a identificação precoce de novos casos e a implementação de estratégias de contenção da doença, contribuindo para a redução da transmissão comunitária e para a proteção da saúde pública (OE, 2018).

A vigilância epidemiológica da doença dos legionários, tem como objetivo identificar a fonte de infeção e implementar medidas corretivas para evitar novos casos. O inquérito epidemiológico de doença dos legionários é composto pela investigação epidemiológica, realizada pelos EEECSPP e pela investigação ambiental, realizada pelos técnicos de saúde ambiental.

A investigação epidemiológica é realizada no domicílio dos utentes, permitindo a recolha de informação detalhada e sistematizada sobre os locais frequentados e as atividades realizadas nos 14 dias que antecederam o início dos sintomas, conforme preconizado pela DGS, (2017). São avaliadas, entre outras, as seguintes possibilidades:

- A ocorrência de internamento hospitalar ou a realização de tratamentos dentários;
- A exposição a equipamentos potencialmente contaminantes, como torres de arrefecimento ou sistemas de ar condicionado;
- A frequência de espaços como termas, piscinas, jacuzzis, saunas, health clubs e/ou balneários;
- O contacto com possíveis fontes de infeção, como sistemas de rega, lavagem de automóveis, fontes ornamentais ou atividades relacionadas com canalizações;
- A existência de fatores de risco individuais.

Os dados recolhidos são encaminhados para a equipa de técnicos de saúde ambiental.

A investigação epidemiológica desta patologia enquadra-se nas competências do EEECS, no que respeita à prevenção e vigilância de surtos, garantindo a aplicação de estratégias baseadas na evidência científica e a gestão do risco em saúde pública (OE, 2018).

Foi realizada a colaboração no âmbito do programa "Diabetes em Movimento", que é uma iniciativa comunitária voltada para a promoção da atividade física estruturada e supervisionada para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Esta atividade ocorreu, às segundas, quartas e sextas-feiras, tendo como finalidade contribuir para a melhoria do controlo glicémico e para a redução do risco de complicações associadas à doença, promovendo um estilo de vida mais ativo e saudável (Diabetes em Movimento, 2025).

A “Diabetes em Movimento” envolve a participação de uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, fisiologistas do exercício,

nutricionistas e outros profissionais de saúde, garantindo uma abordagem integrada e personalizada para cada utente (Diabetes em Movimento, 2025).

A equipa de enfermagem desempenha um papel essencial na segurança e adaptação da atividade física à condição clínica dos utentes, minimizando riscos e garantindo uma prática de segura. Os utentes realizam a monitorização da glicemia capilar no domicílio antes de se dirigirem ao local onde decorre a atividade, registando os valores obtidos. O enfermeiro observa estes registos e caso os utentes não tenham efetuado a avaliação em casa ou apresentem valores fora do intervalo considerado seguro para a prática de atividade física, procede-se à avaliação da glicemia capilar antes do início da atividade. Se apresentarem valores fora do intervalo normal, os utentes não realizam a atividade, fazendo correção dos valores, através da ingestão de água em caso de hiperglicemia e na ingestão de alimentos no caso de hipoglicemia.

Durante a realização da atividade física, a glicemia capilar deve ser reavaliada caso o utente manifeste sintomas sugestivos de descompensação metabólica, permitindo uma intervenção atempada e ajustada à sua condição, bem como a avaliação de outros sinais vitais sempre que se justifique (Diabetes em Movimento, 2025).

4.8. Análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências

O percurso formativo desenvolvido ao longo do estágio de natureza profissional, módulo I e II, permitiu adquirir, aprofundar e consolidar as competências comuns e as competências específicas do EEECS, conforme o regulamento n.º 140/2019 da OE, (2019) e o regulamento n.º 428/2018 da OE, (2018). Esta análise tem como propósito demonstrar como essas competências foram desenvolvidas, evidenciando a ligação entre a teoria e a prática por meio de

estratégias de planeamento em saúde, vigilância epidemiológica e educação para a saúde, com enfoque especial na capacitação de grupos e comunidades.

No âmbito das competências comuns, ressalta-se primeiramente a responsabilidade profissional, ética e legal. Em todas as etapas do projeto “Mente serena, noite plena”, bem como nas demais atividades realizadas na USP e na UCC ao longo do estágio de natureza profissional, módulos I e II, manteve-se uma atuação alicerçada em princípios éticos, normas deontológicas e enquadramento legal. A privacidade dos estudantes que participaram no projeto foi assegurada através da obtenção de consentimentos informados, garantindo-se a confidencialidade dos dados. De igual modo, foi respeitada a privacidade e confidencialidade de todos os utentes que se contactou, em conformidade com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96 do Conselho de Ministros, 1996) e da Deontologia Profissional (Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República, 2015).

No que respeita à melhoria contínua da qualidade, a implementação do projeto “Mente serena, noite plena” contribuiu para o desenvolvimento das competências em contexto de estágio de natureza profissional, através da aplicação da metodologia de planeamento em saúde, sustentada em evidência científica e ajustada às necessidades identificadas. As atividades foram planeadas e realizadas num ambiente seguro e acolhedor, promovendo a participação ativa dos estudantes. No final de cada intervenção, foi realizada uma avaliação com o objetivo de identificar possíveis melhorias. A participação na vigilância epidemiológica contribuiu igualmente para reforçar a qualidade dos serviços prestados pela USP, sendo exetável que esse impacto se traduza em melhorias evidenciadas em futuras avaliações da unidade.

No que concerne à gestão do risco, garantiu-se a manutenção de um “ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (Regulamento n.º 140/2019 da OE, 2019, p. 4748).

Relativamente à gestão de cuidados, esta competência manifestou-se na articulação entre as equipas da UCC, da USP e a comunidade. A liderança no planeamento e implementação do projeto “Mente serena, noite plena” implicou a otimização de recursos humanos, materiais e financeiros, superando

constrangimentos e assegurando o cumprimento dos objetivos estabelecidos. Essas ações fortaleceram o trabalho de equipa e a capacidade de supervisão, contribuindo para uma resposta de enfermagem mais efetiva e integrada. Neste contexto, a elaboração de planos de sessão das atividades e dos cronogramas (modulo I e II) permitiram assegurar uma gestão eficaz do tempo e dos recursos envolvidos.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi impulsionado pelo contacto direto com a realidade da saúde escolar, possibilitando a aplicação de fundamentos teóricos e científicos da enfermagem comunitária. A conceção e execução das sessões de educação para a saúde favoreceram a elaboração de estratégias pedagógicas adaptadas à faixa etária dos adolescentes, bem como o aperfeiçoamento de competências de comunicação e de gestão de conflitos. A reflexão conjunta com a comunidade escolar e a equipa de enfermagem fomentou uma postura crítica e reflexiva, alicerçada na evidência científica.

No que diz respeito às competências específicas, sublinha-se o planeamento em saúde e a sua aplicação prática: a recolha e análise de dados sobre os estilos de vida dos adolescentes conduziram à definição de objetivos, metas e indicadores, bem como à seleção de estratégias de intervenção. A execução do projeto “Mente serena, noite plena” e a avaliação através de indicadores de atividade, que permitiram avaliar a adesão às atividades, o conhecimento dos estudantes em relação ao sono e ao stress e de e resultado, que possibilitarão avaliar o impacto das atividades nas atitudes dos adolescentes.

A capacitação de grupos e comunidades evidenciou-se na forma como os estudantes foram envolvidos nas atividades planeadas, assumindo um papel ativo na assimilação de novos conceitos. As atividades “A Rota do sono” e “Relaxa a mente” fomentaram a reflexão acerca dos hábitos saudáveis em relação ao de sono e ao stress, reforçando o conhecimento sobre as temáticas e a autonomia na adoção de comportamentos saudáveis. Todas as atividades executadas na UCC no âmbito do Eixo 1 – Capacitação do PNSE, (2015), permitiram desenvolver a competência de capacitação de grupos e comunidades.

No que diz respeito à coordenação de programas de saúde comunitários, considera-se que esta competência foi desenvolvida com sucesso atendendo a que foi possível coordenar a implementação de todas as atividades do projeto.

A realização de atividades no âmbito do PNSE concorrem igualmente para o sucesso da aquisição desta competência, uma vez que foram implementadas e monitorizadas atividades relativas aos eixos 1 – Capacitação e 3 – Condições de Saúde (DGS, 2015). A integração em atividades do programa “Diabetes em movimento”, também pode contribuir para o desenvolvimento desta competência.

Finalmente, a vertente de vigilância epidemiológica traduziu-se pela realização do diagnóstico de situação aos estudantes e na participação em rastreios e pelo registo de informações no SINAVE, proporcionando uma visão mais abrangente do papel do EEECSPP na vigilância epidemiológica e como proceder ao seu registo.

Desta forma, o estágio de natureza profissional, modulo I e II, contribuiu efetivamente para a consolidação de um perfil de competências condizente com o exigido aos EEECSPP, fundamentado numa prática ética, reflexiva e orientada para a melhoria contínua.

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu descrever, analisar e refletir de forma crítica o percurso percorrido ao longo do estágio de natureza profissional (Módulo I e Módulo II). Através da sua leitura é possível compreender as etapas e atividades desenvolvidas que permitiram responder aos objetivos estabelecidos e desenvolver as competências comuns e específicas do EEECS.

Uma das competências desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional, módulos I e II, centrou-se na metodologia do planeamento em saúde. A população-alvo, foram os adolescentes do 11º ano de um agrupamento de escolas da área de abrangência da USP e da UCC. A escolha desta população baseou-se no facto de a adolescência constituir uma etapa de transição marcada por decisões que influenciam significativamente a saúde futura. Torna-se, por isso, fundamental a intervenção do EEECS ao longo das etapas do ciclo de vida na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de comportamentos de risco. Neste contexto, o EEECS assume um papel essencial enquanto promotor da saúde, estabelecendo vínculos de confiança e proximidade que favorecem a adoção de comportamentos saudáveis por parte dos adolescentes.

Assim, o diagnóstico de situação foi realizado com recurso ao questionário "O meu estilo de vida" Pires e Sousa (2013), citado por Pinho (2017). Uma das limitações relativas à utilização deste questionário deveu-se à impossibilidade de acesso direto à fonte original, tendo sido necessário recorrer a uma referência secundária para fundamentar a sua aplicação. Contudo, a sua estrutura, pertinência e adequação à população-alvo, bem como a autorização da autora, justificaram a sua aplicação. A direção do agrupamento de escolas e a equipa de saúde escolar reconheceram a sua utilidade e manifestaram interesse em mantê-lo no futuro. A aplicação deste decorreu na presença da autora, junto dos estudantes, o que permitiu estabelecer um contacto direto com estes desde a primeira etapa do planeamento em saúde até à etapa final, a avaliação. A participação ativa no âmbito da saúde escolar permitiu estabelecer uma ligação

de maior proximidade com os estudantes, o que facilitou a determinação de prioridades e as etapas subsequentes.

Identificou-se como prioritário o domínio “S-Sono e Stress”, e nesse sentido, foi elaborado e implementado o projeto “Mente serena, noite plena”, com recurso às estratégias de educação para a saúde e parceria. Estas contribuíram para tornar as sessões mais dinâmicas. Após a preparação operacional e execução do projeto, a avaliação dos indicadores de atividade demonstrou que as atividades contribuíram para o aumento dos conhecimentos dos estudantes acerca do sono e stress. A avaliação dos indicadores de satisfação evidenciou uma elevada satisfação por parte destes. A avaliação do impacto do projeto será realizada em junho de 2025 pela equipa de saúde escolar.

Relativamente aos objetivos definidos para a elaboração deste relatório, considera-se que foram atingidos. Porém, confrontei-me com vários desafios, ao longo deste percurso, desde a necessidade de sintetizar informação de modo claro e objetivo, sem comprometer a compreensão do trabalho realizado e a organização da estrutura do relatório. Foram consideradas diferentes possibilidades de organização, incluindo a apresentação das etapas do planeamento em saúde como capítulos independentes, no entanto, optou-se por estruturar os conteúdos com base no desenvolvimento das competências do EEECS, integrando o contributo do planeamento em saúde nesse processo.

A superação destes desafios contou com o apoio das professoras e enfermeiras orientadoras, cujas orientações foram essenciais para melhorar a qualidade do relatório, desde a clareza do discurso até à análise dos dados e fundamentação das ideias.

Em relação ao objetivo que diz respeito à consolidação do desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEECS, considera-se que foi igualmente atingido, na medida em que, o desenvolvimento das atividades no âmbito da metodologia do planeamento em saúde e outras atividades ao longo do estágio de natureza profissional, módulos I e II, nos domínios da capacitação de grupos, da coordenação de programas e de vigilância epidemiológica, convergiram para o alcance dos objetivos inicialmente definidos, o que permitiu

o desenvolvimento de competências gerais e específicas do EEECS, conforme os Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018 da OE.

Em suma, o percurso formativo foi exigente, mas gratificante e permitiu integrar a aquisição de saberes com a sua aplicação em contextos reais. Este processo reforçou o compromisso com a melhoria contínua dos cuidados à comunidade. Embora a pretenda aplicar todo o conhecimento adquirido em cuidados de saúde primários, a prática hospitalar onde atualmente exerce atividade profissional beneficiará igualmente destas aprendizagens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, M. & Loureiro, H. (2023). Metodologias, estratégias e recursos pedagógicos em saúde escolar. In Martins, T. & Borges, (Coords.),. (2023). *Saúde escolar: Intervenções de promoção de saúde* (1ª ed., pp. 28-29). LIDEL.

Abreu, M. (2024a). *Guia orientador da UC: Estágio de natureza profissional com relatório – Módulo I*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Abreu, M. (2024b). *Guia orientador da UC: Estágio de natureza profissional com relatório –Módulo II*. Escola Superior de Enfermagem do Porto

Administração Central do Sistema de Saúde. (2025). *ULS #####. BICSP – Base de Informação de Unidades de Saúde*.

Administração Regional de Saúde do Norte. (2025). *PASSE – Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar*. PASSE <https://passe.com.pt>

Aquino, J., Miranda, P., Luz, A., & Moleiro, P. (2015). O perfil biopsicossocial do adolescente em consulta hospitalar – Experiência de 8 anos de uma unidade de medicina do adolescente. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 6(2), 31–46.

Batista, P., Neves-Amado, J., Pereira, A., & Amado, J. (2023). FANTASTIC lifestyle questionnaire from 1983 until 2022: A review. *Health Promotion Perspectives*, 13(2), 88-98.

Brilhante, A., & Catrib, A. (2011). Sexualidade na adolescência. *Feminina*, 39(10), 504-509 <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0100-7254/2011/v39n10/a2966.pdf>

Broderick, P. C., & Jennings, P. A. (2012). Mindfulness for adolescents: A promising approach to supporting emotion regulation and preventing risky behavior. *New Directions for Youth Development*, (136), 111–126. <https://doi.org/10.1002/yd.20042>

Cabral, P. C., Silva, D. F. O., Diniz, A. S., & Cabral, S. C. V. (2021). Padrões alimentares de adolescentes e fatores associados: Estudo longitudinal sobre comportamento sedentário, atividade física, alimentação e saúde dos adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(suppl 2), 4501-4512.

Cairene, R. (2024). Exploring the influences of peer pressure and family dynamics on adolescent risk behavior: A longitudinal study. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 12, 710.

Carvalho, N. V. (2015). *Promoção da saúde: Da investigação à prática*. SPPS Editora LDA.

Ermitão, V., Gonçalves, M. C., & Costa, A. (2021). Promoção da saúde dos adolescentes no âmbito da educação sexual: um projeto de intervenção comunitária. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 91–102. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.188>

Costa, R. F., Zeitoune, R. C., Queiroz, M. V., Gómez, G. C., & Ruiz, G. M. (2015). Adolescent support networks in a health care context: The interface between health, family and education. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(5), 741-747.

Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology*, 68, 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>

Diabetes em Movimento. (2025). *Diabetes em movimento – Programa comunitário de exercício físico para pessoas com diabetes tipo 2*. Diabetes em movimento <https://www.Diabetesemmovimento.com/>

Dias, A. I. C. M. (2020). *Sono, bem-estar, stress e recuperação em atletas de futebol universitários femininos durante a participação num campeonato europeu universitário* [Tese de mestrado]. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.

Direção-Geral da Educação. (2014). *Programa de apoio à promoção e educação para a saúde*. Direção-Geral da Educação. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf

Direção-Geral da Saúde & Direção-Geral da Educação. (2016). *Orientação Técnica n.º 006/2016, de 23/11/2016: Crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na escola*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida*. DGS

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional de saúde escolar*. DGS. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Sistema nacional de vigilância epidemiológica (SINAVE): Manual de procedimentos*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Doença dos Legionários: Vigilância e investigação epidemiológica (Orientação nº 021/2017)*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2021a). *Programa nacional de promoção da saúde oral 2021-2025*. DGS

Direção-Geral da Saúde. (2021b). *Programa nacional para a tuberculose 2021-2025*. DGS

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional de saúde 2021-2030 - Saúde sustentável: De tod@s para tod@s*. DGS. <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>

Ferreira, M. (2008). *Estilos de vida na adolescência: De necessidades em saúde à intervenção de enfermagem* [Tese de doutoramento], Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Ferreira, M., & Torgal, M. (2010). Tobacco and alcohol consumption among adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 255–261.

Fonseca, A., Santo, F. H. E., Silva, R. M. C. R. A., & Silvino, Z. R. (2015). Games to promote health education for children: Integrative review. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9(4), 8444–8452. <http://web-b-ebscohost.ez39.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5704a21c-b615-4465-9486-bf670f378e87%40pdc-v-sessmgr05b>

Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação* (5ª ed.). Lusociência.

Galvão, S. S., Rodrigues, I. L., Pereira, A. A., Nogueira, L. M., Araújo, A. P., & Panarra, B. A. (2021). Saberes de adolescentes sobre saúde: Implicações para o agir educativo. *Enfermagem em Foco*, 12(1), 118-124.

Gaspar de Matos, M. (2020). *Adolescentes: As suas vidas, o seu futuro*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Gaspar, T., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Gaspar de Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2022). *A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia: Dados nacionais do estudo HBSC 2022*. Equipa Aventura Social. <https://www.aventurasocial.com>

Guzmán-Cortés, J. A., Calvillo, H., Bernal, J., & Villalva-Sánchez, A. F. (2019). *Benefícios da prática de mindfulness e o processo atencional: Uma revisão teórica sobre sua relação*. ESA, 6(11), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s11097-011-9216-y>

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). WONG - *Fundamentos de enfermagem pediátrica (Tradução da 9.ª ed.)*. Mosby Elsevier.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª edição). Escola Nacional de Saúde Publica de Lisboa.

Kabat-Zinn, J. (2017). *Viver a catástrofe total: Como utilizar a sabedoria do corpo e da mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença*. São Paulo: Palas Athena.

Laverack, G. (2014). *Guia de bolso para a promoção da saúde*. Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725408155>

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1a Série, n.º 181, 8059–8105. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Liga Portuguesa Contra a Epilepsia. (2020). *A epilepsia e a escola*. <https://epilepsia.pt/epilepsia-e-a-escola/> Liga Portuguesa Contra a Epilepsia

Lima, F. É. B., Coco, M. A., dos Santos, D. R., Lima, S. B. S., & Lima, W. F. (2021). *Relação entre imagem corporal, consumo alimentar e sono em adolescentes*. *Revista da AMRIGS*, 65(4).

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373188/ao-2977.pdf>

Martins, T., & Borges, E. (Coord.) (2023). *Saúde escolar: Intervenções de promoção de saúde* (1ª ed.). LIDEL.

Martorell, G., Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2020). O mundo da criança: Da infância à adolescência (13.ª ed). AMGH.

Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel-Edições Técnicas.

Ministérios da Saúde e da Educação. (2010). Portaria n.º 196-A/2010 dos ministérios da saúde e da educação (2010). *Diário da República*: I série n.º 69

Nothhaft, S., Zanatta, E., Brumm, M., Gall, K., Erdtmann, B., Buss, E., & Silvan, P. (2014). Sexualidade do adolescente no discurso de educadores: Possibilidades para práticas educativas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 34–40. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140003>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 348/2015 da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*: ii série, n.º118 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 428/2018 da ordem dos enfermeiros. (2018). *Diário da República*: ii série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 40/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2018). *Diário da República*: ii série, nº26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos enfermeiros. (2021).Aviso n.º 6702/2021 da ordem dos enfermeiros. (2021) *Diário da República* II Série, n.º 71. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/6702-2021-161291944>

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Saúde Sexual direitos humanos e a lei*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>

Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: A consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6), 785–786. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5866>

Pender, N; Murdaugh, C; Parsons, M; (2015). *Health promotion in nursing practice*. (7^a ed). Pearson

Pinho, M. C. C. F. L. de. (2017). *Estilo de vida FANTÁSTICO e o bem-estar dos adolescentes* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa].

Polet, J., et al. (2019). Using physical education to promote out-of-school physical activity in lower secondary school students – a randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health*, 19(1).

Presidência do Conselho de Ministros (2023) Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023) *Diário da República I Série n.º215* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Rosi, A., Dall'Asta, M., Brighenti, F., Rio, D., Volta, E., Baroni, I., Nalin, M., Zelati, M. C., Sanna, A., & Scazzina, F. (2016). The use of new technologies for nutritional education in primary schools: a pilot study. *Public Health*, 140, 50–55. <https://www.sciencedirect.ez39.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0033350616302270?via%3Dihub>

Sales, F., Carvalho, W., Junior, J., Silva, D., Santos, C. (2014). *Maus hábitos alimentares de estudantes do ensino médio em escolas públicas*.

Semple, R. J., & Burke, C. (2019). State of the research: Physical and mental health benefits of mindfulness-based interventions for children and

adolescents. OBM Integrative and Complementary Medicine, 4(1).
<https://doi.org/10.21926/obm.icm.1901001>

Silva, A. M., Brito, I. d., & Amado, J. M. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1901-1909.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community* (9th ed.). Elsevier.

Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed.

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª edição). Ministério da Saúde.

Unidade de Cuidados na Comunidade ###. (2023). *Manual de acolhimento e Integração de Novos Profissionais e Estudantes*. ACES###.

Unidade de Saúde Pública (2024). *Diagnóstico de situação de saúde 2022/2023*. ACES###.

Unidade Local de Saúde #####. (2025). *Missão, visão e valores*. ULS

Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)*. Faculdade de Medicina do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf>

Wilson, D. M., Nielsen, E., & Ciliska, D. (1984). *Lifestyle assessment: Testing the FANTASTIC instrument*. *Canadian Family Physician*. 30,1863-6. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2154238/pdf/canfamphys00223-0157.pdf>

World Health Organization. (2007). *Prevalence of excess body weight and obesity in children and adolescents* (Fact sheet No. 2.3). WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366467/WHO-EURO-2007-6386-46152-66767-eng.pdf>

World Health Organization. (2010). *IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV: Participant manual*. WHO Press.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44258/9789241598972_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2020a). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2020b) . *Spotlight on adolescent health and well-being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332091>

World Health Organization. (2024). *Mental health of adolescents*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

World Health Organization. (2024). *Physical activity*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

World Health Organization. (2025). *Adolescent health*. WHO. <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>

Estilos de vida dos adolescentes de uma escola da região norte de Portugal - Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública

ANEXOS

ANEXO I- CRONOGRAMA DO MÓDULO 1

[illegible]

ANEXO II- CRONOGRAMA DO MÓDULO 2

[illegible]

ANEXO III- QUESTIONÁRIO

Questionário

Este questionário tem como objetivo identificar os estilos de vida dos estudantes do 11º ano, com a finalidade de implementar um projeto de educação para a saúde nas áreas que demonstrarem maior necessidade de intervenção.

Por favor, responde às seguintes perguntas com a maior honestidade possível, escolhendo a opção que melhor reflete a tua opinião ou experiência. Não é necessário assinares, uma vez que, todas as respostas serão tratadas com total confidencialidade e anonimato.

Obrigada pela tua colaboração!

Parte 1- Caraterização Sociodemográfica

Com esta parte do questionário pretende-se conhecer alguns aspetos sociodemográficos e clínicos que te caracterizam. Por favor, responde às seguintes questões:

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

a) Feminino ☐

b) Masculino ☐

3. Peso (kg) _____

4. Altura (m) _____

5. Com quem vives?

a) Pai e mãe ☐

b) Pai ☐

c) Mãe ☐

d) Outro(s) ☐

e) Se outro(s), Qual/quais? _____

5. Tens irmãos?

a) Sim ☐

b) Não ☐

c) Se sim, quantos? _____

6. Quando tens dúvidas sobre a tua saúde, a quem recorres? (Podes seleccionar mais que uma opção.)

a) Profissionais de saúde (ex: médicos, enfermeios) ☐

b) Professores ☐

c) Família ☐

d) Amigos ☐

e) Internet ☐

f) Outros (por favor, especifica): _____

7. Qual o grau de escolaridade dos teus pais?

	Pai	Mãe
a) 1º Ciclo	☐	☐
b) 2º Ciclo	☐	☐
c) 3º Ciclo	☐	☐
d) Ensino secundário	☐	☐
e) Ensino Superior	☐	☐

8. Qual a situação profissional dos teus pais? (Podes seleccionar mais que uma opção.)

	Pai	Mãe
a) Empregado(a)	☐	☐
b) Desempregado(a)	☐	☐
c) Estudante	☐	☐
d) Reformado(a)	☐	☐
e) Outros (por favor, especifica):	Pai: _____	
	Mãe: _____	

Parte 2 – Questionário- “O meu estilo de vida”

Esta parte do questionário corresponde ao instrumento “O meu estilo de vida” adaptado e validado pela Prof. Dra. Maria do Carmo Pires e Sousa, com o objetivo de identificar os estilos de vida dos estudantes. Por favor, responde às seguintes questões, lembrando que deves responder em função da tua realidade e não de como gostarias que ela fosse.

Questionário “ O meu estilo de vida”

[(Baseado no "Questionário Estilo de Vida Fantástico" de Silva A.; Brito I; Amado J. (2011), que é uma adaptação de Macmaster University, Canadá - Do you have a fantastic lifestyle - Silva, Brito, Amado (2011)]

1 - Permite-nos conhecer melhor o teu estilo de vida, preenchendo a grelha que te apresentamos. Pensa no que foram as tuas vivências neste último mês. Coloca um (X) no número que é adequado a ti.

F		A		N		T		A		S		T		I		C		O			
Família e Amigos		Atividade física/ Associativismo		Nutrição		Tabaco		Álcool e Outras Drogas		Sono e Stress		Tipo de personalidade/ Escola		Introspeção		Comportamentos de Saúde e Sexualidade		Outros Comportamentos			
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim		Sou membro de um grupo e participo nas atividades ativamente		Como duas porções de legumes e três de fruta diariamente		No que diz respeito a cigarros		No que diz respeito a bebidas alcoólicas		No que diz respeito a drogas como canábis, cocaína, marijuana...		Durmo bem e sinto-me descansado		Sinto que ando acelerado e/ ou atarefado		Sou uma pessoa otimista e positiva		Vou às consultas médicas recomendadas para a vigilância de saúde		Como peão ou condutor de bicicleta respeito as regras de segurança rodoviária	
2	Quase sempre	2	Quase sempre	2	Todos os dias	2	Nunca fumei	2	Nunca bebi	2	Nunca experimentei	2	Quase sempre	2	Quase nunca	2	Quase sempre	2	Sempre	2	Sempre
1	Às vezes	1	Às vezes	1	Às vezes	1	Só experimentei 1 vez	1	Só experimentei 1 vez	1	Só experimentei 1 vez	1	Às vezes	1	Às vezes	1	Às vezes	1	Às vezes	1	Às vezes
0	Quase nunca	0	Quase nunca	0	Quase nunca	0	Fumo de vez em quando	0	Bebo de vez em quando	0	Consumo de vez em quando	0	Quase nunca	0	Quase sempre	0	Quase nunca	0	Quase nunca	0	Quase nunca
Dou e recebo carinho/afeto		Realizo uma atividade física durante pelo menos 30 minutos		Como alimentos hipercalóricos (doce e/ou salgados) ou fastfood (hamburguer, pizza)		O meu consumo de cigarros é:		O meu consumo de bebidas (vinho e/ou cerveja) é:		Bebo café , chá ou outras bebidas com cafeína (ex: redbull, coca-cola...)		Sinto-me capaz de controlar o stress do meu dia a dia		Sinto-me aborrecido e/ou agressivo		Sinto-me tenso, nervoso e/ou oprimido		Converso com os meus amigos e família sobre temas da adolescência, como por exemplo a sexualidade		Uso cinto de segurança	
2	Quase sempre	2	3 ou mais vezes por semana	2	Menos de 1 vez por semana	2	Nenhum ou menos de 1 por semana	2	Nenhuma ou menos de 1 bebida por semana	2	Nenhuma ou menos de 1 vez por semana	2	Quase sempre	2	Quase nunca	2	Quase nunca	2	Sempre	2	Sempre
1	Às vezes	1	1 ou 2 vezes por semana	1	1 ou 2 vezes por semana	1	Até 5 por semana	1	Até 5 bebidas por semana	1	1 ou 2 vezes por semana	1	Às vezes	1	Às vezes	1	Às vezes	1	Às vezes	1	Às vezes
0	Quase nunca	0	Menos de 1 vez por semana	0	3 ou mais vezes por semana	0	Mais de 5 por semana	0	Mais de 5 bebidas por semana	0	3 ou mais vezes por semana	0	Quase nunca	0	Quase sempre	0	Muitas vezes	0	Quase nunca	0	Quase nunca
		Ando no mínimo 30 minutos diariamente		Penso que ultrapassei o meu peso ideal				O meu consumo de bebidas brancas (shots, vodka, etc.) é:		Tomo medicamentos sem receita médica		Relaxo e disfruto do meu tempo livre		Sinto-me feliz com a escola e com as outras atividades que realizo		Sinto-me triste e/ou angustiado		Preocupo-me com o meu autocuidado e com a minha aparência			
		2 Quase sempre		2 Não ultrapassei				2 Nenhum		2 Nunca ou Quase nunca		2 Quase sempre		2 Quase sempre		2 Quase nunca		2 Quase sempre			
		1 Às vezes		1 Ultrapassei 1 ou 2kg				1 Menos de 1 bebida por semana		1 Às vezes		1 Às vezes		1 Às vezes		1 Às vezes		1 Às vezes			
		0 Quase nunca		0 Ultrapassei mais de 2kg				0 Até 5 bebidas por semana		0 Muitas vezes		0 Quase nunca		0 Quase nunca		0 Quase sempre		0 Quase nunca			

2 - Soma os pontos por ti registados e anota-os no final de cada coluna.

3 - Transporta-os para a folha que te foi entregue e guarda-a como guia.

Somatório F/O

COMO É OU DEVE SER O MEU ESTILO DE VIDA

F A N T Á S T I C O

TRANSCREVE DO QUESTIONÁRIO A
SOMA DE CADA COLUNA —>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SOMA O TOTAL DAS COLUNAS —>

--

PONTUAÇÃO FINAL

	x 2 =	
--	-------	--

Faz a soma de todos os resultados das colunas e multiplica-a por dois. Verifica abaixo o que significa a tua pontuação e reflete sobre o que gostarias de mudar no teu estilo de vida. Coloca um círculo no(s) item(s) que deves modificar. Consulta algumas das nossas recomendações.

- | | |
|--------------|---|
| De 103 a 120 | Parabéns. Tens um estilo de vida Fantástico. |
| De 85 a 102 | Muito bem. Estás no caminho correto. |
| De 73 a 84 | Estás bem. Tens um estilo de vida adequado. |
| De 47 a 72 | Tens um estilo de vida algo crítico. Podes melhorar. |
| De 0 a 46 | Estás na zona de perigo , mas a tua honestidade é uma excelente qualidade. |

Nota: A pontuação total não significa que tenhas falhado. É sempre possível mudar o estilo de vida começando agora. Vê as áreas pontuadas com 0 e 1 e decide por onde queres começar a mudar. Bem (h)ajas!

QUERES TER UM ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO?

- > O teu estilo de vida necessita de uma mudança?
 - > Fixa algumas metas.
 - > Dia a dia realiza pequenos passos para alcançares uma vida saudável.
 - > Ganha controlo sobre o teu corpo, mente e espírito...
 - > Prepara-te para alcançar o melhor que a vida tem para te oferecer.
- > **Aqui estão algumas sugestões do que podes fazer para melhorar o teu estilo de vida:**

Família e amigos: Comunica. Partilha os teus sentimentos com os outros. Abraça todos os dias alguém a quem queiras bem (de quem gostes).

Associativismo: Integra e forma grupos. Participa nas organizações (clubes e agrupamentos culturais, desportivos, religiosos, de voluntariado etc.). Junta-te ao desafio de construir, de maneira colaborativa, possibilidades para alcançar uma vida com qualidade.

Atividade Física: Pratica atividade física. Pelo menos, caminha 30 minutos todos os dias; dança; sai de bicicleta; corre, joga a bola com os colegas; realiza exercício físico pelo menos 30 minutos 3 vezes por semana.

Nutrição: Inclui fruta e várias porções de verduras nas tuas refeições; também pão e cereais, leguminosas, peixe, carnes e produtos láteos não gordos. Evita o sal, o açúcar e comida de baixo valor nutricional (fast-food). Também deves reduzir às gorduras. Mantém o teu peso ideal.

Tabaco: O melhor, será não comesares a fumar. Se já experimentaste, não continues. Procura ambientes livres de fumo de tabaco.

Álcool: Não nos é essencial. Procura não beber bebidas alcoólicas antes dos 16 anos. Quando beberes não te embriagues.

Outras drogas: Diz **NÃO** às drogas.

Sono e Stress: Dorme 7 a 9 horas cada noite. É muito importante para o teu crescimento e desenvolvimento. As técnicas de respiração profunda e os exercícios de relaxamento são uma boa ajuda.

Tipo de personalidade: Tranquiliza-te. Procura formas de relaxamento (conversa com outras pessoas, procura uma atividade de entretenimento, sai para passeios e brincadeiras ao ar livre, com amigos). Com calma, desfruta a tua vida. Se necessário, recorre a ajuda.

Escola: Valoriza o teu trabalho e todas as tuas atividades na escola. A tua opinião é importante.

Introspeção: Pensa positivamente. Afasta a depressão mantendo-te ativo(a). Desenvolve (insere-te em) algum passatempo ou envolve-te em outras atividades.

Comportamentos de saúde: Faz consultas periódicas de vigilância da saúde. Não descuides o teu corpo nem a tua mente. Fala sempre com os teus pais e profissionais de saúde para detetar eventuais fatores de risco e prevenir problemas.

Sexualidade: Lembra-te que a sexualidade é uma parte integrante e importante durante toda a vida. A saúde sexual é um processo fundamental no desenvolvimento humano e nas relações interpessoais. Não se limita à reprodução, pois os afetos são parte integrante da nossa sexualidade

Outros comportamentos: Não te esqueças de colocar o cinto de segurança. Cumpre as normas de segurança que estão destinadas a proteger-te. Quando andas de bicicleta ou praticas desportos como skate e patins, sê prudente e respeita as normas de segurança.

ANEXO IV- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À AUTORA DO QUESTIONÁRIO “O MEU ESTILO DE VIDA”



Maria Do Carmo Martins Pires E Sousa <carmosousa@utad.pt>

Para: Você

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

...

sex, 22/03/2024 14:51

Boa tarde!

Não há nenhum inconveniente na utilização do IRD que menciona.

Votos do maior sucesso no seu trabalho.

Com os melhores cumprimentos

Maria do Carmo Sousa

De: Cátia Seabra <catia.seabra@outlook.pt>

Enviado: 22 de março de 2024 09:03

Para: Maria Do Carmo Martins Pires E Sousa <carmosousa@utad.pt>

Assunto: Autorização para a aplicação do questionário "O meu estilo de vida"

Não costuma receber e-mails de catia.seabra@outlook.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

...



Cátia Seabra

Para: carmosousa@utad.pt

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

...

sex, 22/03/2024 09:03

Exma. Professora Doutora Maria do Carmo Pires e Sousa,

Eu, Cátia Daniela da Cruz Seabra, enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), venho por este meio solicitar autorização para utilizar o questionário "O meu estilo de vida", no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, sob a orientação da professora Margarida Abreu (ESEP) e das enfermeiras Sónia Moreira (UCC de Paredes/Rebordosa) e Antónia Teixeira (Unidade de Saúde Pública de Paredes).

Este trabalho tem como finalidade identificar os estilos de vida dos alunos do 11.º ano de uma escola do Norte do país, com o objetivo de implementar um projeto de educação para a saúde de acordo com as necessidades identificadas.

Assim, solicito autorização para a utilização do questionário e também a disponibilidade do mesmo.

Agradeço a colaboração que possa disponibilizar, a qual será fundamental para a realização deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Cátia Daniela da Cruz Seabra

Contactos:

E-mail: catia.seabra@outlook.pt

Telemóvel: 912 461 788

ANEXO V- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DA ESCOLA PARA APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE

AP

Assunto: Pedido de autorização (Dir) <direto, ...>

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

📧

...

sex, 22/03/2024 11:33

Para: Você

Bom dia.

Quanto tempo seria necessário para a aplicação desse pré-teste?

Pode ser uma turma do Ensino Profissional?

As turmas de 11.ano, ensino regular, têm exames nacionais, daí as questões.

...

Com os meus melhores cumprimentos,
O Diretor do Agrupamento de Escolas de ...



Cátia Seabra

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

📧

...

sex, 22/03/2024 09:03

Para: diretor@es. ...

Exmo. Sr. Diretor do Agrupamento de Escolas de ...

Professor ...

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional, integrado no plano curricular do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob orientação da Professora Margarida Abreu, da ESEP, e das Enfermeiras Sónia Moreira, da UCC de Faro, Mariana ... e Antónia Teixeira, da Unidade de Saúde Pública de ... , venho por este meio solicitar autorização para proceder à aplicação de um questionário de pré-teste junto de uma turma do 11º ano da Escola Secundária de ...

Este pré-teste tem como objetivo validar um questionário que será posteriormente utilizado para identificar as necessidades de saúde dos alunos do 11º ano de um Agrupamento de Escolas.

A fase de pré-teste está prevista para decorrer entre os dias 08/04 a 09/04, e visa aferir a clareza, relevância e tempo de resposta do questionário, de modo a assegurar a sua eficácia e adequação antes da aplicação final. O questionário foi elaborado de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados dos participantes. Todos os procedimentos serão conduzidos em conformidade com as diretrizes éticas inerentes, assegurando o respeito pela privacidade dos alunos envolvidos. A participação será voluntária, sendo assegurado o direito de desistência a qualquer momento

Além da autorização formal desta Instituição, a participação dos alunos também dependerá da autorização dos respetivos Encarregados de Educação.

O processo de preenchimento será conduzido em contexto escolar, sob a supervisão de um professor designado, respeitando a organização interna da escola.

Os dados obtidos serão exclusivamente utilizados para fins de validação do instrumento de pesquisa e não serão divulgados publicamente.

Estou à disposição para fornecer qualquer esclarecimento adicional através do e-mail: catia.seabra@outlook.pt.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada a este pedido.

Com os melhores cumprimentos,
Cátia Seabra

ANEXO VI- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DA ESCOLA PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO À POPULAÇÃO-ALVO

AC

Assunto: [Assunto]

Para: Você

Cc: smsmoreira@arsnorte.min-saude.pt

Olá Enf. Cátia,

Estou perfeitamente aberto a esta intervenção/estudo.
Deixo o meu contacto: 912345678

Obrigado

Beijinhos

A sexta, 22/03/2024, 09:03, Cátia Seabra <catia.seabra@outlook.pt> escreveu:

Exmo. Sr. Diretor do Agrupamento de Escolas de [Escola]

Professor [Nome do Professor]

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional, integrado no plano curricular do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob orientação da Professora Margarida Abreu, da ESEP, e das Enfermeiras Sónia Moreira, da UCC de [Unidade de Saúde Pública de Referência], e Antónia Teixeira, da Unidade de Saúde Pública de Referência, venho por este meio solicitar autorização para proceder à aplicação de um questionário junto dos estudantes das turmas do 11º ano da Escola Básica e Secundária de [Escola].
A finalidade deste questionário é identificar os estilos de vida dos estudantes, com o objetivo de implementar um projeto de educação para a saúde nas áreas que demonstrarem maior necessidade de intervenção.
A previsão para a fase de colheita de dados, está agendada para o período de 15 a 19 de abril. O questionário foi elaborado de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados dos participantes. Todos os procedimentos serão conduzidos em conformidade com as diretrizes éticas inerentes, assegurando o respeito pela privacidade dos alunos envolvidos. A participação será voluntária, sendo assegurado o direito de desistência a qualquer momento.
Além da autorização formal desta Instituição, a participação dos alunos também dependerá da autorização dos respetivos Encarregados de Educação.
O processo de preenchimento será conduzido em contexto escolar, sob a supervisão de um professor designado, respeitando a organização interna da escola.
Os dados obtidos serão exclusivamente utilizados para fins académicos e não serão divulgados publicamente, contudo ficarão posteriormente à disposição para consulta e análise por parte desta Instituição.
Permaneço ao dispor para qualquer esclarecimento adicional que se faça necessário, disponível através do e-mail: catia.seabra@outlook.pt.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada a este pedido.

Com os melhores cumprimentos,
Cátia Seabra

Responder

Responder a todos

Reencaminhar

📧

...

qua, 27/03/2024 19:38

ANEXO VII- CONSENTIMENTO INFORMADO PARA APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE

Consentimento Informado

Exmo.(a) Sr.(a) Encarregado(a) de Educação,

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem do Porto, irá ser desenvolvido um projeto que inclui um questionário sobre os estilos de vida dos estudantes. Antes de usar este questionário, é necessário testá-lo para garantir que é claro e adequado. Este teste inicial chama-se pré-teste.

O questionário foi construído de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade do seu educando. Todos os procedimentos serão conduzidos de acordo com as diretrizes éticas inerentes. A participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Assim, solicito que preencha e devolva o destacável em anexo, através do(a) seu(sua) educando(a), até ao próximo dia 05 de abril de 2024.

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Cátia Seabra

Eu, _____,
_____, na qualidade de Encarregado(a) de Educação do(a)
aluno(a) _____

_____, do 11º Ano, turma _____, autorizo a
participação do(a) meu(minha) educando(a) no pré-teste de um questionário
destinado à validação de um instrumento de pesquisa.

ANEXO VIII- CONSENTIMENTO INFORMADO PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO NA POPULAÇÃO-ALVO

Consentimento Informado

Exmo.(a) Sr.(a) Encarregado(a) de Educação,

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem do Porto, irá ser desenvolvido que tem um projeto que inclui um questionário que tem como finalidade identificar os estilos de vida dos estudantes, com o objetivo de implementar um projeto de educação para a saúde nas áreas que demonstrarem maior necessidade de intervenção.

O questionário foi construído de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade do seu educando e todos os procedimentos serão conduzidos de acordo com as diretrizes éticas inerentes. A participação do seu educando é voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Assim, solicito que preencha e devolva o destacável em anexo, através do seu educando, até ao próximo dia 12 de Abril de 2024.

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Cátia Seabra

Eu, _____
_____, na qualidade de Encarregado(a) de Educação do(a)
aluno(a) _____
_____, do 11º Ano, turma_____, autorizo a
participação do(a) meu(minha) educando(a) para a sua participação no referido
questionário

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estilos de vida dos adolescentes de uma escola da região norte de Portugal - projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública

ANEXO IX- MATERIAL FORNECIDO EM PARCERIAS



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estilos de vida dos adolescentes de uma escola da região norte de Portugal - projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública

ANEXO X- SACO DE COMPRIMIDOS ANTI-STRESS



Frases que contém os comprimidos:

- Respira fundo. Cada inspiração é uma oportunidade para libertares a tensão e encontrares paz.
- Lembra-te: as tempestades mais fortes não duram para sempre. Acalma o teu coração e confia no processo.
- Cada dia traz uma nova oportunidade para recomeçares com mais serenidade.
- Tudo o que precisas está aqui, no momento presente. Relaxa e sente.
- Mesmo os dias difíceis ensinam a importância de parar e respirar.

ANEXO XI- APRESENTAÇÃO DA ATIVIDADE 1- JOGO “ A ROTA DO SONO”





Dormir mais de 12 horas por dia é recomendado para adolescentes.

VERDADEIRA

FALSA



A prática de atividade física até 1 hora antes de dormir ajuda a alcançar um sono profundo mais rapidamente.

VERDADEIRA

FALSA



O consumo de alimentos ricos em triptofano, como banana, leite e nozes, pode ajudar na síntese de melatonina, regulando o sono.

VERDADEIRA

FALSA



Sestas curtas (menos de 30 minutos) podem ajudar a restaurar a energia sem interferir no sono noturno, se realizadas antes das 16h.

VERDADEIRA

FALSA



Bebidas energéticas não têm impacto na qualidade do sono.

VERDADEIRA

FALSA



Dormir em horários inconsistentes não afeta o funcionamento do relógio biológico, desde que o tempo total de sono seja suficiente.

VERDADEIRA

FALSA



A exposição à luz azul antes de dormir ajuda a relaxar e induz o sono.

VERDADEIRA

FALSA



A exposição à luz natural pela manhã aumenta a ajuda na produção de melatonina à noite.

VERDADEIRA

FALSA



ANEXO XII- APRESENTAÇÃO DA ATIVIDADE 2- JOGO “O STRESS”

1 - Verdadeiro ou falso O stress pode ser benéfico em situações de perigo.	
☒ Verdadeiro	✓
☐ Falso	✗
2 - Verdadeiro ou falso Elevados níveis de cortisol durante elevado período de tempo podem ser prejudiciais para o organismo.	
☒ Verdadeiro	✓
☐ Falso	✗
3 - Verdadeiro ou falso O colapso dos mecanismos de defesa ocorre durante a fase de exaustão.	
☒ Verdadeiro	✓
☐ Falso	✗
4 - Verdadeiro ou falso Adolescentes com baixa resiliência têm menor predisposição ao stress.	
☒ Verdadeiro	✗
☐ Falso	✓
5 - Verdadeiro ou falso O stress não tem impacto significativo nas funções cognitivas dos adolescentes.	20 seg.
☒ Verdadeiro	✗
☐ Falso	✓
6 - Verdadeiro ou falso A atividade física competitiva é recomendada para aliviar o stress.	
☒ Verdadeiro	✗
☐ Falso	✓
7 - Verdadeiro ou falso O mindfulness tem como objetivo promover a aceitação e o julgamento das experiências vividas.	
☒ Verdadeiro	✗
☐ Falso	✓

ANEXO XIII- PLANO DE SESSÃO DA ATIVIDADE 3- “ A ROTA DO SONO

Escola Básica e Secundária	Data: 01/2025	População-alvo: Estudantes do 12º ano	Hora:10h	Duração: 90min
Objetivo Geral	Aumentar o conhecimento dos estudantes sobre o sono.			

	Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	Apresentar as temáticas a abordar na sessão Motivar para a sessão	Apresentação da temática da sessão	Expositivo	Computador Projektor	15 min	Observação, feedback dos participantes
Desenvolvimento	Relembrar o conceito de sono Compreender a regulação neurológica e hormonal do sono. Compreender as funções do sono Relembrar o número de horas recomendadas de sono Identificar os fatores que influenciam o sono de forma negativa Reconhecer os impactos da privação de sono: na saúde física, mental e desempenho escolar. Identificar de promoção de hábitos de sono saudáveis .	Definição de sono Regulação neurológica e hormonal do sono. Funções do sono Horas recomendadas de sono Fatores que influenciam o sono de forma negativa Impactos da privação de sono: na saúde física, mental e desempenho escolar. Estratégias de promoção de hábitos de sono saudáveis	Expositivo e ativo	Computador Projektor	45 min	Observação feedback dos participantes
Conclusão	Sintetizar os conteúdos. Relembrar os conteúdos apresentados Responder às questões apresentadas no jogo Responder ao questionário de satisfação	Resumo dos pontos principais; Jogo “A Rota do Sono” Aplicação de um questionário de avaliação da sessão	Expositivo e ativo	Computador Projektor Cartões verdes e vermelhos	30 min	Observação feedback dos participantes Questões do jogo “A Rota do Sono” Questionário de satisfação da atividade

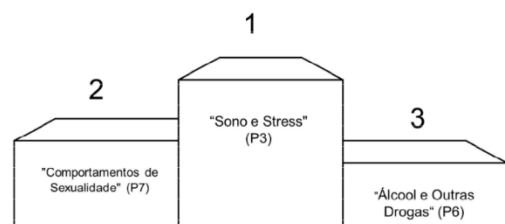
Alternativas: Caso exista algum problema técnico fornecer o conteúdo em papel.

Estilos de vida dos adolescentes de uma escola da região norte de Portugal - projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública

[illegible][illegible]

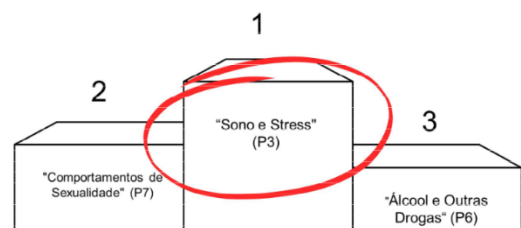
Domínios da Escala	Média	Intervalo da Escala	
		Mínimo	Máximo
F-Família e Amigos	3,48	0	4
A-Atividade física /Associativismo	3,67	0	6
N-Nutrição	3,58	0	6
T-Tabaco	3,69	0	4
Á-Álcool e Outras Drogas	8,7	0	12
S-Sono e Stress	3,51	0	6
T-Tipo de Personalidade/Escola	3,14	0	6
I-Introspeção	3	0	5
C-Comportamentos de Saúde e Sexualidade	4,62	0	6
O-Outros Comportamentos	3,51	0	4

Estilo de vida FANTÁSTICO	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Necessita melhorar (0-46)	1	2,9
Regular (47-72)	6	17,1
Bom (73-84)	11	31,4
Muito Bom (85-102)	17	48,6
Excelente (103-120)	0	0
Total	35	100



Problemas	Comparação por Pares							Valor final	Porcentagem %
P1	P1	P1	P1	P1	P1	P1	P1	P1=2	16,7
	P2	P3	P4	P5	P6	P7			
P2	P2	P2	P2	P2	P2	P2		P2=3	25%
	P1	P3	P4	P5	P6	P7			
P3	P3	P3	P3	P3	P3	P3		P3=6	50%
	P1	P2	P4	P5	P6	P7			
P4	P4	P4	P4	P4	P4	P4		P4=0	0%
	P1	P2	P3	P5	P6	P7			
P5	P5	P5	P5	P5	P5	P5		P5=1	8,3%
	P1	P2	P3	P4	P6	P7			
P6	P6	P6	P6	P6	P6	P6		P6=4	33,3%
	P1	P2	P3	P4	P5	P7			
P7	P7	P7	P7	P7	P7	P7		P7=5	41,7%
	P1	P2	P3	P4	P5	P6			

P1- Percentil de IMC
P2- Comportamentos de Procura de Saúde
P3- Sono e Stress
P4- Introspeção
P5- Tipo de Personalidade/Escola
P6- Alcool e Outras Drogas
P7- Comportamentos de Saúde e Sexualidade

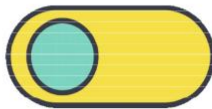




DEFINIÇÃO DE SONO

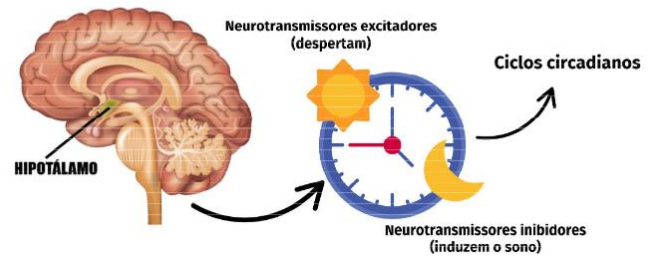
É um estado natural e essencial para o organismo.

Acordado
Ligado



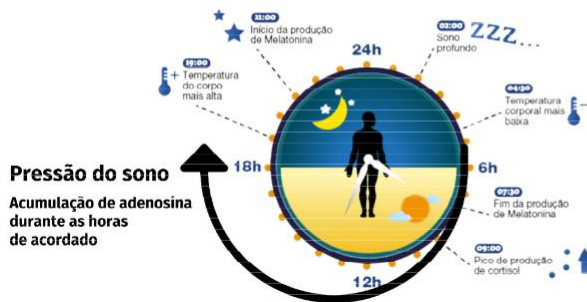
Adormecido
Desligado

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA E HORMONAL DO SONO



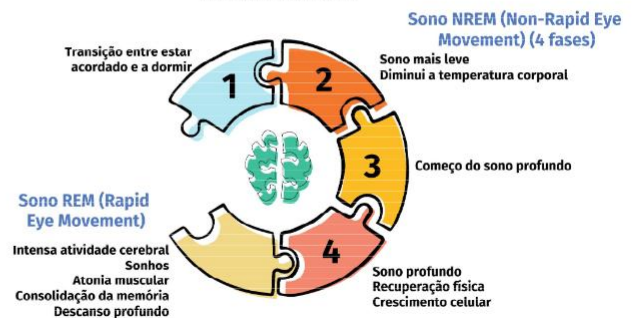
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA E HORMONAL DO SONO

Ciclo circadiano



REGULAÇÃO NEUROLÓGICA E HORMONAL DO SONO

As Fases do Sono



FUNÇÕES DO SONO



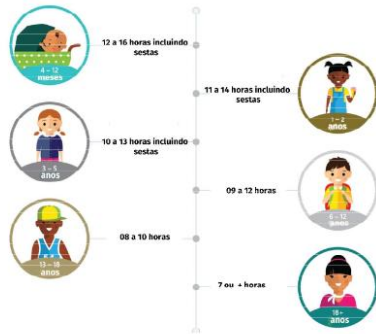
FUNÇÕES DO SONO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estilos de vida dos adolescentes de uma escola da região norte de Portugal - projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública

HORAS RECOMENDADAS DE SONO



FATORES QUE INFLUENCIAM O SONO DE FORMA NEGATIVA

Biológicos

A secreção tardia de melatonina que leva a adormecer e acordar mais tarde.



Sociais

Pressão escolar: horários, trabalhos, exames...

Saídas noturnas.



FATORES QUE INFLUENCIAM O SONO DE FORMA NEGATIVA

Comportamentais

O consumo de substâncias estimulantes, tais como bebidas energéticas, café, álcool, drogas e tabaco.

Uso de dispositivos eletrónicos antes de dormir, a exposição à luz azul reduz a produção de melatonina.



IMPACTO DA PRIVAÇÃO DE SONO

Saúde Física



Aumento do apetite e redução de saciedade, que favorece a obesidade.



Redução da motivação e energia, limitando a prática de atividade física.



Fragilidade imunológica, aumentando a suscetibilidade a doenças.

IMPACTO DA PRIVAÇÃO DE SONO

Saúde Mental



Aumento dos níveis de ansiedade, depressão e stress.



Dificuldade em gerir emoções, resultando em comportamentos agressivos ou impulsivos.

IMPACTO DA PRIVAÇÃO DE SONO

Desempenho Escolar



Dificuldade na consolidação de memórias, especialmente durante o sono REM.



Redução da concentração e atenção, comprometendo a capacidade de aprendizagem.



Maior impulsividade e menor capacidade de resolução de problemas.



ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Criar e Manter uma Rotina de Sono Regular

Escolher um horário realista e mantê-lo, mesmo aos fins de semana.

Dormir 8 a 10h por noite.



ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Praticar Atividade Física Regularmente

Dedicar 30-60 minutos a atividade física moderada, como caminhada, corrida, dança ou natação.

Evitar atividade física intensa nas 2-3 horas antes de dormir, pois podem aumentar os níveis de adrenalina e dificultar o relaxamento.



ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Exposição à Luz Natural

Passar pelo menos 30 minutos ao ar livre, especialmente de manhã.

Manter as janelas abertas, sempre que possível.



ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Evitar Sestas Prolongadas

Limitar as sestas a 20-30 minutos, preferencialmente no início da tarde.

Evitar dormir após as 16h para não interferir no sono noturno.



Estratégias de promoção de hábitos de sono saudáveis

Evitar Refeições Pesadas e Estimulantes à Noite

Fazer uma refeição leve à noite (evitar alimentos gordurosos ou muito condimentados).

Evitar cafeína (chá preto, café, refrigerantes) e bebidas energéticas.

Incluir na dieta alimentos ricos em triptofano (como banana, leite ou nozes) que ajudam na produção de melatonina.



ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Evitar a Ingestão de Líquidos Antes de Dormir

Beber muita água durante o dia, para não sentir tanta sede à noite.

Limitar a ingestão de líquidos nas 2-3 horas antes de dormir.



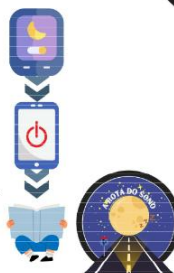
ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Evitar o Uso de Tecnologias Antes de Dormir

Ativar o "modo noturno" ou usar filtros de luz azul.

Desligar os dispositivos 1-2 horas antes de dormir.

Substituir o uso dos ecrãs por atividades relaxantes.



ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Criar uma Rotina Relaxante Antes de Dormir

Meditar.
Realizar Exercícios de respiração profunda.
Tomar um banho morno.
Ler um livro.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estilos de vida dos adolescentes de uma escola da região norte de Portugal - projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE SONO SAUDÁVEIS

Gerir o Ambiente de Sono

Garantir que o quarto esteja silencioso.

Manter a temperatura entre 18-20 °C para maior conforto.

Garantir que o quarto esteja escuro.



Em síntese...



Jogo A ROTA DO SONO



Regras DO Jogo



Regras DO Jogo

Cartão verde se a resposta for "Verdadeira"



Cartão vermelho se a resposta for "Falsa"



Têm 30 segundos para levantar o cartão com a resposta correta.



Preparados?



Vamos iniciar A ROTA DO SONO



25



A hidratação antes de dormir é irrelevante, já que o corpo não utiliza água durante o sono.

VERDADEIRA

FALSA



A hidratação antes de dormir é irrelevante, já que o corpo não utiliza água durante o sono.

FALSA



25



Durante a adolescência, há uma predisposição biológica para adormecer e acordar mais tarde.

VERDADEIRA

FALSA



Durante a adolescência, há uma predisposição biológica para adormecer e acordar mais tarde.

VERDADEIRA



25



Dormir mais de 12 horas por dia é recomendado para adolescentes.

VERDADEIRA

FALSA



Dormir mais de 12 horas por dia é recomendado para adolescentes.

FALSA



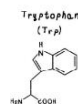
25



O consumo de alimentos ricos em triptofano, como banana, leite e nozes, pode ajudar na síntese de melatonina, regulando o sono.

VERDADEIRA

FALSA





O consumo de alimentos ricos em triptofano, como banana, leite e nozes, pode ajudar na síntese de melatonina, regulando o sono.

VERDADEIRA



A prática de atividade física até 1 hora antes de dormir ajuda a alcançar um sono profundo mais rapidamente.

VERDADEIRA



FALSA



A prática de atividade física até 1 hora antes de dormir ajuda a alcançar um sono profundo mais rapidamente.

FALSA



Sestas curtas (menos de 30 minutos) podem ajudar a restaurar a energia sem interferir no sono noturno, se realizadas antes das 16h.

VERDADEIRA



FALSA



Sestas curtas (menos de 30 minutos) podem ajudar a restaurar a energia sem interferir no sono noturno, se realizadas antes das 16h.

VERDADEIRA



Bebidas energéticas não têm impacto na qualidade do sono.

VERDADEIRA



FALSA



Bebidas energéticas não têm impacto na qualidade do sono.

FALSA



A exposição à luz azul antes de dormir ajuda a relaxar e induz o sono.

VERDADEIRA



FALSA



A exposição à luz azul antes de dormir ajuda a relaxar e induz o sono.

FALSA

Dormir em horários inconsistentes não afeta o funcionamento do relógio biológico, desde que o tempo total de sono seja suficiente.

VERDADEIRA

FALSA

Dormir em horários inconsistentes não afeta o funcionamento do relógio biológico, desde que o tempo total de sono seja suficiente.

FALSA

A exposição à luz natural pela manhã aumenta a ajuda na produção de melatonina à noite.

VERDADEIRA

FALSA

A exposição à luz natural pela manhã aumenta a ajuda na produção de melatonina à noite.

VERDADEIRA



Obrigada
PELA
Vossa atenção!



ANEXO XV- PLANO DE SESSÃO DA ATIVIDADE 4 -“RELAXA A MENTE”

Escola Básica e Secundária	Data:01/2025	População-alvo: Estudantes do 12º ano	Hora: 10h	Duração 90min
Objetivo Geral:	Aumentar o conhecimento dos estudantes sobre o stress.			

	Objetivos específicos	Conteúdos	Métodos	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	Apresentar as temáticas a abordar na sessão Motivar para a sessão	Apresentação da temática do sessão	Expositivo	Computador Projector	15 min	Observação, feedback dos participantes
Desenvolvimento	Relembrar o conceito de stress Compreender os mecanismos biológicos do stress Compreender as fases do desenvolvimento do Stress Compreender os fatores de stress na adolescência Compreender o impacto do stress na adolescência. Identificar estratégias para a gestão do stress. Treinar habilidades de Mindfulness	Conceito de Stress Mecanismos biológicos do stress Fases do desenvolvimento do Stress Fatores de stress na Adolescência Impacto do Stress na Adolescência Estratégias de Gestão do Stress. Atividade Mindfulness	Expositivo e ativo	Computador Projector	45 min	Observação feedback dos participantes
Conclusão	Sintetizar os conteúdos. Relembrar os conteúdos apresentados Responder às questões apresentadas no jogo Responder ao questionário de satisfação Distribuir sacos de comprimidos anti-stress Distribuir bolas anti stress	Síntese dos conteúdos da sessão Jogo “O stress” Aplicação de um questionário de avaliação da sessão	Expositivo e ativo	Computador Projector Cartões verdes e vermelhos Bolas anti stress Sacos com comprimidos de frases motivacionais	30 min	Observação feedback dos participantes Questões do jogo “O stress” Questionário de satisfação da atividade

Alternativas: Caso exista algum problema técnico fornecer o conteúdo em papel.

ANEXO XVI- APRESENTAÇÃO DA ATIVIDADE 4- “RELAXA A MENTE”



Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde
Pública
2024/2025



Relaxa a Mente

Cátia Seabra ep11458



Sumário

1- Conceito de Stress

2- Mecanismos Biológicos do stress

3- Fases do Desenvolvimento do Stress

4- Fatores de stress na Adolescência

5- Impacto do Stress na Adolescência

6- Estratégias de Gestão do Stress.

7- Atividade Mindfulness



Jogo

Relaxa a Mente



1- Conceito de Stress



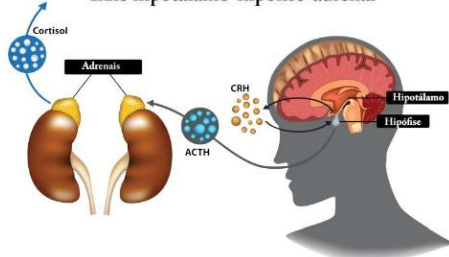
Estado de tensão mental ou preocupação diante de situações adversas, essencial para a sobrevivência.

2-Mecanismos Biológicos do Stress



2-Mecanismos Biológicos do Stress

Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal



3-Fases do Desenvolvimento do Stress

Modelo da Síndrome de Adaptação Geral



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estilos de vida dos adolescentes de uma escola da região norte de Portugal - projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública

3-Fases do Desenvolvimento do Stress Modelo da Síndrome de Adaptação Geral

1- Reação de alarme

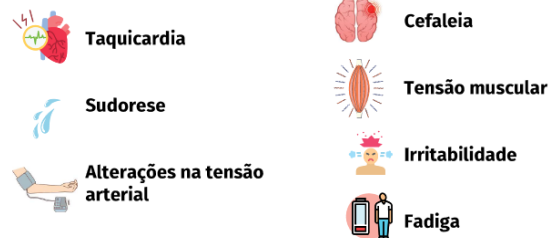


Resposta inicial ao stress com ativação do sistema nervoso simpático e alterações fisiológicas intensas.

3-Fases do Desenvolvimento do Stress Modelo da Síndrome de Adaptação Geral

1- Reação de alarme

Sintomas



3-Fases do Desenvolvimento do Stress Modelo da Síndrome de Adaptação Geral

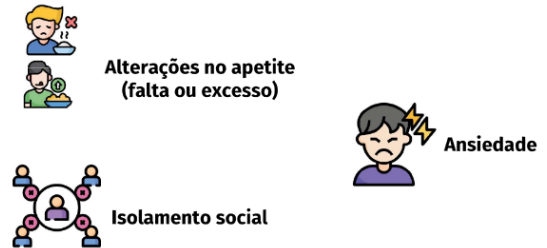
2- Resistência



Adaptação do organismo ao estímulo continuado, com aumento da ansiedade e redução de recursos adaptativos.

3-Fases do Desenvolvimento do Stress Modelo da Síndrome de Adaptação Geral

Sintomas



3-Fases do Desenvolvimento do Stress Modelo da Síndrome de Adaptação Geral

3- Exaustão



Colapso dos sistemas fisiológicos e aumento do risco de patologias graves devido ao stress persistente.

3-Fases do Desenvolvimento do Stress Modelo da Síndrome de Adaptação Geral

Sintomas



3-Fases do Desenvolvimento do Stress Modelo da Síndrome de Adaptação Geral

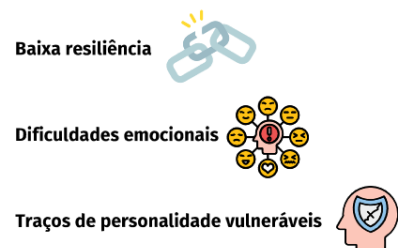
Consequências

Doenças crónicas:



4-Fatores de Stress na Adolescência

Fatores Intrínsecos



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estilos de vida dos adolescentes de uma escola da região norte de Portugal - projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública

4-Fatores de Stress na Adolescência Fatores Extrínsecos

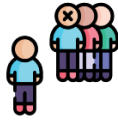


Pressão escolar

Conflitos familiares



Discriminação social



5- Impacto do Stress na Adolescência



Alterações no ritmo circadiano

Dificuldades de concentração



5- Impacto do Stress na Adolescência

Comportamentos de risco:



Uso de substâncias aditivas

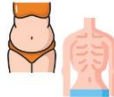
Práticas sexuais inseguras



Violência



Transtornos alimentares



5- Impacto do Stress na Adolescência

Consequências



Ansiedade



Depressão

Suicídio



6-Estratégias de Gestão do Stress

Alimentação equilibrada



Atividade física não competitiva



6-Estratégias de Gestão do Stress

Dormir as horas recomendadas para a idade



Mindfulness



6-Estratégias de Gestão do Stress

Mindfulness

Atenção plena, centrada no momento presente e livre de julgamentos.



6-Estratégias de Gestão do Stress

Mindfulness

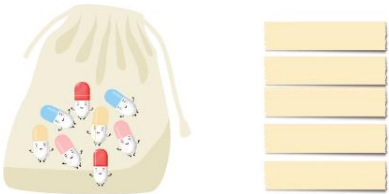
Promove a autorregulação emocional e cognitiva.





Estratégias de Gestão do Stress

Saco de comprimidos anti-stress



Estratégias de Gestão do Stress

Bolas anti-stress



Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde
Pública
2024/2025

**Obrigada
PELA**
Vossa atenção!



ANEXOS XVII- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA ATIVIDADE 3

Questionário de satisfação- Atividade 3- “A Rota do sono”

Este questionário é anónimo, confidencial e voluntário. Os dados recolhidos serão utilizados para fins de investigação académica, respeitando as políticas de ética e proteção de dados.

O tempo estimado para preenchimento é de 1 minuto. Por favor, assinala com um X a resposta que melhor se adequa a ti, em que 1 corresponde a “discordo totalmente”, 2 a “discordo”, 3 a “nem concordo nem discordo”, 4 a “concordo” e 5 a “concordo totalmente”.

Agradeço a tua participação e estou disponível para esclarecimentos adicionais através do e-mail ep11448@esenf.pt.

	Concordo totalmente 5	Concordo 4	Não concordo nem discordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
A temática abordada foi importante.					
Aprendi coisas novas com esta atividade.					
A sessão foi bem estruturada e dinâmica					
A duração da atividade foi adequada.					
A formadora demonstrou conhecimento e domínio sobre o tema abordado.					
A formadora foi empática e acolhedora.					
Sugestões.					

ANEXO XVIII- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA ATIVIDADE 4- “RELAXA A MENTE!

Questionário de satisfação- Atividade 4- “Relaxa a mente”

Este questionário é anónimo, confidencial e voluntário. Os dados recolhidos serão utilizados para fins de investigação académica, respeitando as políticas de ética e proteção de dados.

O tempo estimado para preenchimento é de 1 minuto. Por favor, assinala com um X a resposta que melhor se adequa a ti, em que 1 corresponde a “discordo totalmente”, 2 a “discordo”, 3 a “nem concordo nem discordo”, 4 a “concordo” e 5 a “concordo totalmente”.

Agradeço a tua participação e estou disponível para esclarecimentos adicionais através do e-mail ep11448@esenf.pt.

	Concordo totalmente 5	Concordo 4	Não concordo nem discordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
A temática abordada foi importante.					
Aprendi coisas novas com esta atividade.					
A sessão foi bem estruturada e dinâmica					
A duração da atividade foi adequada.					
A formadora demonstrou conhecimento e domínio sobre o tema abordado.					
A formadora foi empática e acolhedora.					
Sugestões.					