



**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
– ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

**“Estilo de Vida dos Estudantes do Ensino
Superior no Distrito de Viseu”**

Vera Lúcia Oliveira Cordeiro

Coimbra, julho de 2023

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
– ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

**“Estilo de Vida dos Estudantes do Ensino
Superior no Distrito de Viseu”**

Vera Lúcia Oliveira Cordeiro

Orientador: Professor Doutor Armando Manuel Marques
Silva, Professor Adjunto, Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior
de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem Comunitária – Área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Coimbra, julho de 2023

“Se você não for atrás do que deseja, nunca o terá.
Se você não perguntar, a resposta será sempre não.
Se você não der um passo em frente, estará sempre no mesmo lugar.”
Nora Roberts

Agradecimentos

“Agradecer é também mostrar respeito, demonstrar apreço e reconhecimento por quem nos estende a mão” (autor desconhecido), deste modo não posso deixar de agradecer a todos quantos me apoiaram nesta caminhada.

Agradeço à minha família que está sempre presente em todos os momentos da minha vida e me apoia em todos os desafios que vou colocando a mim própria, principalmente à minha mãe que me substitui muitas vezes em todas as tarefas que seria suposto ser eu a desempenhar. À minha irmã que está sempre ao meu lado, com preocupação genuína e um cuidar que dificilmente conseguirei algum dia retribuir. Aos meus irmãos, pelo papel importante que têm na minha vida, cada um à sua maneira.

À minha filha Laura, que mesmo sem saber, é o motor que me faz andar, é a energia que move o meu corpo e me faz acreditar sempre nas minhas capacidades e no melhor de mim.

Agradeço ao Nuno, por todo o apoio dado e compreensão.

Ao Professor Doutor Armando Silva, que esteve sempre disponível para me ajudar neste processo, nunca negando ajuda, mesmo depois de já ter explicado dúzias de vezes as mesmas coisas. Guardá-lo-ei no coração. E aos Enfermeiros Paula Santos e Rui Dionísio, pela forma tão simpática como me receberam nas suas unidades, proporcionando-me excelentes momentos de aprendizagem.

Às minhas colegas de mestrado, por nunca me terem deixado desistir, mesmo quando essa seria a escolha mais fácil e me deram sempre o impulso necessário para chegar a este momento, especialmente à Adriana Ventura, à Vera Cruz e à Rute Lopes, esta última companheira de todos os ensinamentos clínicos. Obrigada por todos os momentos, por todas as conversas e partilhas.

À minha colega de serviço e amiga Kátia Oliveira, por todos os desabafos ouvidos, confidências e apoio dado, assim como à Geisa Oliveira, amiga que está sempre ao meu lado e disponível para me ouvir.

E a ti meu pai, minha estrela guia.... Principalmente a ti, que fizeste de mim a pessoa que sou hoje, que tantos sacrifícios fizeste para que alcançasse o sonho de ser enfermeira. A ti que amei com toda a minha força, que abracei vezes sem conta, mas que agora parecem ter sido tão poucas. A ti que me “davas na cabeça” para fazer melhor escolhas, a ti que me ensinaste a ser melhor pessoa. Esta conquista também é tua. Amar-te-ei para todo o sempre!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACESPIN – Agrupamento de Centros de Saúde do Pinham Interior Norte

AE – Agrupamento de Escolas

AEV – Agrupamento de Escolas de Vouzela

AEVNP – Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Poiares

ARS – Administração Regional de Saúde

ATOD – Álcool, tabaco e outras drogas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CJSFA – Comunidade Juvenil São Francisco de Assis

CMV – Câmara Municipal de Vouzela

CMVP – Câmara Municipal de Vila Nova de Poiares

COSI – Childhood Obesity Surveillance

CPCJVNP – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Vila Nova de Poiares

DCNT – Doenças crónicas não transmissíveis

DGES – Direção Geral do Ensino Superior

DGS – Direção Geral de Saúde

ELI – Equipa Local de Intervenção

ERPI's – Estruturas Residenciais para Idosos

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

EsV – Estilos de vida

EV – Estilo de vida

GATO/A – Gabinete de Apoio ao Aluno/a

GNR – Guarda Nacional Republicana

IMC – Índice de massa corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPDJ – Instituto Português do Desporto e Juventude

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

Km² – Quilómetros quadrados

MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NUT – Numenclatura das Unidades Territoriais

OCDE – European Observatory on Health Systems and Policies

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OiRA – Online interactive Risk Assessment

OMS – Organização Mundial de Saúde

RESUMO

O presente Relatório de Estágio refere-se ao Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Com este relatório pretende-se descrever, assim como refletir sobre as atividades desenvolvidas no ensino clínico, no âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, assim como no domínio da componente de investigação associada, com o tema Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior no Distrito de Viseu.

Com a entrada no ensino superior ocorrem mudanças a vários níveis, com desenvolvimento de novas rotinas e exigências, que conduzem a mudanças de hábitos de vida, em que os estudantes passam a ter um papel mais ativo sobre as suas escolhas. É também uma fase do desenvolvimento pessoal importante, em que assumem mais responsabilidades no que à sua saúde diz respeito, tal como sobre os hábitos alimentares, prática de exercício físico, relacionamentos, entre outros campos da esfera individual de cada um.

Neste âmbito foi realizado um trabalho de investigação, cujo o objetivo geral do estudo foi contribuir para o conhecimento do estilo de vida (EV) dos estudantes do ensino superior no Distrito de Viseu. Realizou-se um estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratório: descritivo - correlacional, transversal, com uma amostra não probabilística, constituída por 244 participantes. Para a recolha dos dados utilizou-se como instrumento um questionário com duas partes, sendo a primeira de caracterização sociodemográfica e clínica, e a segunda de caracterização do EV, com recurso ao questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” de Silva, Brito e Amado (2014).

Neste estudo, os domínios do EV em que os estudantes obtiveram menor score, foram “Trabalho/Tipo de personalidade” e “Atividade física/Associativismo”, e os itens mais deficitários foram: “Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo ativamente”, “Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente”, “Eu fumo cigarros”, “Sinto que ando acelerado e/ou atarefado”, “Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde” e “Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade”.

Além disso, o EV foi influenciado pelas seguintes variáveis: género, idade e índice de massa corporal (IMC), assim como pela autoestima, bem-estar psicológico e satisfação com a imagem corporal. Também o ano curricular frequentado, a área de curso e o número de matrículas foram influenciadores do score do EV global, tal como o número de saídas para atividades recreativas e o dinheiro gasto nessas atividades.

Os resultados do estudo realizado são importantes para o desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária e saúde pública, objetivando a melhoria do EV dos estudantes do ensino superior no Distrito de Viseu, com impacto potencialmente relevante na sua saúde.

Palavras-chave: estilo de vida, promoção da saúde, estudantes do ensino superior, enfermagem

ABSTRACT

This Internship Report refers to the Community and Public Health Nursing Internship, carried out within the scope of the 1st Master's Degree Course in Community Nursing - Community Health and Public Health Nursing area of the Nursing School of Coimbra (ESEnfC).

This report aims to describe, as well as reflect on the activities developed in clinical teaching, within the scope of the specific competences of the Specialist Nurse in Community Nursing and Public Health, as well as in the field of the associated research component, with the theme Lifestyles of Higher Education Students in the District of Viseu.

With the entry into higher education, changes occur at various levels, with the development of new routines and demands, which lead to changes in lifestyle habits, in which students take a more active role in their choices. It is also an important phase of personal development, in which they take more responsibility for their health, such as eating habits, physical exercise, relationships, among other fields of the individual sphere of each one.

In this context, a research work was carried out, whose general objective of the study was to contribute to the knowledge of the lifestyle (LS) of higher education students in the District of Viseu. A quantitative, exploratory, descriptive-correlational, cross-sectional study was carried out with a non-probabilistic sample of 244 participants. For data collection, a questionnaire with two parts was used as an instrument, the first of sociodemographic and clinical characterization, and the second of VS characterization, using the "FANTASTIC Lifestyle" questionnaire by Silva, Brito and Amado (2014).

In this study, the domains of the VS in which students obtained the lowest score were "Work/Personality type" and "Physical activity/Associativeness", and the most deficient items were: "I am a member of a community and/or self-help group (chronically ill, volunteers, religion, sports or others) and I actively participate", "I eat two servings of vegetables and three servings of fruit daily", "I smoke cigarettes", "I feel that I walk fast and/or busy", "I perform periodic health status assessment tests" and "I talk to partner and/or family about sexuality topics".

In addition, EV was influenced by the following variables: gender, age and body mass index (BMI), as well as by self-esteem, psychological well-being and body image satisfaction. Also, the year attended, the course area and the number of enrollments were influential on the overall EV score, as well as the number of outings for recreational activities and the money spent on these activities.

The results of the study are important for the development of community intervention and public health projects, aiming at improving the BS of higher education students in the District of Viseu, with a potentially relevant impact on their health.

Keywords: lifestyle, health promotion, higher education students, nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Brasão de VNP	23
Figura 2 – Mapa de VNP	23
Figura 3 – Rede de estradas de VNP	23
Figura 4 – Pirâmide populacional de VNP	26
Figura 5 – Logótipo da UCCPP	27
Figura 6 – Pirâmide de utentes inscritos na UCCPP	29
Figura 7 – Mapa de Vouzela	33
Figura 8 – Pirâmide populacional de Vouzela	34
Figura 9 – Brasão de Vouzela	34
Figura 10 – Logótipo do ACESDL	36
Figura 11 – Pirâmide de utentes inscritos na USPV	37
Figura 12 – Interação dos determinantes da saúde	63
Figura 13 – Modelo de Dahlgren e Whitehead	63
Figura 14 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	68
Figura 15 – “Matriz de decisão clínica do MAIEC”	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Missão, visão e valores da UCCPP	29
Tabela 2 – Missão, visão e valores da USPV	36
Tabela 3 – Etapas de planeamento e avaliação do projeto	54
Tabela 4 - Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo o género	77
Tabela 5 - Estatística resumo da idade	77
Tabela 6 - Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo a deslocação do seu local de residência	77
Tabela 7 - Distribuição absoluta e percentual da amostra de acordo com quem vivem os deslocados da residência habitual	78
Tabela 8 - Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo o trabalhar para além de estudar	78
Tabela 9 - Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo a instituição de ensino	78
Tabela 10 - Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo a área de estudo frequentada	79
Tabela 11 - Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo o ano curricular	79
Tabela 12 - Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo as habilitações literárias dos pais	80
Tabela 13 - Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo o rendimento do agregado familiar.	80
Tabela 14 - Estatística resumo da média e desvio padrão, do número de saídas à noite para atividades recreativas por semana e quanto gasta por noite	81
Tabela 15 - Estatística resumo dos valores do IMC	81
Tabela 16 - Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo o IMC categorizado	81
Tabela 17 - Distribuição absoluta e percentual da amostra sobre a satisfação com a imagem corporal	82
Tabela 18 - Estatística resumo da média e desvio padrão de autoestima global e de bem-estar psicológico (N=244)	82

Tabela 19 - Estatística resumo da amostra, segundo o EV global.	82
Tabela 20 - Distribuição absoluta e percentual da amostra perante a categorização do EV em 5 categorias	83
Tabela 21 - Distribuição absoluta e percentual da amostra perante a categorização do EV como adequado e inadequado	83
Tabela 22 - Média e desvio padrão dos domínios do EV “FANTÁSTICO”	84
Tabela 23 - Distribuição da percentagem de resposta aos itens do EV “FANTÁSTICO”	84
Tabela 24 - Resultados da aplicação do Teste t student ao EV global em função do género	88
Tabela 25 - Correlação de Pearson entre o EV global e as variáveis: idade, IMC, autoestima, bem-estar, números de saídas à noite para atividade recreativas, gastos em média por noite e número de matrículas	89
Tabela 26 - Resultados da aplicação do Teste t student ao EV global em função da satisfação com a imagem corporal	89
Tabela 27 - Resultados da aplicação do teste ANOVA ao EV global, em função da instituição de ensino	90
Tabela 28 - Resultados da aplicação do teste ANOVA ao EV, em função da área de estudo	90
Tabela 29 - Resultados da aplicação do teste ANOVA ao EV global, em função do ano curricular	91

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
CAPÍTULO I	22
1 - CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	22
1.1 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE POR POIARES	22
1.1.1 - Caraterização geodemográfica	22
1.1.2 - Descrição da Unidade de Cuidados na Comunidade Por Poiares	26
1.1.3 - Caraterização dos problemas de saúde na comunidade de Vila Nova de Poiares	30
1.2 - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE VOUZELA	32
1.2.1 - Caraterização geodemográfica	32
1.2.2 - Descrição da Unidade de Saúde Pública de Vouzela	35
1.2.3 - Caraterização dos problemas de saúde da comunidade de Vouzela	38
CAPÍTULO II	40
2 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	40
2.1 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE POR POIARES	40
2.2 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE VOUZELA	45
CAPÍTULO III	53
3 - INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM	53
3.1 - PLANEAMENTO EM SAÚDE	53
3.2 - REVISÃO DA LITERATURA	55
3.2.1 - Estilo de vida e Promoção da Saúde	55
3.2.2 - Estilo de vida dos estudantes do ensino superior	61
3.2.3 - Avaliação do estilo de vida	64
3.2.4 - Promoção da Saúde e Modelos Concetuais	66
3.3 – METODOLOGIA	70
3.3.1 - Desenho do estudo	71
3.3.2 - Participantes	71
3.3.3 - Objetivos	71
3.3.4 - Variáveis	71
3.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	73
3.5 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA, ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	75

3.6 - QUESTÕES ÉTICAS E PROCEDIMENTOS	76
3.7 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DESCRITIVOS	76
3.7.1 - Caraterização sociodemográfica	76
3.7.2 - Caraterização clínica	81
3.7.3 - Caraterização do estilo de vida	82
3.8 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS INFERENCIAIS	88
3.9 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	91
3.10 - CONCLUSÕES DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	95
CAPÍTULO IV	96
4 - PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	96
4.1 - DESIGNAÇÃO	96
4.2 - ENTIDADE RESPONSÁVEL	96
4.3 - ENQUADRAMENTO/JUSTIFICAÇÃO	96
4.4 - POPULAÇÃO ALVO	97
4.5 - HORIZONTE TEMPORAL	97
4.6 - OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	97
4.7 - ATIVIDADES E CRONOGRAMA	97
4.8 - METODOLOGIA	98
4.9 - INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	98
4.10 - PARCERIAS	99
4.11 - RECURSOS NECESSÁRIOS	99
CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXO I - PRISMA Fluxograma	
ANEXO II – Pedidos de autorização	
ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética	
ANEXO IV – Formulário ARS Centro	
ANEXO V – Guia de Visita às ERPI's	
APÊNDICE I – Cronograma das atividades	
APÊNDICE II – Questionário	

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio refere-se ao Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), decorrido entre 13 de setembro de 2022 e 24 fevereiro de 2023, em dois períodos distintos, na Unidade de Saúde Pública (USP) Dão Lafões – Pólo de Vouzela e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Por Poiares, sob orientação clínica dos Enfermeiros Especialistas Rui Dionísio e Paula Santos, respetivamente, e presença total de 508 horas.

Atualmente, as doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) representam a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, tendo como causa fatores fortemente ligados aos estilos de vida (EsV) individuais, como o exercício físico, a alimentação, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, a qualidade do sono, o stress, o tipo de personalidade, os comportamentos de sexuais, entre outros.

O EV é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um modo de viver baseado em comportamentos, determinados pela conjugação das características pessoais do indivíduo, as condições socioeconómicas e ambientais (World Health Organization [WHO], 1998). Também para Direção Geral de Saúde (DGS), o EV corresponde a um conjunto de hábitos e comportamentos que cada indivíduo adota como resposta às situações do dia-a-dia, sendo apreendidos através da socialização, e reinterpretados e testados constantemente ao longo do ciclo de vida (DGS, 2006). Ainda segundo a DGS (2006), a prática de EsV saudáveis depende não só das próprias características individuais, como sejam as atitudes, os interesses pessoais ou a educação, mas também do grupo onde se está inserido, como a família, o grupo social, o ambiente de trabalho e a comunidade. Outras características devem também ser tidas em conta, como o sistema social, instituições, cultura, regime político e as características ecológicas e geográficas onde o indivíduo habita.

Os estudantes do ensino superior estão expostos a condutas de risco para a sua saúde, devido às novas relações sociais e à adoção de novos comportamentos, que a entrada no ensino superior lhes proporciona, sendo os estudos sobre os EsV desta comunidade escassos (Silva, 2016). Ainda segundo o mesmo autor, o EV que os jovens adotam

influência negativa ou positivamente a sua saúde e bem-estar na idade adulta e velhice, sendo preponderante que alguns fatores sejam introduzidos na transição do ensino secundário para o superior, por este ser um momento de algumas reticências sobre os seus valores, crenças e atitudes, previamente introduzidos pela família na sua educação.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde melhor preparados e posicionados para promover a adoção de EsV, pelo que indo de encontro a um dos objetivos da prática clínica e também ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) na aquisição de competências específicas, foi realizada a avaliação do estado de saúde da comunidade, nomeadamente da comunidade estudantil do ensino superior no Distrito de Viseu.

O tema é pertinente pelo fato da investigação existente ser insuficiente, quanto à evidência do EV dos estudantes do ensino superior, e principalmente que permitam a monitorização e devido acompanhamento da sua evolução durante o desenvolvimento dos estudos, ou seja, desde o momento da entrada no ensino superior, até à sua conclusão, evidenciando a necessidade de intervenções de promoção de EsV saudáveis. Não obstante, a identificação das necessidades de saúde de uma comunidade, é também uma competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária pelo que é esperado que estes desenvolvam programas e projetos de intervenção, objetivando a resolução dos problemas identificados (OE, 2018).

O presente relatório surgiu no contexto acima explanado, e no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do qual fez parte uma componente de investigação, cujo objetivo geral foi contribuir para o conhecimento do estilo de vida (EV) dos estudantes do ensino superior do Distrito de Viseu.

Para a sua redação foram respeitadas as normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEnfC de 2016, estando organizado em quatro capítulos principais, constituídos por vários subcapítulos com a finalidade de apresentar os conteúdos de forma mais clara e organizada. Primeiramente apresentam-se as unidades onde se realizou a prática clínica, assim como as atividades realizadas e competências adquiridas. Seguidamente encontra-se o capítulo de investigação, com a devida fundamentação teórica e os resultados do estudo empírico realizado. Para finalizar encontra-se a conclusão, com uma breve reflexão sobre o percurso efetuado e as devidas referências bibliográficas

CAPÍTULO I

1 - CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

1.1 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE POR POIARES

Segundo a Associação de Unidades de Cuidados para a Comunidade, as UCC têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde, apoio social e psicológico, domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física/funcional, assim como doença, que necessitam de acompanhamento de proximidade, desenvolvendo também atividades de educação para a saúde, integrando redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, compostas por equipas multidisciplinares com enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, assistentes técnicos, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica (UCC Por Poiares [UCCPP], 2022).

1.1.1 - Caracterização geodemográfica

O Concelho de Vila Nova de Poiares (VNP) localiza-se na Região Centro (Nomenclatura das Unidades Territoriais [NUT] II), estando integrado na região de Coimbra (NUT III) e abrangido pela sub-região do Pinhal Interior Norte (NUT III) juntamente com outros 13 concelhos (Câmara Municipal de Vila Nova de Poiares [CMVNP], 2017).

Rodeado pelas serras do Carvalho, de São Pedro Dias e de Magarrufe, assim como dos rios Alva e Mondego, VNP faz fronteira com os concelhos de Coimbra, Miranda do Corvo, Lousã, Góis, Arganil e Penacova (Câmara Municipal de Vila Nova de Poiares [CMVNP], 2017).

É constituído por 4 freguesias (Santo André de Poiares, Arrifana, São Miguel de Poiares e Lavegadas) (Figura 2). A distância da sede do município a Coimbra (distrito) é de 27 km, tendo como principais acessos a Estrada da Beira (Estrada Nacional 17) e o Itinerário Principal 3 (Figura 3). Com apenas cerca de 100 Km², contabiliza 6807 habitantes, dos quais 3197 são homens e 3610 mulheres, e destes 329 são estrangeiros. Com uma população ativa de 3023 indivíduos, tem uma densidade populacional em média de 80,6 pessoas por Km² e um índice de envelhecimento de cerca de 232% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022).



Figura 1 – Brasão de VNP. Fonte: <http://www.cm-vilanovadepoiares.pt/>



Figura 2 - Mapa de VNP. Fonte: CPCJVNP, 2021.

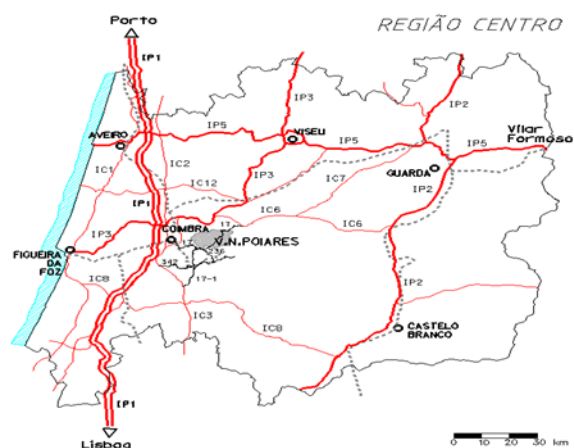


Figura 3 – Rede de estradas de VNP. Fonte: Observatório ACES PIN, 2019

VNP situa-se no centro do distrito, encontrando-se rodeado a norte pelo município de Penacova, a este pelos municípios de Arganil e Góis, a sul pelos municípios de Lousã e Miranda do Corvo e a Oeste pelo município de Coimbra.

Dispõe de duas farmácias no concelho, ambas situadas na freguesia de Santo André de Poiares, uma Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários e uma Associação Empresarial. Tem ainda uma Unidade de Cuidados Continuados, uma Estrutura Residencial Para Idosos e uma casa de acolhimento para crianças e jovens em risco (Comunidade Juvenil São Francisco de Assis [CJSFA]).

De acordo com o Plano de Desenvolvimento Social (PDS) 2018-2021 cerca de 35% da população residente trabalha fora do Concelho e 25% da população que trabalha em VNP reside noutro Concelho, sendo que em setembro de 2022, estavam inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional 139 pessoas, o que representa um decréscimo em relação ao mesmo período de 2021 (214 pessoas). A maioria do sexo feminino (80) e no que a idades diz respeito, 17 pessoas tinham menos do que 25 anos, 18 entre 25 a 34 anos, 53 entre os 35 e 54 anos, e 51 tinham 55 ou mais anos (Instituto de Emprego e Formação Profissional, 2022).

Em relação ao nível socioeconómico 58% da população trabalha em áreas como serviços pessoais, proteção/segurança e vendas, sendo que trabalhadores não qualificados representam 18,5% e trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices 17,5% (CMVNP, 2017). Ainda segundo o PDS 2018-2021, a população tem maioritariamente um nível de escolaridade igual ou inferior ao ensino básico e a taxa de abandono escolar é superior à média da Região Centro e do país. Cerca de 2% das crianças e jovens entre os 10 e 15 anos de idade residentes abandonaram a escola e 22% dos jovens entre os 18 e os 24 anos apenas completaram o ensino básico, não estando a estudar nem em formação (CMVNP, 2017). O Município de VNP tem um Agrupamento de Escolas (AE) que agrega uma escola básica e secundária (Escola Básica e Secundária Dr. Daniel de Matos) e três Centros Educativos, onde são lecionados o pré-escolar e o 1º Ciclo do Ensino Básico, com oferta também de Atividades de Animação e de Apoio à Família na Educação Pré-Escolar, as Atividades de Enriquecimento Curricular, o serviço de refeições e a Componente de Apoio à Família no 1.º Ciclo de Ensino Básico. Existem também dois estabelecimentos de ensino privado de educação pré-escolar e um Centro Qualifica para educação e formação de jovens e de adultos (Agrupamento de Escola de Vila Nova de Poiares [AEVNP], 2020). O AEVNP

é desde 2010 referência para a intervenção precoce na infância, tendo uma Equipa Local de Intervenção (ELI) integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e recebe os alunos da CJSFA, instituição que alberga crianças e jovens em situação de risco (AEVNP, 2020). Para analisar as condições e modos de vida da população de VNP recorreu-se ao PDS 2018-2021, uma vez que ainda não existem outros dados nem mais recentes, importando destacar os seguintes dados:

- 96,7% da população vive em alojamentos familiares e em alojamentos clássicos, sendo que 0,3% reside em alojamentos não clássicos, como barracas e casas rudimentares, alojamentos móveis e improvisados;

- a quase totalidade das famílias são clássicas, residindo no mesmo alojamento e que possuem relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, existindo 6 famílias institucionais, que residem num alojamento coletivo sendo acompanhadas por uma instituição;

- a população que reside em alojamentos coletivos representa 3,3% da população, das quais 98,7% habita em conveniências, em residências de apoio social ou de saúde e 1,3% reside em estabelecimentos hoteleiros;

- há uma percentagem residual de alojamentos que não proporcionam condições mínimas de higiene e conforto, como água canalizada, instalação de banho ou duche, ou casa de banho e perto de 30% dos edifícios necessitam de reparações;

- quanto à criminalidade, a maioria são crimes contra o património e a criminalidade rodoviária, nomeadamente a condução sob efeito do álcool e condução sem habilitação legal, são também uma preocupação, representando 18‰ (CMVNP, 2017).

Importa ainda referir que “tem havido um aumento (...) da população (...), nas classes etárias adultas, apresentando assim, um aumento do índice de envelhecimento, acompanhando a tendência nacional”, em que “a diminuição do número de jovens e o aumento da população idosa indicam um fraco grau de sustentabilidade pela via da continuidade de gerações” (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de VNP [CPCJVNP], 2021, p.8).

Esta tendência pode ser verificada na pirâmide populacional seguinte (Figura 4)

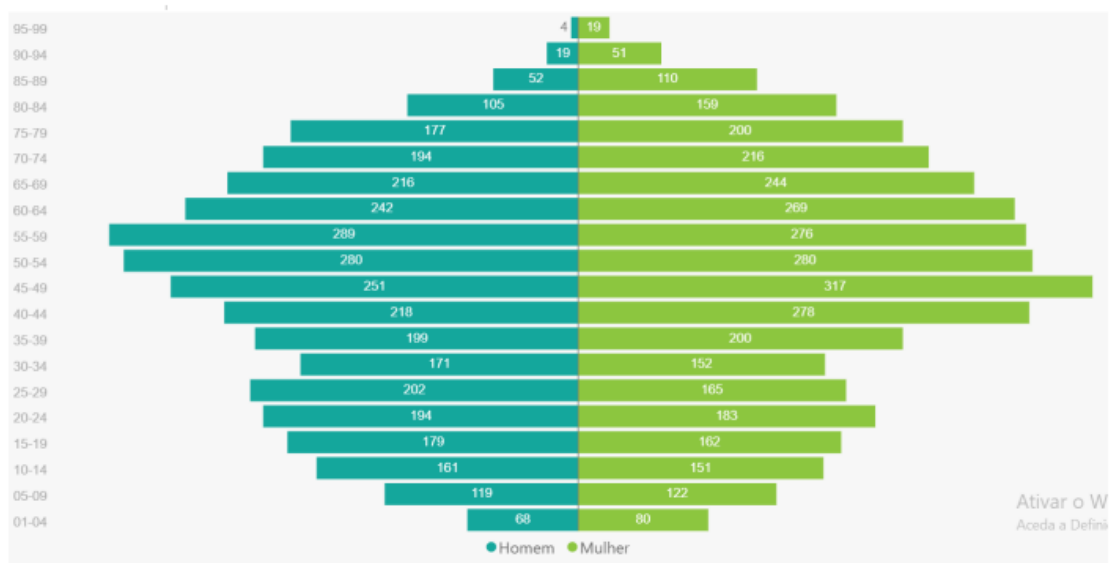


Figura 4 - Pirâmide populacional de VNP. Fonte: Carta de Compromisso 2021 do Plano de Ação da UCCPP

1.1.2 - Descrição da Unidade de Cuidados na Comunidade Por Poiães

O Município de VNP está integrado no ACES do Pinhal Interior Norte (ACESPIN) constituído por 14 Centros de Saúde (Alvaiázere, Ansião, Arganil, Castanheira de Pera, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penela Tábua e VNP), dos quais fazem parte cinco Unidades de Saúde Familiar (USF), onze Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, doze Unidade de Cuidados na Comunidade, uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

O Centro de Saúde de VNP é constituído pela USF Santo André e pela UCCPP, localiza-se na Avenida dos Bombeiros Voluntários e tem o apoio da USP, assim como da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) do ACESPIN (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2021).

A UCCPP iniciou a atividade em 17 de abril de 2012 e é coordenada pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Paula Santos, que também integra os projetos existentes, tendo ainda dois enfermeiros a tempo inteiro, uma Assistente Técnica, um Técnico Superior de Serviço Social e duas Assistentes Operacionais.

Dispõe ainda de Psicóloga a tempo parcial (2 dias por semana) e Médico de Saúde Pública, mais presente para a realização de Juntas Médicas.



Figura 5 – Logótipo da UCCPP.

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2062651/Pages>

De acordo com o artigo 3º do Despacho 10143/2009, esta unidade “é dotada de autonomia organizativa e técnica integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACESPIN, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável à concretização da sua missão” (UCCPP, 2019, p.6)

Quanto à estrutura física do Centro de Saúde, onde se inclui a USF, é constituída por um único piso, onde existem: seis salas de espera para os utentes, cinco instalações sanitárias para utentes (uma masculina, uma feminina, duas mista e uma para deficientes motores), secretaria, oito gabinetes de consulta médica, seis gabinetes de consulta de enfermagem, uma sala de reuniões, dezassete gabinetes de apoio, uma sala de consulta/tratamento para o Pé Diabético, uma sala de reuniões, uma sala de cuidados pós morte, uma sala de pessoal/bar, dois vestiários de pessoal, três salas de arrumos, uma sala de despejos e depósito de lixos, uma sala de esterilização, lavandaria e dois gabinetes para a UCCPP.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 16h, com pausa para almoço das 13h às 14h e às terças e quintas-feiras o horário estende-se até às 20h.

Na comunidade existem programas de apoio e acompanhamento a crianças e jovens em risco, numa dinâmica multidisciplinar e intersectorial, desenvolvidos por profissionais da área da educação, da saúde e social, integrando-se no SNIPI (CMVNP, 2017). O SNIPI tem como objetivos assegurar às crianças entre os 0 e os 6 anos e famílias, a proteção dos seus direitos, o desenvolvimento das suas capacidades, identificar e referenciar todas as situações que necessitam de intervenção precoce, intervir em função das necessidades do contexto familiar de cada criança, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento, apoiar as famílias no acesso a serviços 21 e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação e envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

Desde 2013 que a CPCJVNP integra o Projeto “Tecer a Prevenção”, da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos das Crianças e Jovens, promovendo ações e colaborando com outras entidades na deteção de situações que ponham em causa os direitos e interesses das crianças e jovens, a sua segurança, saúde, formação ou educação. Existe ainda uma linha telefónica (144) para dar resposta a situações de emergência social (CPCJVNP, 2018).

São variados os projetos desenvolvidos pela UCCPP, cumprindo o Decreto-Lei nº 28/2008, Artigo 11º, na prestação de “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo”. Além disso, “atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (UCCPP, 2022).

Deste modo, os projetos desenvolvidos são:

- no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (bochechos fluoretados, exames médicos, equipa pluridisciplinar projeto “Leves.Come”, gabinete de apoio ao aluno (GATO/A) e projeto Empresários pela Inclusão Social;
- no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infante Juvenil, CPCJ, rastreio de saúde visual infantil, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), vacinação e cheques dentista);
- no âmbito do Programa de Saúde Mental (Projeto “Anos Incríveis”, monitorização de utentes à adesão ao regime terapêutico e Projeto “+Contigo”);
- no âmbito do Programa de Saúde do Adulto e do Idoso (Projeto “pés p’ra andar” - consulta de enfermagem do pé diabético, Rendimento Social de Inserção, Conselho Local de Ação Social, Projeto “A casa da Luísa”, Projeto “A saúde mais perto”, Projeto “Diz não a uma seringa em 2ª mão” e Projeto de Prevenção e Intervenção em Violência;
- colaboração com o Programa de Desenvolvimento Profissional e Formação Contínua;
- participação em eventos, com promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade;
- implementação e colaboração em trabalhos de investigação;
- orientação e tutoria de alunos de enfermagem nos ciclos de estudos da licenciatura e mestrado, assim como dos alunos dos cursos vocacionais/profissionais da Escola Básica e Secundária Dr. Daniel de Matos” (UCCPP,2022)

Relativamente à missão, visão e valores, encontram-se na tabela seguinte (Tabela 1).

Missão	Visão	Valores
“(…) contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, assentes nos mais altos Padrões de Qualidade Técnico-Científica ao seu dispor e promovendo valores consagrados como a Acessibilidade e a Satisfação dos utentes, com a finalidade de obter Ganhos em Saúde”.	“Definida como elemento estruturante da equipa, a Melhoria Contínua da Qualidade dos serviços prestados e através de um esforço contínuo para superar os Padrões de Qualidade standardizados pelas diferentes Ordens profissionais, aspiramos a ser uma referência na área dos Cuidados de Saúde Primários, a nível regional”.	“Cooperação, exigida a todos os elementos da equipa para concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde. Parceria com estruturas da comunidade local (autarquias, segurança social, instituições privadas de solidariedade social, associações e outras)”.

Tabela 1 – Missão, visão e valores da UCCPP. Fonte: UCCPP, 2022

De acordo com a Carta de Compromisso de 2021 do Plano de Ação da UCCPP, estão inscritos 7018 indivíduos, distribuídos conforme se pode verificar na pirâmide populacional da Figura 6. A diferença entre a população residente e a inscrita deve-se ao fato de ter ainda inscritos não residentes.

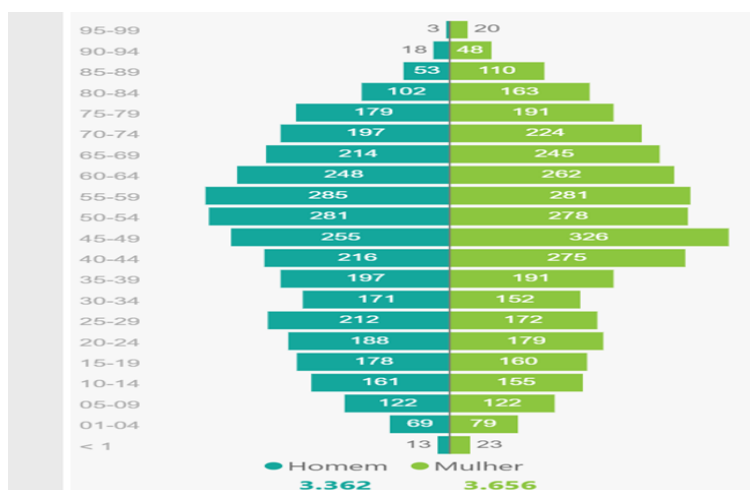


Figura 6 – Pirâmide de utentes inscritos na UCCPP. Fonte: SNS, 2022

1.1.3 - Caracterização dos problemas de saúde da comunidade de Vila Nova de Poiares

Tal como qualquer comunidade, também a de VNP tem problemas a diversos níveis, alguns que se apresentam como mais problemáticos do que outros e que justificam intervenção prioritária.

VNP enfrenta um problema crescente de desertificação, assim como desemprego, que associado a consumos exagerados de álcool, tem potenciado o crescimento de situações de violência doméstica (VD), inerentes também a situações de maus tratos e negligência a crianças e jovens.

De acordo com Stanhope e Lancaster (1999) é função da família gerar afeto, promover segurança e aceitação pessoal, proporcionar satisfação e sentimento de utilidade, assegurar continuidade das relações, proporcionar estabilidade e socialização, impor autoridade e sentimento do que é correto. No entanto, “o ambiente familiar pode (...) representar um lugar violento, pelo que alguns comportamentos e ou atitudes que as crianças ou jovens manifestam (...) podem indiciar o seu mau estar (...)”. Deste modo, é primordial “conhecer as expressões da problemática, os procedimentos e os recursos que permitam zelar e promover o bem-estar, a qualidade de vida e a segurança das crianças ou jovens vítimas de violência doméstica” (XXII Governo Constitucional, 2020, p.5).

A VD pode ser a causa de inúmeras consequências para a saúde e para o desenvolvimento da criança ou jovem a curto, médio ou longo prazo, tanto a nível do bem-estar físico, psicológico/emocional, comportamental, sexual, reprodutivo ou social, onde os efeitos podem persistir nas fases seguintes do ciclo de vida. É também muitas das vezes relacionada com o absentismo escolar e comportamentos agressivos, antissociais, autodestrutivos e destrutivos interpessoais (República Portuguesa - XXII Governo Constitucional, 2020).

A abordagem da problemática da VD exige uma intervenção complexa, multidisciplinar e multissetorial (Pimentel et al., 2012), sendo dois dos princípios orientadores, constantes no Artigo 4.º do Despacho n.º 10143/2009 (p. 15438), a articulação com as outras unidades funcionais do ACES e a parceria com estruturas da comunidade local. No Artigo 9.º do mesmo Despacho, é também definida a carteira de serviços de uma UCC, ficando clara a competência desta Unidade Funcional para a intervenção nesta problemática, uma vez que lhes compete:

- desenvolver “projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior

vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência”;

- “acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade”;
- “participar nas atividades do programa de intervenção precoce a crianças, nomeadamente na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens” (p.15440).

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, concretamente o Artigo 101.º - do dever para com a comunidade- “o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados e colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (OE, 2015). Ainda, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros 2018, “o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, participando, com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária, dirigida a grupos com maior vulnerabilidade”, onde se integram as famílias em situação de violência. Contempla também a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, em linha com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) para 2030.

Compete assim ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a exercer funções numa UCC, desenvolver projetos de intervenção em famílias vulneráveis, em risco de violência que possa vitimizar de forma direta ou indireta crianças e jovens.

Os ODS relacionados com esta problemática são o ODS 5, “Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas”, nomeadamente no ponto 5.2 - “Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos”, e o ODS 16, “Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis”, concretizando no ponto 16.1 – “Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade com ela relacionadas, em todos os lugares” (PNS 2021-2030, p.117).

Relativamente às causas de mortalidade, segundo o INE (2022), a população de VNP morre mais devido a doenças do aparelho circulatório (35% dos óbitos), seguido dos tumores malignos (30%), doenças do aparelho respiratório (13,8%) e doenças do aparelho digestivo (2,5%). Sendo que, em relação às doenças do aparelho circulatório estas tiveram um decréscimo de 3,6% desde 1981, assim como as doenças do aparelho digestivo, com um decréscimo de 6,6%. No sentido inverso, os tumores malignos tiveram um aumento de 20,9% e as doenças do aparelho respiratório de 3,6%.

1.2 - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE VOUZELA (USPV)

Segundo o Institute of Medicine (1988), citado por Stanhope e Lancaster (1999) a saúde pública é “definida como aquilo que nós, como sociedade, fazemos coletivamente para garantir as condições com as quais as pessoas conseguem ser saudáveis” e tem por objetivo “gerar esforços comunitários organizados para dirigir o interesse do público para a saúde, pela aplicação do conhecimento científico e técnico para prevenir a doença e promover a saúde” (Stanhope & Lancaster, 1999, p.24).

1.2.1 - Caracterização geodemográfica

O Concelho de Vouzela localiza-se na região centro (NUT III), estando integrado na região de Viseu, abrangido pela sub-região de Dão – Lafões e Província da Beira Alta (Agrupamento de Escolas de Vouzela [AEV], 2019).

É constituído por 9 freguesias, Alcofra, União de Freguesias de Cambra e Carvalhal de Vermilhas, Campia, União de Freguesias de Fataunços e Figueiredo das Donas, Fornelo do Monte, Queirã, S. Miguel do Mato, Ventosa e União de Freguesias de Vouzela e Paços de Vilharigues (Figura 7). Ocupa uma área de 193,7 Km², estando rodeado pelos concelhos de Oliveira de Frades, São Pedro do Sul, Viseu, Tondela e Águeda.



Figura 7 - Mapa de Vouzela. Fonte: CMV, 2022.

Vouzela fica a 28 km de Viseu, 66 km de Aveiro, 98 km do Porto, 108 km de Coimbra, 153 km de Vilar Formoso e 309 km de Lisboa. Além disso, possui localização privilegiada ao nível dos principais eixos rodoviários do país, com quatro nós de acesso à A25 e dois nós de acesso ao IP5, que se revestem de grande importância para o desenvolvimento do setor industrial, que tem crescido e é já um setor primordial para o desenvolvimento da economia do concelho (Câmara Municipal de Vouzela [CMV], 2022).

“É um território montanhoso, integrado na Serra do Caramulo e marcado por uma grande variação de altitude, entre 150m e 1043m”, com “numerosas linhas de água, que originam vales profundos, com grande valor paisagístico e ambiental”, o que se traduz numa oferta diversificada em turismo de natureza, ambiental e cultural (CMV, 2022).

Segundo os Censos 2021 tem uma população de 9580 (comparativamente com os Censos de 2011, e tal como a generalidade do país teve um decréscimo de população em 19,6%), sendo 4515 homens e 5065 mulheres, com uma média de 49,6% pessoas por Km² (INE, 2022). Uma vez que os dados dos últimos censos (2021) ainda não estão disponíveis na totalidade, não foi possível obter a pirâmide populacional de Vouzela atualizada, pelo que a que se apresenta diz respeito a dados de 2018 (Figura 8).

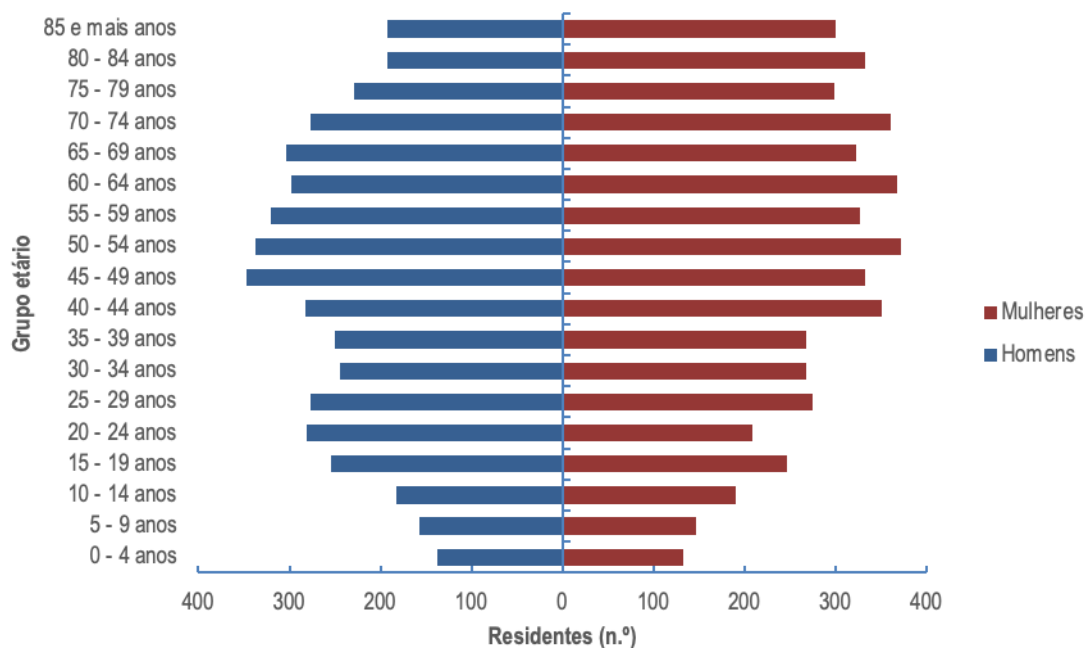


Figura 8 – Pirâmide populacional de Vouzela. Fonte: USP Dão Lafões (USPDL), 2022.

Por cada 100 jovens há em 2021, 355 idosos, o que representa um índice de envelhecimento de 315,2% e a taxa de natalidade comparativamente com a taxa de mortalidade é substancialmente inferior (59 nascimentos em 2020 para 151 óbitos), o que não permite a regeneração de gerações (INE, 2022).

Em Vouzela o setor das indústrias transformadoras representa a maioria dos postos de trabalho, tendo o número de desempregados vindo a diminuir desde 2009. Em setembro de 2022 estavam inscritas do centro de emprego, 220 pessoas sendo a maioria mulheres (139), em que 25 tinham menos do que 25 anos, 39 tinham entre 25 e 34 anos, 78 tinham entre 35 e 54 anos e 78 pessoas com 55 ou mais anos (Instituto de Emprego e Formação Profissional, 2022). O rendimento per capita das famílias foi em 2019 de 65,1%, menos 35% que a média nacional e as mulheres auferem menor salário dos que os homens desempenhando as mesmas funções (INE, 2022).



Figura 9 – Brasão de Vouzela.

Fonte: <https://www.heraldry-wiki.com/heraldrywiki/images/a/ad/Vouzela.gif>

Dispõe de quatro farmácias no concelho, uma Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários, uma Delegação da Cruz Vermelha e três Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI's) nas localidades de Cambra, Campia e Vouzela (CMV, 2022).

Em relação à oferta educativa tem uma Escola Profissional e dois AE, com nove Escolas Básicas, uma Escola Secundária, um Centro Escolar e oito Jardins de Infância. Tem ainda um posto da Guarda Nacional Republicana e duas cooperações de Bombeiros Voluntários (Vouzela e Campia) (CMV, 2022).

O Concelho de Vouzela tem, segundo os Censos de 2021, 6 723 alojamentos familiares, dos quais 6 716 são alojamentos familiares clássicos, 2 não clássicos e 5 coletivos. A maioria são casas de habitação próprias representando 87,9% e os restantes 12,1% casas arrendadas (INE, 2022).

A taxa de criminalidade tem vindo a diminuir, registando em 2020, 217 ocorrências, sendo a maioria de crimes de VD (27), seguidos do furto de veículos (11), furtos em residências (3) e furtos em empresas (6) (INE, 2022). Quanto aos restantes não mencionados, não foi possível obter mais dados.

No concelho de Vouzela existem sete instituições particulares de solidariedade social: Associação de Solidariedade Social de Fornelo do Monte, Associação de Solidariedade Social de Lafões, Centro Social de Cambra, Centro Social de Campia, Centro Social Paroquial de Queirã, Santa Casa da Misericórdia de Vouzela e Centro Social da Casa do Povo de Alcofra.

É ainda dado apoio social à população noutros âmbitos, tendo em funcionamento um Banco Local de Voluntariado, Gabinete de Inserção Profissional, Gabinete de Apoio ao Emigrante, Universidade Sénior (local de aprendizagem que promove a educação não formal do idoso e o envelhecimento ativo, combate a solidão e a exclusão social), tarifário especial social no serviço de água e gestão de resíduos (CMV, 2022).

1.2.2 - Descrição da Unidade de Saúde Pública de Vouzela

O Município de Vouzela está integrado no ACESDL, que por sua vez se insere na Administração Regional de Saúde do Centro, abrangendo os Concelhos de Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Santa Comba Dão, São Pedro do Sul, Sátão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu (sede), Vouzela e ainda Aguiar da Beira, pertencente ao distrito da Guarda. O ACESDL abrange uma área total de 3.237,7 Km², tem uma densidade populacional de 77,9 habitantes/Km² é constituído por 8 UCC, 12 USF, 10 USP e 1 Serviço de Urgência Básica situado em S. Pedro do Sul (SNS, 2022).

A USPV começou a prestar cuidados à comunidade em 18 de maio de 2015, abrangendo quatro localidades (Alcofra, Campia, Cambra e Queirã) e é coordenada pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Pública Rui Dionísio (único elemento de enfermagem), uma Médica de Saúde Pública e uma Técnica de Segurança e Saúde Ambiental.



Figura 10 – Logótipo do ACESDL. Fonte: USPV, 2019.

Quanto à estrutura física, situa-se no Piso -1 da Unidade Local de Saúde, edifício onde se encontra também a UCC, a USF e onde em tempos funcionou também um serviço de urgência básica, cujo espaço se encontra desativado.

A USPV funciona de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h, com pausa para almoço das 13h às 14h.

Relativamente à missão, visão e valores, encontram-se na tabela seguinte (Tabela 2):

Missão	Visão	Valores
<p>“Qualidade no atendimento ao utente, satisfazendo as necessidades de cuidados de saúde primários da população, promovendo a saúde e prevenindo a doença”.</p>	<p>“A UCSP Vouzela pretende ser uma UF de referência na prestação de cuidados de saúde primários. A equipa tenciona promover uma maior acessibilidade ao utente, priorizando um atendimento de qualidade, eficácia, eficiência e efetividade”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● “Acessibilidade ● Proximidade ● Empatia ● Qualidade e Competência ● Humanização ● Satisfação de utentes e profissionais ● Espírito de equipa”.

Tabela 2 - Missão, Visão e Valores da USPV. Fonte: SNS, 2022.

Quanto ao número de utentes, a USPV tem inscritos 10 998 utentes, distribuídos por várias faixas etárias, conforme se pode verificar na figura seguinte.

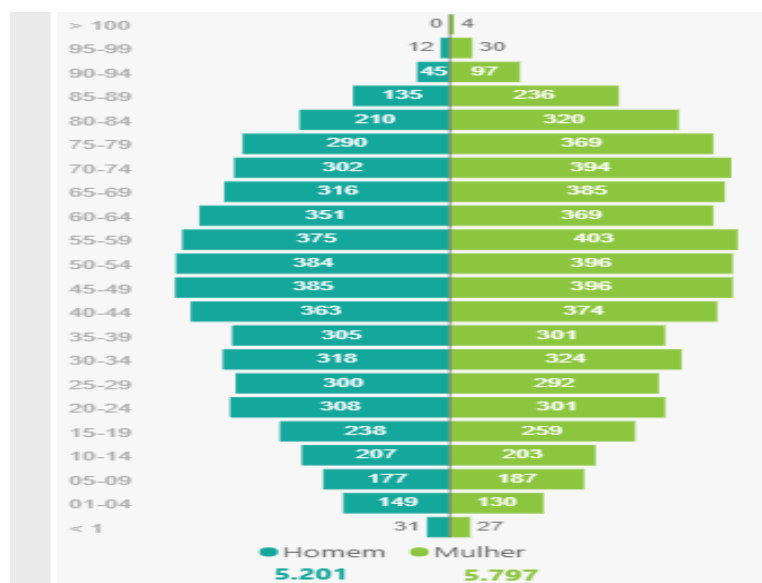


Figura 11 – Pirâmide de utentes inscritos na USPV. Fonte: Serviço Nacional de Saúde, 2022.

A USP desenvolve atividades de planeamento, promoção e proteção da saúde”, assim como de “prevenção da doença, vigilância em saúde ambiental, vigilância epidemiológica, investigação em saúde e gestão ou participação em programas de saúde pública”. Além disso assume também “funções de prestação, coordenação e monitorização de cuidados de saúde”, desenvolvendo ainda, “atividades inerentes ao Centro de Diagnóstico Pneumológico” (Manual de Acolhimento, 2019, p. 9).

Neste âmbito, a USPV integra e desenvolve vários programas/projetos, nomeadamente no âmbito do Programa Nacional para a Diabetes, Programa de Prevenção das Doenças Oncológicas, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Programa de Saúde Escolar, Programa de Saúde Oral, Programa de Saúde Ocupacional, Programa de Vigilância Sanitária de Piscinas, Plano de Contingência Saúde Sazonal, entre outros.

Além dos programas acima mencionados e como Autoridade de Saúde que é, faz ainda “Juntas Médicas para Avaliação de Incapacidades para obtenção de Atestado Médico de Incapacidades Multiusos; Exame médico para emissão de atestados médicos a condutores; Avaliação de pedidos para isenção de cinto de segurança; Verificação de óbitos; Verificação de doença; Vistorias de vigilância sanitária; Emissão de pareceres; Análise de queixas de insalubridade; Intervenção no âmbito da Lei de Saúde mental;

Análise de pedidos de intervenção de outras instituições (Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana (GNR), Ministério Público)”(USPV, 2019, p. 10).

1.2.3 - Caracterização dos problemas de saúde da comunidade de Vouzela

O último Diagnóstico de Situação de Saúde do ACESDL (2019), apresentou como principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório, que representam também a maior taxa de comorbilidades, seguidas dos tumores malignos e por fim as doenças do aparelho respiratório. Em 2018, os dados existentes demonstravam que 10,3% da população tinha diagnóstico ativo de obesidade, 6,4% de abuso de tabaco e 1,8% diagnóstico ativo de abuso crónico do álcool (USP ACESDL, 2022).

Deste modo, o ACESDL priorizou as necessidades de intervenção, destacando como principais problemas de saúde e por ordem decrescente de prioridade, as doenças cardiovasculares incluindo a hipertensão arterial, diabetes mellitus, tumores malignos, alteração do metabolismo dos lípidos/excesso de peso/obesidade e perturbações depressivas (USPV, 2019).

Os dados mais recentes sugerem que as prioridades deverão ser revistas, o que aliás estava a ser realizado pela equipa aquando da realização do 2º momento de ensino clínico. De acordo com o INE (2022), no Município de Vouzela 27,5% dos óbitos deve-se a tumores malignos (com maior prevalência dos tumores da mama nas mulheres e dos tumores da próstata e reto), 23,2% a doenças do aparelho circulatório e 12% a doenças do aparelho respiratório. Também os casos de SIDA têm aumentado, assim como a taxa de incidência de casos de tuberculose, ambos com números mais elevados do que a média da ARS Centro.

Também as doenças de declaração obrigatória têm vindo a aumentar desde 2015, sendo que em 2018 a maioria dizia respeito à tuberculose, assim como à doença invasiva pneumocócica (USP ACESDL, 2022).

Como parceiros para atingir os seus objetivos, a USPV interage de forma muito próxima com o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, a Segurança Social, GNR, PSP, CPCJ, Comunidade Intermunicipal, Proteção Civil, Instituto Politécnico de Viseu, Associação Comercial do Distrito de Viseu, Associação Empresarial da Região de Viseu, Secção Regional da União das Misericórdias Portuguesas, Representante das Associações Sindicais, Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares da Região Centro e União Distrital das Instituições Particulares de Solidariedade Social.

No âmbito desta prática clínica tive a oportunidade de observar e participar em algumas atividades da USPV, que passo a descrever no subcapítulo seguinte. Importa ressaltar que devido à pandemia por COVID-19 a mesma esteve praticamente em exclusivo

dedicada às suas funções neste âmbito, nos anos de 2020 e 2021, pelo que quando estive na unidade encontravam-se em fase de retoma das atividades que tinham ficado pendentes, assim como na reorganização das mesmas.

Relativamente ao mencionado anteriormente, tal fato conduziu a um agravamento dos indicadores de saúde da população, o que aliás é explanado no mais recente relatório da European Observatory on Health Systems and Policies (OCDE), referindo por exemplo que em Portugal, “o excesso de peso e a obesidade são um problema de saúde pública cada vez maior” tanto nas crianças/jovens como nos adultos, estando acima da média europeia e com influência determinante na mortalidade. Também a taxa de tumores aumentou, verificando-se diminuição ou até ausência dos rastreios, conduzindo a diagnósticos mais tardios e encaminhamentos mais dificultados por diminuição substancial do número de consultas (OCDE, 2021, p.22).

CAPÍTULO II

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A prática profissional de qualquer enfermeiro especialista deve ser pautada pela demonstração de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, com competência científica, técnica e humana que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados, independentemente da área de especialização. Além disso, o enfermeiro especialista possui competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados (OE, 2019).

No que às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública diz respeito, estas incluem avaliar o estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde, assim como contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, assim como realizar/cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2018).

Seguidamente, descrevem-se as atividades desenvolvidas na prática clínica de UCC e USP, que permitiram adquirir as competências acima mencionadas.

2.1 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE POR POIARES

As atividades desenvolvidas pelos profissionais da UCCPP estão muito bem estruturadas e planeadas, tendo sempre como objetivo dar resposta aos problemas existentes na comunidade, com identificação atempada das necessidades quer seja pelos próprios enfermeiros, quer pelos parceiros, como escolas, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Câmara Municipal, entre outros.

Estas são definidas habitualmente no final do ano, para execução no ano seguinte e procuram também dar resposta à carteira de serviços contratualizada, com melhoria dos indicadores previstos.

Os profissionais da UCCPP, principalmente os enfermeiros, estão bem cientes das suas responsabilidades para com a comunidade, desenvolvendo diariamente um trabalho de excelência, indo de encontro às competências exigidas.

Para isso realizam várias reuniões anuais com diversos parceiros da comunidade, no sentido da identificação das necessidades detetadas, quer em termos de intervenção efetiva, quer em termos de ações de sensibilização e de promoção de comportamentos saudáveis. A aposta na promoção da saúde das faixas etárias mais jovens é forte, com um envolvimento importante nas atividades do AE, assim como da CPCJ e da CJSFA. Com o apoio da USP do PIN, é-lhes possível também ter uma perceção mais clara dos reais problemas de saúde da comunidade, desenvolvendo programas e projetos de intervenção.

Outro campo de ação muito importante desta UCC é o acompanhamento de estudantes de enfermagem, tanto da licenciatura como da especialidade e mestrado, proporcionando-lhes um variado leque de experiências formativas, assim como a parceria com a ESEnfC na implementação e desenvolvimento de projetos de investigação.

Gabinete de apoio ao aluno/a (GATO/A)

O GATO/A é um projeto que teve o seu início em 2006, como resposta a uma problemática de gravidez na adolescência, sendo que nesse ano haviam 6 adolescentes do mesmo ano escolar, grávidas. A sua criação cumpre também o Despacho nº25 995/2005, em que as escolas secundárias devem ter um gabinete direcionado para o atendimento dos alunos, em que possam esclarecer dúvidas e procurar ajuda ou encaminhamento adequado para os seus problemas.

É um gabinete existente na Escola Básica e Secundária Dr. Daniel de Matos, que dá apoio não só aos alunos, mas também aos docentes e não docentes, funcionando 1 vez por semana, entre as 9h e as 16h.

As temáticas desenvolvidas estão associadas à promoção do desenvolvimento pessoal e social, incluindo relações sociais e sexualidade, alimentação, higiene, imagem corporal e atividade física. Aborda também a prevenção de comportamentos de risco, como consumos, violência, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e promoção de outros estilos de vida saudáveis.

Neste gabinete existe diverso material de informação em saúde, como folhetos, livros, assim como é possível ter acesso gratuito a preservativos (femininos e masculinos), pílulas e selos contraceptivos. Desenvolvem-se também ensinamentos sobre correta colocação de preservativos, higiene da boca, entre outros, tendo disponíveis maquetes para aquisição de competências práticas. O anonimato dos alunos que recorrem ao gabinete

está garantido, mesmo em caso de necessidade de encaminhamento para médico de família, a não ser que a situação exija informação aos progenitores/cuidadores.

Nos dias em que tive oportunidade de estar presente no GATO/A, foi interessante e gratificante perceber a relação entre as crianças/jovens e os enfermeiros, em que a confiança é a base desta relação tão importante, de troca de conhecimentos e momentos de partilha fundamentais para o seu desenvolvimento saudável.

Também a relação com a restante comunidade escolar, assenta em pilares como a confiança, apoio e diálogo, estabelecendo uma parceria saudável e frutífera, para o desenvolvimento e implementação dos projetos em Saúde Escolar.

Bochechos fluoretados

Os bochechos fluoretados são uma atividade realizada de 15 em 15 dias, nas turmas do 1ºCiclo, em que um dos enfermeiros da UCC se desloca às escolas levando consigo o líquido de fluor, copos e guardanapos, para que as crianças possam bochechar, tendo como objetivo promover práticas de higiene oral adequadas e o fornecimento de flúor necessário para o desenvolvimento de uma dentição saudável.

Este é também um momento importante para a promoção da saúde noutras áreas, já que é aproveitado para abordar outros assuntos, nomeadamente sobre medidas instauradas no âmbito da pandemia COVID-19, prevenção e cuidados na pediculose, alimentação saudável, entre outros. Além disso, é um momento em que as crianças podem abordar outros temas que lhes sejam importantes.

É também possível realizar uma avaliação breve do estado geral da dentição das crianças, inclusivamente a identificação de cáries, fazendo o devido encaminhamento.

Os bochechos fluoretados são no geral uma atividade em que as crianças participam com entusiasmo e interesse.

Programa “Cuida-te+”

O programa “Cuida-te+” é desenvolvido pelo Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ), com o objetivo de “abordar os determinantes da saúde dos jovens entre os 12 e os 25 anos, nomeadamente o acesso aos cuidados de saúde, a literacia em saúde, estilos de vida saudáveis, a saúde mental, a alimentação, a atividade física e desportiva, os comportamentos aditivos e a sexualidade” (IPDJ, 2021, p.2).

Para além disso, visa também “promover os fatores de proteção e reduzir os fatores de risco de doenças relacionadas com estilos de vida junto” dos jovens entre os 12 e os 25 anos, assim como “adotar uma perspetiva compreensiva face à saúde juvenil

envolvendo múltiplos parceiros, nomeadamente, famílias, pares, escolas e comunidades” (IPDJ, 2021, p.2).

Este programa pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional e pode ser desenvolvido por diversas entidades, como “Estabelecimentos de ensino básico, secundário ou superior, Associações e federações de associações de jovens inscritas no Registo Nacional do Associativismo Jovem, Organizações Não-Governamentais, Instituições Particulares de Solidariedade Social, entidades privadas com ou sem fins lucrativos, que prossigam os objetivos enquadrados nas áreas de intervenção do programa, ou autarquias locais” (IPDJ, 2021, p. 4).

A presença de uma unidade móvel deste programa na Escola Básica e Secundária Dr. Daniel de Matos, foi uma iniciativa promovida pela CMVNP, na qual esteve presente a Enf. Paula Santos, tendo-a acompanhado.

Seria importante que no âmbito deste projeto a UCC estivesse integrada, podendo trabalhar em parceria no desenvolvendo de atividades em conjunto, rentabilizando os recursos disponíveis e interligando os conteúdos.

Acompanhamento de estudantes da licenciatura em sessões de promoção de hábitos de vida saudáveis

Não sendo o acompanhamento de alunos da licenciatura um objetivo desta prática clínica, constituiu-se como importante para o meu crescimento profissional e pessoal, já que permitiu adquirir algumas competências neste âmbito e aprendizagens importantes em como liderar processos na execução de sessões de promoção de hábitos de vida saudáveis em contexto de saúde escolar.

Esta é também uma responsabilidade dos enfermeiros, colaborando na formação das futuras gerações de enfermeiros, com altos padrões de conhecimentos e conduta profissional assente na deontologia, ética e moral preconizadas.

Ao acompanhar os alunos foi-me possível perceber a dinâmica destas sessões e da postura/comportamento mais adequado a adotar para o sucesso das mesmas, atingindo também níveis de satisfação e conhecimentos elevados nos jovens. Sendo a saúde escolar uma área da qual gosto particularmente, foi importante perceber a forma como a escola interage com os profissionais da UCC e vice-versa, sempre numa perspetiva de estreita colaboração em prol de um bem comum, que é a literacia em saúde das crianças e jovens do AE.

Também a motivação e interesse demonstrados pelos jovens permitiu concluir que estão sedentos de novos conhecimentos e empenhados em mudar comportamentos na

construção do seu projeto individual de saúde.

No segundo momento de ensino clínico na UCCPP, também eu desenvolvi junto dos alunos do Ensino Básico e Secundário oito sessões de promoção de EsV saudáveis, indo de encontro às necessidades identificadas inicialmente pelos professores das respetivas turmas, em articulação com a professora coordenadora do Projeto Educação para a Saúde e os enfermeiros da UCC.

Os temas por mim abordados foram: Hábitos de Vida Saudáveis (nas turmas do 5º e 6ºano), Saúde Oral (turmas do 5º ano) e Importância do Sono (numa turma específica do 12ºano, onde se verificavam comportamentos desviantes nesta área).

Participação no programa “Bairros Saudáveis”

O Programa “Bairros Saudáveis” é coordenado por várias pessoas de diversas áreas de interesse (arquitetos, professores, médicos, enfermeiros e psicólogos), e sendo um programa público tem uma natureza participativa, com o objetivo da “melhoria das condições de saúde, bem-estar e qualidade de vida em territórios vulneráveis” (República Portuguesa, 2022).

“É um programa de pequenas intervenções, através do apoio a projetos apresentados por associações, coletividades, organizações não governamentais, movimentos cívicos e organizações de moradores,” que em “articulação com as autarquias, as autoridades de saúde ou demais entidades públicas, objetiva sobretudo dar algum poder, no sentido de “poder fazer”, a comunidades residentes e pessoas ou organizações intervenientes em territórios vulneráveis” (República Portuguesa, 2022).

Destas intervenções fazem parte sessões de promoção de hábitos de vida saudáveis junto da comunidade, aproximando-as dos recursos de saúde disponíveis.

Este programa encontra-se a ser desenvolvido na aldeia de Carvalho (Freguesia da Arrifana), após candidatura realizada pelo Centro de Convívio de Carvalho, sendo realizado nas suas instalações que oferecem ótimas condições.

É também destas parcerias e partilhas que “vive” e cresce profissionalmente o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, em exercício numa UCC, estando assim mais próximo da população e fazendo efetivamente um trabalho de prevenção da doença.

Reunião com a Diretora Técnica da Comunidade Juvenil São Francisco de Assis

Outra das atividades por mim realizada, foi também uma reunião com a Diretora Técnica de CJSFA, no sentido de conhecer de forma rápida a instituição, apresentar-me enquanto aluna da especialidade, assim como definir alguns aspetos da intervenção a

realizar posteriormente. Ficou definido que iria proceder ao diagnóstico das necessidades em termos de literacia em saúde, quer das crianças e jovens institucionalizados, quer dos funcionários, para que a intervenção fosse direcionada efetivamente para o que era necessário e assim produzir os efeitos pretendidos, com impacto positivo no projeto de saúde destas crianças e jovens, assim como melhoria da prestação de cuidados dos funcionários, visto que um atempado e correto planeamento em saúde permite realizar as ações de forma racional, com capacidade efetiva de alterar a realidade e projetar-se no futuro (Imperatori & Giraldes, 1993).

Apesar da grande abertura inicial para poder desenvolver o projeto de intervenção comunitária a que me propus, o mesmo não foi possível de realizar, uma vez que posteriormente a direção da instituição mostrou-se relutante com a abordagem que iria ser feita, nomeadamente na identificação das necessidades.

Reestruturação do guia de acolhimento ao utente

Com a preocupação constante na satisfação do utente que recorre à UCCPP, a Enfermeira Paula solicitou a minha colaboração na alteração do Guia de Acolhimento ao Utente, uma vez que a informação que continha estava desatualizada e carecia de uma nova imagem.

A satisfação do utente que tem necessidade de recorrer à UCCPP, também é uma prioridade da equipa, garantindo que têm conhecimento de todas as vias pelas quais podem contactar os profissionais, assim como os projetos que se encontram em desenvolvimento.

2.2 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE VOUZELA

Da mesma forma que a UCCPP, também a USPV, desenvolve a sua atividade com empenho, desenvolvendo parcerias com diversas instituições da comunidade.

Contudo, pelo fato de ter apenas disponível um enfermeiro para uma área tão vasta, a sua atuação é limitada, não conseguindo muitas das vezes dar resposta em tempo útil a todas as solicitações e necessidades da comunidade.

Na recente pandemia por COVID-19, com aliás já referido, esta USP esteve quase dedicada em exclusivo ao controlo epidemiológico da mesma, ficando por realizar inúmeros projetos de intervenção no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde pública, de enorme importância, cujos efeitos negativos se irão verificar a médio/longo prazo.

Neste momento, a USPV, assim como todas as outras unidades da USPD, estão a tentar retomar os projetos que se encontravam em execução antes da pandemia, assim como a iniciar outros, dando resposta a alguns problemas já detetados no âmbito da sua atividade como Observatório Local de Saúde. Quanto a isto, pode-se afirmar que muitos indicadores de saúde pioraram nos últimos 2 anos, levando ao aumento de algumas patologias, nomeadamente cérebro cardiovasculares e tumorais, podendo-se questionar que o trabalho que ficou por fazer, devido à falta de recursos, poderia ter travado estes números e melhorado a saúde da comunidade em geral.

Durante o ensino clínico na USPV tive oportunidade de participar em diversas atividades, a seguir descritas.

Participação na reunião mensal da Unidade de Saúde Pública de Vouzela

Conforme já mencionado, a USPD abrange uma vasta área territorial, pelo que se divide em vários pólos, estando também a equipa dividida pelos diferentes locais.

Assim, como forma de uniformizarem procedimentos e seguirem estratégias similares, os enfermeiros da USPD reúnem-se mensalmente na sede do ACES, em Viseu.

Durante as mesmas, são debatidos temas importantes para a prática de cuidados em Saúde Pública, consoante as necessidades de conhecimentos vão surgindo. São também momentos de partilha de experiências, em que cada enfermeiro aborda em que fase se encontram os projetos que estão a desenvolver, quais os conhecimentos adquiridos que julgam relevantes para partilhar, assim como partilhar conhecimentos adquiridos nas formações/congressos que vão realizando.

Na reunião em que tive oportunidade de estar presente, foi debatido o papel preponderante do enfermeiro especialista na promoção da literacia em saúde da comunidade, nomeadamente aquando das visitas às ERPI's, ou às termas e piscinas, que poderão ser momentos chave para abordar temas como segurança nos espaços, primeiros socorros, prevenção da desidratação, entre outros.

O enfermeiro responsável pela saúde ocupacional, apresentou o site OiRA (Online interactive Risk Assessment), da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, que fornece um conjunto de ferramentas e manuais de apoio que ajudam as ERPI's a orientar os seus processos de monitorização de riscos para a saúde e segurança de todos quantos nelas circulam.

Nesta reunião foi também lançado o desafio, a mim e à minha colega de ensino clínico, da realização de um projeto de intervenção comunitária, no âmbito da promoção de EsV saudáveis dos estudantes do ensino superior. Esta proposta vai de encontro a uma das

competências do enfermeiro especialista, como sendo a liderança e gestão de projetos de saúde de capacitação de grupos, que aceitei de imediato, iniciando todo o processo que deu origem à componente de investigação associada a este relatório.

Participação no XX Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários e no 3º Congresso Nacional da Unidade de Saúde Pública do ACES Baixo Vouga

Esta é também uma das responsabilidades dos enfermeiros, nomeadamente dos especialistas, numa permanente partilha de experiências e conhecimentos, com aprendizagens e atualizações constantes. Estes momentos são fundamentais para a evolução da profissão e para a procura de outros caminhos na procura da excelência no cuidar, com partilha de evidência científica.

No XX Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, além de estar presente nas comunicações livres, mesas e whorshops, tive também a oportunidade de apresentar uma comunicação livre com o título “Identificar para bem acompanhar”, tratando-se de uma projeto de melhoria contínua desenvolvido numa unidade curricular do curso, na área das necessidades de saúde especiais, que poderá ser uma mais valia na deteção precoce das mesmas em parceria com as instituições educativas, dando o suporte necessário às crianças, famílias, educadores/professores e auxiliares de educação. Nesta, apresentei o *Children With Special Health Care Needs Screener*, questionário que foi desenvolvido em 1998 nos EUA, por associações com ligação a crianças e adolescentes, profissionais de saúde, investigadores e classe política, com o objetivo de Identificar crianças com necessidades especiais de cuidados de saúde, através da aplicação de um inquérito respondido pelos Encarregados de Educação via *Google Forms* ou via telefónica pelos profissionais de da saúde escolar.

Este questionário encontra-se neste momento em processo de tradução e validação para português, por uma equipa de investigadores de diversas instituições, nomeadamente da ESEnfC.

Visita às Termas de S. Pedro do Sul com recolha de produtos para análise bacteriológica

As visitas às Termas constituem-se como fundamentais para a manutenção das condições de utilização rigorosas de uma unidade como esta, com fins terapêuticos, cuja temperatura geral dos tratamentos é facilitadora da propagação de gérmens, como bactérias e fungos, dando cumprimento ao decreto-lei n.º 142/2004 aprovado em junho

de 2004 pelo Ministério da Saúde, no sentido de regular o licenciamento, a organização e funcionamento das mesmas, definindo igualmente parâmetros para a sua fiscalização.

Deste modo, além de serem recolhidas pela Técnica de Saúde Ambiental, amostras dos produtos utilizados nos tratamentos termais, assim como zangãos de diversas superfícies, analisa-se também o ar ambiente, nomeadamente quanto à presença de gases potencialmente tóxicos já que o enxofre é abundante neste local, assim como se verifica as condições de segurança do espaço, realizando aconselhamento quando necessário e disponibilizando material informativo baseado na evidência científica mais recente.

É importante que se mantenha a presença de um enfermeiro nestas atividades, pois certamente que se esta fosse apenas realizada pela Técnico de Saúde Ambiental, todas as atividades mencionadas anteriormente não se realizariam, tratando-se apenas de recolha de amostras para estudo bacteriológico e químico. Estes momentos são fundamentais para se melhorarem as condições de espaços como este, permitindo um controlo epidemiológico mais eficaz de problemas de saúde que se podem tornar complexos e com cadeias de transmissão alargadas.

Visitas pedagógicas a ERPI's e Unidades Locais de Saúde

Como já referido, estes momentos são cruciais para a partilha de informações pertinentes e importantes, para se conseguir atingir altos padrões de qualidade na prestação de cuidados.

As visitas pedagógicas a estas instituições foram impulsionadas pelo Enfermeiro Rui Dionísio, que conjuntamente com os restantes enfermeiros da USPD L desenvolveu um guia de pontos chave a serem verificados (Anexo V), e envolveu o Médico de Saúde Pública e a Técnica de Saúde Ambiental, numa perspetiva multidisciplinar, que permite a verificação das condições de segurança, higiene, de acondicionamento e preparação de medicação, assim como identificação de fragilidades nas diversas áreas de conhecimento, oportunidades de melhoria e até outras formas de fazer, tendo sempre por base o trabalho em parceria e as necessidades específicas desta comunidade. Este guia permite que se uniformize estas visitas em todas as instituições da área de abrangência.

É também um momento para esclarecimento de dúvidas quanto às melhores práticas e disponibilização de informação atualizada sobre diversos temas, nomeadamente, o que fazer nas ondas de calor, ondas de frio, medidas de isolamento, tratamento e encaminhamento de resíduos, entre outros, fornecendo documentos atualizados de temas como, Detecção e Controlo da Doença dos Legionários, Prevenção e Controlo de

Colonização e Infecção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina e Enterobacteriaceae Produtoras de Carbapenemases, Prevenção da Infecção na Ferida Crónica, Higiene das Mãos, Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, Armazenamento de Fármacos – Condições gerais e especiais, entre outros.

As visitas deste âmbito não são encaradas como castradoras, ou penalizadoras, mas sim como momentos importantes de partilha e aconselhamento entre diversos profissionais.

Posteriormente é realizado um relatório informativo, que é enviado para as instituições no sentido de poderem corrigir as situações anómalas e melhorarem a sua prestação de cuidados.

Relativamente à visita às Unidades de Saúde, é também realizada pelo Enfermeiro Rui, pelo Médico de Saúde Pública e pela Técnica de Saúde Ambiental, preenchendo-se um formulário da ARS Centro (Anexo IV), realizando-se também posteriormente o devido relatório que é enviados às unidades com sugestões de melhoria.

Vacinação e Registo de Saúde Eletrónico (RSE)

O ACESDL tem um enfermeiro dedicado à área da vacinação, que faz a gestão dos procedimentos inerentes e garante o bom funcionamento, controlando nomeadamente stocks e validades, com o qual tive a oportunidade de conhecer o RSE.

O RSE existe desde 2012 e tem como principal objetivo agrupar toda informação importante no que à vacinação diz respeito, permitindo o controlo mais eficaz das vacinas administradas, assim como das que faltam administrar a cada cidadão. Para além do registo de todas as inoculações realizadas, é também possível registar eventuais reações adversas, havendo interligação com o Infarmed. Trata-se, portanto, de um registo único, fácil de analisar e que permite a partilha de informação em tempo real com os demais profissionais de outras instituições de saúde.

Participação em reunião de encarregados de educação de uma turma do 8ºano da Escola Básica 2,3 de Vouzela, para apresentação do Projeto “+Contigo”

O projeto + Contigo foi criado em 2009, numa parceria com o Departamento de Saúde Pública da ARS Centro e a ESEnfC, tendo também como entidade parceira a estrutura regional do Ministério da Educação. A população-alvo deste projeto são os alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário da região Centro, com o objetivo de prevenção do suicídio neste grupo, através da promoção da auto-estima e da resiliência psicossocial, assim como prevenção de comportamentos de risco associados.

Aos profissionais de saúde é ministrada a formação necessária para implementar e, dinamizar o projeto a nível local, dinamizando também as sessões em sala de aula.

Os assistentes operacionais e professores colaboram no desenvolvimento do projeto, assim como na deteção, vigilância e monitorização de comportamentos de risco ou outros. Também os encarregados de educação são convidados a participar como agentes promotores de saúde mental e da parentalidade saudável.

O “+Contigo” vai de encontro ao preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Escolar, promovendo a saúde mental nas escolas, que só é possível com o envolvimento de todos os intervenientes.

Formação à equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Familiar de Vouzela sobre o PNS 2021-2030

No âmbito das suas funções de autoridade local de saúde, a USP tem como competência fazer a monitorização do estado de saúde da comunidade, ajudando a desenvolver programas de intervenção com vista à resolução dos problemas de saúde detetados, tendo por base a priorização das necessidades.

Deste modo, cabe ao enfermeiro da USP e depois de realizado o levantamento diagnóstico da condição de saúde da população, apresentá-lo aos parceiros dos cuidados de saúde primários, principalmente à UCC com quem desenvolve um trabalho de maior proximidade, no sentido de os elucidar sobre as necessidades em saúde da comunidade em que estão inseridos, objetivando o desenvolvimento de projetos de intervenção.

Esta é uma das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Pública, que permite uma maior eficácia na consecução dos objetivos não só do Plano Nacional de Saúde, como dos planos individuais de cada USP/UCC, com melhoria efetiva nos indicadores dos cuidados de saúde.

Visita ao Centro Escolar de Vouzela

A visita ao Centro Escolar de Vouzela foi uma atividade programada, contudo não foi possível realizar por motivos alheios à USP. No entanto, foi-me disponibilizado o documento recente sobre a Avaliação do Risco nas Escolas, para que o pudesse conhecer e explorar. É um instrumento que permite identificar as principais situações de perigo em 7 áreas prioritárias, como salubridade, segurança, ergonomia, condições térmicas, qualidade do ar, ruído e segurança alimentar, que incluem a avaliação de 93 condições perigosas.

Esta apresenta-se como mais uma das competências da USP, intervindo na prevenção, proteção e promoção da saúde em diversos contextos, nomeadamente escolar.

Notificação de caso de Monkeypox

A Monkeypox, ou varíola dos macacos é um vírus transmitido aos humanos a partir de animais com sintomas semelhantes aos da varíola, embora seja clinicamente menos grave. Esta tem ocorrido principalmente na África central e ocidental, muitas vezes nas proximidades de florestas tropicais, e tem aparecido cada vez mais em áreas urbanas (WHO, 2023).

Em 2022 começaram a ser notificados os primeiros casos de infeção por este vírus em Portugal, cabendo à Saúde Pública elaborar o perfil epidemiológico na sua região, com controlo atempado das cadeias de transmissão, no sentido de a minimizar.

Surgiu em Castro Daire um caso de Monkeypox, sendo informado o Enfermeiro Rui pelo Médico de Saúde Pública do Concelho de Castro Daire, desencadeando todo o processo de registo no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, incluindo o inquérito epidemiológico com devido seguimento da cadeia de transmissão.

Observatório Local de Saúde

O Observatório Local de Saúde é constituído por uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros e técnicos, que ao reunirem-se no mesmo espaço uma vez por semana, têm como objetivo a identificação do perfil de saúde da população residente na área de abrangência do ACESDL, permitindo conhecer os problemas de saúde mais prevalentes.

Após se identificarem os indicadores de saúde mais deficitários e as áreas em que urge intervenção, através da consulta no Sistema de Informação das ARS (SIARS), é elaborado um relatório com os dados recolhidos e disponibilizado para as restantes unidades do ACES, para que possam delinear projetos de intervenção comunitária, tendo em vista a melhoria do perfil de saúde da população.

Esta atividade culmina com a realização do documento denominado de Diagnóstico de Situação de Saúde, que se alinha com os ODS e o PNS 2021-2030, que permite também sustentar a contratualização nas restantes unidades de saúde.

Nos dias em estive no observatório, deu para perceber a dinâmica, assim como quais os principais problemas de saúde da região de Viseu e mais concretamente de Vouzela, com identificação dos problemas de saúde mais predominantes, ainda que nesta fase se tratasse de dados preliminares.

Colaboração no Programa *Childhood Obesity Surveillance (COSI) Portugal*

O Programa COSI Portugal, está integrado no Programa COSI da OMS/Europa que prevê a recolha de dados sobre o estado nutricional de crianças entre os 6 e os 8 anos e respetiva análise.

Foi inicialmente proposto pelo Enfermeiro Rui que colaborasse na informatização destes dados na plataforma do programa, o que não foi possível por falhas no sistema informático da aplicação. Apesar de ter tido oportunidade de conhecer o questionário que foi realizado, considero que teria sido uma mais valia ter realizado a análise dos dados em termos de perfil epidemiológico nesta faixa etária, contudo o tempo foi escasso, não permitindo a concretização de todas as atividades inicialmente propostas, além dos constrangimentos informáticos.

CAPÍTULO III

3 - INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

A investigação é um processo sistemático de recolha de dados empíricos, que tem como objetivos descrever a natureza e características dos fenómenos, explicar a relação entre os fenómenos e analisar a probabilidade de que um resultado se produza numa determinada situação (Fortin, 2014).

É através da investigação que se constrói um campo de conhecimentos específicos numa determinada área ou disciplina, e particularmente no que à enfermagem diz respeito dá conhecimento e ferramentas para adequar os cuidados às necessidades do doente/família/ comunidade, sendo fundamental para determinar qual a intervenção mais adequada.

Sendo a Enfermagem uma profissão com competências profissionais próprias, que visa proporcionar cuidados com qualidade e a máxima segurança, essa prestação de cuidados deve ser suportada e justificada com base na evidência científica, pelo que é fundamental que os enfermeiros investiguem e contribuam para a construção das fundações científicas da sua prática profissional, planeando atempadamente qualquer processo de investigação.

3.1 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento, qualquer que seja, tem sempre subjacente a preocupação com as tomadas de decisão relacionadas com o futuro e com o alcance dos objetivos traçados inicialmente. No início do séc. XX, com o crescimento e desenvolvimento das empresas e a necessidade de os órgãos de gestão tomarem decisões sustentadas e coerente, o planeamento começou a ser amplamente utilizado e também com a segunda guerra mundial, este foi um mecanismo importante para gestão de mantimentos, bem como de outras necessidades dos países envolvidos. Também na Europa cresceu a necessidade de implementação de estratégias de planeamento após a segunda guerra mundial, nomeadamente no que a recursos sociais, de saúde e de educação diziam respeito (Green, 2007).

De acordo com Parreira (2005, p.221), “o planeamento poderá ser visto como um comboio que puxa as ações de organizar, liderar e controlar”, sem o qual,

“não temos a possibilidade de antecipadamente organizar as pessoas e recursos, liderar com confiança, nem ter ideia clara sobre que organizar”, o que diminui a probabilidade de se conseguir atingir os objetivos propostos.

O planeamento em saúde consiste no “processo que a administração da saúde em conjunto com a população leva a cabo, para conseguir em áreas e prazos determinados, os melhores níveis de saúde das populações em causa, utilizando do modo mais racional e eficaz os recursos à sua disposição” (Durán, 1989).

Também de acordo com Tappen (2001, p.368) “o planeamento de cuidados de saúde é uma abordagem alargada, de pesquisa, para determinar as necessidades de saúde de uma população específica, de uma comunidade, ou até de um país inteiro”.

O planeamento é mais do que planeamento dos serviços de saúde e requer o envolvimento dos vários setores da comunidade, quer económicos quer sociais, e em vários níveis (local, regional e central) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Pode-se assim dizer que o planeamento é um método estruturado e organizado, para atingir objetivos definidos para o futuro, usando de forma adequada e eficiente os recursos disponíveis.

Para Tappen (2001), o planeamento em saúde faz-se em três etapas, cada uma delas com várias fases, conforme se pode verificar na tabela seguinte:

<u>1ª Etapa – Preparação</u>	<u>2ª Etapa – Ação</u>	<u>3ª Etapa – Conclusão</u>
<p><u>Fase 1:</u> Desenvolvimento conceptual; Clarificar o propósito; Identificar o problema; Identificar os interessados; Definir resultados</p> <p><u>Fase 2:</u> Plano detalhado; Analisar abordagens alternativas; Especificar objetivos; Identificar os recursos necessários; Preparar um plano de ação</p> <p><u>Fase 3:</u> Aprovação; Proposta atual; Obtenção de recursos</p>	<p><u>Fase 4:</u> Implementação; Afetar recursos; Calendarização; Implementação direta</p> <p><u>Fase 5:</u> Controlo da implementação; Realizar uma avaliação formativa; Acompanhar a evolução; Rever custos; Conferir a qualidade; Atualizar, rever e ajustar o plano</p>	<p><u>Fase 6:</u> Avaliação de resultados; Preparar a avaliação cumulativa; Comparar com os resultados projetados; Partilhar resultados com os interessados</p> <p><u>Fase 7:</u> Institucionalização ou término; Rever, aplicar à situação nova, ou pôr fim e deslocar recursos</p>

Tabela 3 - Etapas de planeamento e avaliação do projeto. Fonte: Tappen, 2001, p.369.

3.2 - REVISÃO DA LITERATURA

Uma revisão da literatura pretende sintetizar e integrar informação resultante de estudos primários, através de processo de identificação, triagem, seleção e inclusão, de forma a identificar a evidência e indicar conclusões que orientem a decisão.

Deste modo, foi realizada uma revisão da literatura para identificação do conhecimento já existente sobre o tema em causa.

Para a seleção dos artigos, foi realizada a 1 de outubro de 2022 uma pesquisa na base de dados CINHALL Complete via EBSCO, cuja estratégia de pesquisa incluiu todos os artigos publicados em inglês, português e espanhol nos últimos 10 anos, utilizando as palavras chave em português, *estilo de vida, promoção da saúde, estudantes universitários, enfermagem*.

Os artigos selecionados, foram obtidos a partir de três fases de análise: na primeira fase foi analisada a informação fornecida pela leitura dos títulos dos artigos, na segunda pela leitura dos resumos e na terceira e última fase, pela leitura do texto integral, conforme se pode verificar na figura PRISMA em anexo (Anexo 1).

Além disso, foi também procurada informação relevante em organismos/instituições oficiais, como sendo a OE, DGS, SNS, OMS, entre outros. Recorreu-se também à biblioteca da ESEnfC.

3.2.1 - Estilo de vida e Promoção da Saúde

O conceito de EV surgiu na década de 1910, quando a cultura começou a ser analisada como influenciadora de comportamentos, sendo atribuído essencialmente a Alfred Adler (psicólogo austro-húngaro), para quem o comportamento humano é determinado pelo contexto social, defendendo uma ligação de interdependência entre o corpo e o pensamento e definindo-o como um conjunto de regras de conduta desenvolvido pelos indivíduos para atingir os seus objetivos (Ribeiro, 2005).

A partir de 1928 o conceito de EV passou a estar associado essencialmente aos comportamentos alimentares, passando no final do século, a interligar-se com a noção de longevidade e índice de doenças (Ribeiro, 2005).

Também Karl Marx e Max Weber são reconhecidos como tendo desenvolvido os primeiros conhecimentos sobre este conceito no início do século XX. Max Weber relacionou o EV com o status social, afirmando que “um estilo de vida particular é o que realmente diferencia um grupo de outro” (...), afirmando “que os estilos de vida não se baseiam no que a pessoa produz, mas no que usa e no que consome” (Cockerham, 2009 citado por Silva, 2016, p.74), e para Karl Marx “a posição de uma pessoa na

estrutura de classes, resulta estritamente da quantidade de bens sociais sobre os quais tem controlo” (Silva, 2016, p.74). Contudo, e de acordo com Silva (2016) é a Max Weber que se deve o desenvolvimento conhecimento mais consistente sobre o EV, nomeadamente sobre EV saudável, interligando o EV com a conduta de vida dos indivíduos e com as oportunidades de vida, relacionando-as, “considerando que as oportunidades de vida finalmente estão determinadas pelas circunstâncias sociais, especificamente as socioeconómicas” (Vargas Oreamuno, 2010; Cockerham, 2012 como citado por Silva, 2016, p.75).

Nos estudos em saúde, o termo EV começou a ser amplamente usado a partir da década de 1930, definindo-se como “o agregado de decisões individuais que afectam a vida do indivíduo e sobre as quais este tem algum controlo” (Lalonde, 1974, p. 32). Contudo, é nos anos 50 que se intensifica a investigação sobre EV, nomeadamente na saúde pública, objetivando a procura de explicações para os “problemas de saúde que começavam a caracterizar as sociedades industrializadas” (Silva, 2016, p.75).

Também a OMS definiu EV como um “conjunto de estruturas mediadoras que refletem uma totalidade de atividades, atitudes e valores sociais” (WHO, 1986a, p. 43) ou “um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores” (WHO, 1988, p. 114). Uma outra definição surge em 1989, identificando EV como um modo de viver com origem na interligação entre as condições de vida e os padrões de conduta de cada indivíduo, que por sua vez são determinados pelos fatores socioculturais e pelas características pessoais (OMS, 1989).

Atualmente, o EV é mais entendido como as escolhas que cada indivíduo faz ao longo da sua vida, em diversas dimensões como a alimentação, exercício físico, entre outras, debatendo-se exaustivamente em diversas áreas de conhecimento quais os hábitos saudáveis ou prejudiciais para se conseguir uma vida longa, ativa e com máximo potencial de saúde.

O EV tem sido alvo de particular interesse em variadas áreas, assumindo-se como tema prioritário de debate em diversas agendas de saúde e políticas europeias, sendo fulcral no delineamento de estratégias de saúde pública, já que está associado às escolhas comportamentais de cada indivíduo, reconhecidas como decisivas no desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis e por isso, passíveis de serem alteradas, como por exemplo uma alimentação inadequada, vida sedentária e consumo de álcool, tabaco e outras drogas (ATOD).

Deste modo, é hoje indissociável o conceito de EV com o conceito de saúde, sendo o EV individual “descrito através dos padrões de comportamento suscetíveis de serem observados, os quais podem ter um efeito marcante na saúde do próprio indivíduo e na saúde de outros” (Matos e Carvalhosa, 1998 como citado por Costa Soares, 2017, p.6).

O conceito de saúde nem sempre foi entendido da mesma forma, dependendo do contexto social, económico, político e cultural, estando intimamente ligado a valores individuais, convicções científicas, religiosas ou filosóficas. O que faz com que a saúde não tenha igual significado para todos os indivíduos.

Segundo Dejours (1995), como citado pela Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (2015, p.8), “a saúde, (...) é a capacidade de cada indivíduo criar e lutar pelo seu projeto de vida, em direção ao bem-estar”. Ainda segundo a mesma Sociedade, referindo-se a Antonovsky (1996), os processos de procura de saúde além de terem em conta os agentes causais da doença, a prevenção e o tratamento, devem também dar primazia “aos fatores que promovem ativamente a saúde”.

Após a segunda guerra mundial em 1948 e com a constituição da OMS, a mesma define saúde na sua carta de constituição como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1998). Mais tarde, em 1961 o *Council of Europe* sustenta que qualquer indivíduo deverá usufruir de medidas que lhe permitam atingir um nível de saúde elevado (Silva, 2016).

Com a Declaração de Alma-Ata em 1978, a OMS responsabiliza todos os órgãos governamentais pela saúde dos indivíduos, atribuindo-lhes por outro lado direitos e deveres no que à participação no planeamento e execução dos cuidados de saúde diz respeito e dando ênfase aos cuidados de saúde primários (Silva, 2016). Além disso, dá um impulso ao desenvolvimento da saúde pública, identificando áreas fundamentais para a promoção da saúde, como “estabelecer políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis à saúde; desenvolver as competências pessoais; reforçar a ação comunitária; e reorientar os Serviços de Saúde” (DGS, s.d., p.1).

Em 1986 realiza-se a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa (Canadá), em que havendo a perceção de que existem fatores de risco determinantes no aparecimento e desenvolvimento de algumas doenças, principalmente nos países mais industrializados, se assume a saúde como “o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal”, e fundamental para se ter qualidade de vida. Além disto, reconhecem-se os “fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos” como capazes de afetar positiva ou negativamente a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através

da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (WHO, 1986).

Nesta conferência emanaram princípios de promoção da saúde (Carta de Ottawa), como desenvolver políticas saudáveis, criar ambientes adequados, reforçar a ação comunitária, desenvolver competências pessoais (e como tal, reforçar a literacia em saúde) e reorientar os Serviços de Saúde, com o envolvimento não só dos governos e do setor saúde, como também dos setores “sociais e económicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e comunicação social” (WHO, 1986).

Mais tarde, na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Adelaide, realizada na Austrália em 1988, foi reforçada a necessidade de desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas à criação de ambientes favoráveis que “facilitem a realização de escolhas saudáveis por parte dos cidadãos, ao mesmo tempo que tornam os ambientes físicos e sociais mais favoráveis à saúde” (Direção Geral da Saúde, n.d., p.2).

Em 2009 a OMS reconhece a literacia em saúde como “fundamental para o desenvolvimento da promoção da saúde” em todos os níveis de prevenção, “tornando-se necessário investir na formação e reorientação de práticas profissionais”, através do estabelecimento de parcerias, do trabalho em rede e do empoderamento pessoal e social, não descurando também a investigação e a disseminação de boas práticas, essenciais para se conseguir bem-estar ao mais alto nível. Deste modo, pode-se afirmar que “a promoção da saúde vai para além do controlo e da intervenção sobre os comportamentos de saúde”, procurando “uma intervenção social ativa que permita influenciar as decisões”. Assim sendo, “os profissionais, com intervenção na promoção da saúde, deverão orientar a sua intervenção para ajudar os indivíduos e os grupos a construírem a sua autonomia, e responsabilidade” (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2015, p.13).

A literacia em saúde é definida por Saboga-Nunes como “a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde” (Saboga Nunes, 2014, p. 95).

Em Portugal, o SNS surgiu em 1979 (Lei n.º 56/79 de 15 de setembro) e após entrada na União Europeia em 1986 foi apresentada a primeira Lei de Bases da Saúde (1990), com inclusão de programas de planeamento familiar, saúde materna e infantil, além da gestão das doenças crónicas e agudas, atribuindo já importância aos cuidados de saúde primários e à prevenção (Velez Lapão & Pisco, 2019), assegurando o “direito à proteção

da saúde”, assim como o acesso gratuito “a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos” (SNS, 2022).

Ao longo dos anos, têm sido diversas as alterações no SNS e conseqüentemente nos cuidados de saúde primários, existindo neste momento uma organização por ACES (desde 2008), valorizando o modelo de governação clínica como potenciador na obtenção de ganhos em saúde, investindo na qualidade, participação e responsabilização de todos os cidadãos (Biscaia & Heleno, 2016).

Atualmente, os ACES são constituídos por unidades funcionais, das quais fazem parte as UCC que têm como missão a prestação de “cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, (...) e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Ministério da Saúde, 2009, p.15438).

Também as USP têm responsabilidades na área da vigilância epidemiológica e conseqüentemente na análise dos determinantes de saúde da comunidade em que estão inseridas, devendo desenvolver as estratégias necessárias objetivando a melhoria das condições de saúde da população e atuando também na prevenção da doença, uma vez que as doenças crónicas não transmissíveis representam uma elevada carga financeira para os sistemas de saúde europeus, em que 70 a 80% das despesas em saúde destinam-se ao tratamento de doenças crónicas como por exemplo as de origem cardiovasculares, evitáveis através de um EV saudável, tal como defendido pelo Diretor-Geral Adjunto da Direção-Geral da Saúde e da Segurança dos Alimentos da Comissão Europeia, Martin Seychell (Comissão Europeia, 2016). Tais estratégias devem estar sempre alinhadas com as políticas europeias, nomeadamente com os ODS e com o Plano Nacional de Saúde (PNS), documento orientador e facilitador de processos, numa perspetiva multidimensional e multissetorial.

O PNS “é um instrumento que orienta e influencia as políticas públicas”, (...) reconhecendo que todos os cidadãos são “atores de saúde” que têm “a possibilidade e a responsabilidade de participar na sua construção”, tendo o PNS 2021-2030 como lema “Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s” (DGS, 2022, p.204), alinhado com o ODS 3 que pretende “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (DGS, p.60). Também este aborda a promoção da saúde, como prioritária, “investindo (...) na prevenção primária, intervindo sobre os principais determinantes da saúde, obtendo, assim, “more health for the money” (“mais saúde para

o dinheiro [investido]” (DGS, p.183), e identifica o EV como determinante de certas doenças.

A OMS considera que um EV saudável é uma maneira de viver que diminui o risco de desenvolvimento de doença grave ou de morrer prematuramente (WHO 1999a). Por outro lado, o nível de saúde de cada pessoa dá visibilidade em grande medida ao seu EV. Segundo Long et al. (1988), citado por Ferreira (2008, p.23), EsV saudáveis “contribuem para uma baixa ocorrência de comportamentos prejudiciais (...) e caracterizam-se por comportamentos e hábitos que têm relação estreita com a saúde em sentido amplo”. Por outro lado, e segundo a mesma autora referindo Peterson (2002), EsV não saudáveis “compreendem um conjunto de condutas que ameaçam o bem-estar físico e psíquico e o desenvolvimento do indivíduo” e “têm forte uma influência no aparecimento de doenças crónicas” (Ferreira, 2008, p.23), sendo na maioria das vezes modificáveis, tais como o consumo de substâncias psicoativas, os hábitos alimentares, as horas de sono, o exercício físico, entre outros. A sua alteração poderá ter efeitos positivos tais como, aumentar a longevidade e o número de anos saudáveis, reduzir o número de mortes por determinadas doenças (cérebro - cardiovasculares entre outras), e aumentar o número de anos sem as complicações próprias das doenças crónicas.

De acordo com Godbey (1999), há relação entre “estilos de vida ativos e um bom estado de saúde, sugerindo também que pessoas com bom estado físico são mais capazes de gozar a vida na sua plenitude, encontrando-se menos vulneráveis e com taxas mais baixas de doenças cardíacas” (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2015, p.18).

Os comportamentos de saúde variam ao longo da vida, sendo os hábitos saudáveis mais frequentes na infância, piorando na fase da adolescência/juventude e melhorando depois com o amadurecimento. As consequências podem não ser sentidas durante anos e poucas são as crianças/adolescentes que se preocupam com o futuro da sua saúde aos 40 ou 50 anos, contudo os comportamentos nocivos adotados vão-se instalando ao longo da mesma e conduzem às doenças associadas (Aaro, 1997; Ribeiro, 2007). A alteração de comportamentos no sentido da adoção de EV promotores de saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação não só à sua saúde, mas também à saúde dos que delas dependem e à da comunidade em que estão inseridas, é objetivo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento n.º 428/2015).

Deste modo, a educação para a saúde visa um conjunto de medidas que objetivam a mudança de comportamentos (WHO, 1998), com a promoção de alterações positivas nos comportamentos de saúde. A promoção/proteção da saúde e a prevenção das doenças só são possíveis com a participação ativa dos vários parceiros, nomeadamente da escola, família e comunidade. Aprender sobre saúde possibilita a aquisição de conhecimentos (saber) e de capacidades (saber fazer e saber ser), que lhe permitem fazer escolhas no sentido de adotar EV saudáveis, recusando comportamentos nocivos. A participação da escola tem sido fundamental para a implementação de programas e projetos de educação para a saúde (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2015).

Também a OMS (1986), define a promoção da saúde como o processo de capacitação das pessoas “para aumentar o controlo e melhorar a sua saúde, assim como a dos grupos de pertença. Este vasto conceito inclui também os estilos de vida e outros fatores sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde” (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2015, p.36).

3.2.2 - Estilo de vida dos estudantes do ensino superior

A entrada no ensino superior apresenta-se como uma fase de mudança de vida a diversos níveis, nomeadamente a nível emocional pelo afastamento muitas vezes da família, sendo este o primeiro momento em que isso acontece efetivamente por períodos mais longos de tempo. Também as rotinas são alteradas e as exigências são outras, ficando muitas vezes os jovens à sua mercê no que à alimentação diz respeito, tratamento de roupas, entre outros. Pelo que, “é um período durante o qual, novas responsabilidades surgem (...). Mudanças significativas são experimentadas, o que exige que os alunos tenham um papel mais ativo na tomada de decisões relacionadas a si mesmos”. É também “um período muito importante e produtivo em termos de determinação do comportamento”, quer a nível da “responsabilidade com a saúde, a atividade física, os hábitos nutricionais, o desenvolvimento espiritual, o relacionamento interpessoal e o gerenciamento do estresse (...)” (Çetinkaya & Sert, 2021, p.2).

Muitos estudos nesta área, apresentam como principal conclusão a necessidade de proteger e melhorar a saúde dos estudantes, podendo ser útil desenvolver e tornar obrigatórios cursos de promoção da saúde em todas as instituições do ensino superior.

Neste sentido, surgiu o conceito de universidades promotoras de saúde, sendo que Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, numa estreita colaboração entre a Saúde e a Educação, com a implementação de vários projetos nesse âmbito. Uma escola que favoreça o desenvolvimento da saúde na sua

comunidade escolar define-se como uma escola promotora de saúde (Graciano et al., 2015, citado por Cunha, 2020, p.18). “Capacitar os estudantes do ensino universitário com competências pessoais, sociais e de terceira dimensão (pensamento estratégico, pensamento criativo, pensamento crítico e liderança na mudança)” é fundamental para “que estes desenvolvam a tomada de decisão responsável, e adoção de comportamentos assertivos face aos estímulos sociais inerentes ao desenvolvimento” (Cunha, 2020, p.19).

No empoderamento para a saúde da comunidade está subjacente que “os indivíduos atuem em conjunto para alcançar uma maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e a qualidade de vida da sua comunidade” (Schmidt & Prado, 2016, como citado por Cunha, 2020, p.19).

Segundo Branquinho (2000), os determinantes em saúde dizem respeito a: fatores biológicos (idade, sexo e fatores genéticos); EV (fumar, exercício físico, nutrição); fatores ambientais e condições de vida (alojamento, água, esgotos, condições de trabalho); fatores sociais (emprego, nível socioeconómico, apoio e rede social de contactos); e sistemas de saúde (políticas de saúde, serviços de saúde, acessibilidade aos cuidados de saúde).

De acordo com a DGS (2003) os determinantes da saúde são as “circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e os sistemas dedicados a lidar com a doença. Estas circunstâncias são, por sua vez, modeladas por um vasto conjunto de forças económicas, políticas, sociais, entre outras” e são influenciados por fatores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos), ambientais, económicos, sociais e culturais.

Também o PNS 2021-2030 classificou os determinantes de saúde como ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, representando-os na figura seguinte:

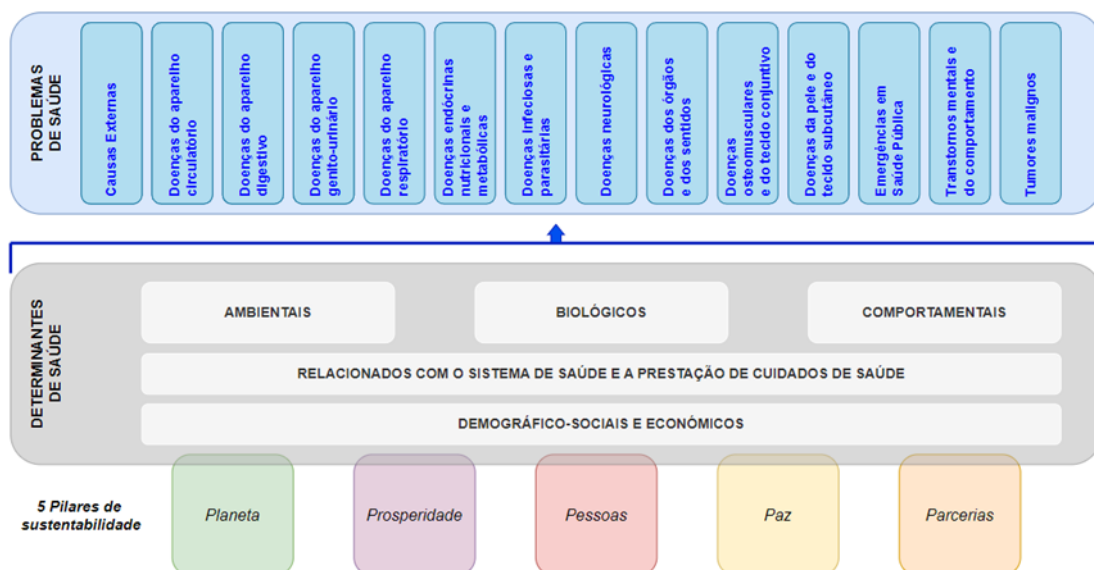


Figura 12 - Interação dos determinantes da saúde. Fonte: DGS, 2022.

São muitos os modelos que visam explicar a relação entre os diferentes fatores que influenciam a saúde, sendo um deles e o mais referido na literatura, o modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 13) (Carvalho, 2012).



Figura 13 - Modelo de Dahlgren e Whitehead (Carvalho, 2012)

Para Dahlgren e Whitehead os determinantes da saúde dividem-se em diferentes níveis, encontrando-se no centro os indivíduos (com as características individuais de idade, género e fatores genéticos) e no primeiro nível os fatores relacionados com o EV e que, portanto, podem ser alterados. No nível seguinte estão as redes sociais e comunitárias de apoio, e no nível mais distal estão os determinantes relacionados com aspetos

económicos, ambientais e culturais, que têm grande capacidade de influenciar os fatores dos níveis subjacentes. “De forma geral, a lógica dos determinantes sociais da saúde pretende reduzir as iniquidades em saúde, melhorar a saúde e melhorar o bem-estar, promover o desenvolvimento e alcançar as metas de saúde” (Carvalho, 2012, p.22).

Assim, o desenvolvimento de programas centrados nas escolas deverá ser uma prioridade para a capacitação dos jovens, promovendo dessa forma a adoção de EV saudáveis, já que a responsabilidade sobre a saúde não cabe apenas ao setor da saúde, mas sim a todos os setores da sociedade.

As instituições de ensino superior deverão ser potenciadoras de saúde pública, com aposta efetiva na promoção da saúde, contribuindo assim para a construção, disseminação e aplicação de conhecimentos. Elas podem e devem influenciar de forma positiva a vida dos estudantes, de quem nela trabalha, através de ambientes seguros, saudáveis e sustentáveis. Deste modo, espera-se que sejam capazes de maximizar os desempenhos, investindo no empoderamento da comunidade educativa, e na produtividade e satisfação dos estudantes, fundamentais num mercado cada vez mais competitivo. Este foco, permitirá que façam escolhas mais saudáveis no dia-a-dia e assumam a defesa da saúde global a longo prazo, desempenhando papéis com impacto nas políticas de saúde ou nas tomadas de decisão sobre as mesmas (Soares, Pereira & Canavarro, 2015).

Os estudantes do ensino superior são um grupo fundamental “para as atividades de promoção e prevenção em saúde, já que os estilos de vida destes intervêm diretamente no seu desenvolvimento físico, psíquico e mental” (Gómez & Salazar, 2010, como citado por Silva, 2016, p.20).

O ensino superior deverá assim ser alvo de atenção acrescida, representando um desafio para os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. Tendo como base a metodologia do Planeamento em Saúde (abordado num subcapítulo seguinte), cabe a estes profissionais avaliar o estado de saúde desta comunidade em particular (Regulamento n.º 428/2018) e desenvolver os projetos necessários direcionados à resolução dos problemas detetados.

3.2.3 - Avaliação do estilo de vida

O EV representa o conjunto de comportamentos relacionados com as atividades diárias de cada indivíduo e, portanto, um conjunto de hábitos que adquire ao longo da vida, ou por aprendizagem/imitação do grupo social que o rodeia. Alguns destes comportamentos são prejudiciais para a saúde em diversos contextos (biológico,

psicológico e social), sendo o termo Estilos de Vida Saudáveis aqueles que não se relacionam com situações prejudiciais ou até que protegem o indivíduo de danos para a sua saúde. Os comportamentos prejudiciais traduzem-se no aumento da prevalência de determinadas doenças associadas a hábitos inadequados, que no caso dos estudantes do ensino superior, são apresentados em diversos estudos como sendo a falta de exercício físico, a alimentação inadequada, o consumo de ATOD's, os acidentes, as relações entre os pares e/ou com o grupo e os comportamentos sexuais de risco, que dão origem a certas doenças ou até mesmo à morte (Silva, 2016).

Habitualmente, para avaliar o EV, principalmente dos estudantes do ensino superior, utilizam-se questionários, uma vez que são baratos, fáceis de aplicar e “permitem avaliar um grande número de pessoas, o que os torna muito apropriados para estudos epidemiológicos”, permitindo “respostas rápidas para algo que exigiria muito tempo para ser avaliado de outra forma” (Silva, 2016, p.98).

Não havendo até 2006 instrumentos que permitissem “não só comparações geográficas e temporais como a formação de redes internacionais de peritos e recursos, imperiosos para o fortalecimento das políticas da saúde e promoção da saúde no contexto do ensino superior”, a Universidade Católica do Chile juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde e a OMS, contando com o apoio do Conselho Nacional para a Promoção da Saúde – VIDA CHILE e do Ministério da Saúde Chileno criaram o Guia para universidades saludables y otras instituciones de educación superior, apresentando um questionário de autopreenchimento para avaliação do EV, denominado *Tiens uno estilo de vida fantástico?*. Trata-se de uma tradução e adaptação de um questionário desenvolvido por Wilson e Ciliska, no Canadá, cujo objectivo inicial era apoiar os médicos na avaliação do EV dos doentes, podendo implementar medidas para prevenção/tratamento das doenças existentes, sendo adaptado posteriormente para aplicação em jovens do ensino superior (Silva et al., 2014).

Também estes entendem que é preciso agir sobre o comportamento dos indivíduos, sendo insuficientes os conselhos emitidos pelas autoridades competentes, uma vez que cada indivíduo deve ser capaz de gerir a sua própria saúde, sendo necessário promover a sua participação ativa no desenvolvimento de melhores EV, envolvendo organizações comunitárias e sociais nesta missão (Universidad Católica de Chile, 2006).

Este questionário tem vários domínios de bem-estar psicossocial, é de rápido preenchimento e tem um carácter positivo. Não obstante a possibilidade de autodiagnóstico de EV, permite também a gestão pelo próprio do seu EV nos diversos domínios que avalia. Trata-se assim de um instrumento de elevada validade e

fiabilidade, que permite “aos profissionais de saúde identificar de forma rápida e objetiva os fatores de risco e prognóstico do estilo de vida que podem ser melhorados com intervenções educativas”, tendo também como mais-valia a possibilidade de “comparar os dados com outras universidades e realizar” parcerias na criação/desenvolvimento de programas de intervenção comunitária (Silva et al., 2014, p.1903).

O questionário apresenta 30 questões de resposta fechada, abrangendo dez domínios dos três componentes do estilo de vida (físicos, psicológicos e sociais) identificando-se com a sigla “FANTÁSTICO” (F – Família e Amigos; A – Atividade física/Associativismo; N – Nutrição; T – Tabaco; A – Álcool e Outras drogas; S – Sono/Stress; T – Trabalho/Tipo de personalidade; I – Introspeção; C – Comportamentos de saúde e sexual; O – Outros Comportamentos). Cada item tem três opções de resposta com um valor numérico de 0, 1 ou 2. “Somando-se os valores em cada domínio, obtemos o valor correspondente para cada um” e “a soma de todos os pontos resultantes de todos os domínios”, multiplicada por dois “permite chegar a um score global que classifica os indivíduos de 0 a 120 pontos” (Silva et al., 2014, p.127). De acordo com a Universidade Católica de Chile (2006), o questionário permite estratificar o comportamento em cinco classificações: de 0 a 46 (Necessita melhorar); de 47 a 72 (Regular); de 73 a 84 (Bom); de 85 a 102 (Muito bom) e de 103 a 120 (Excelente).

A pontuação obtida relaciona-se de forma contrária com a necessidade de mudança comportamental, ou seja, há maior necessidade de mudança em quem obteve scores mais baixos, pelo que,

“Excelente” indica que o estilo de vida exercerá uma elevada influência positiva sobre a saúde; “Muito Bom” indica que o estilo de vida exercerá uma adequada influência positiva para a saúde; “Bom” indica que o estilo de vida trará muitos benefícios para a saúde; “Regular” significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde, porém apresenta alguns riscos; “Necessita melhorar” indica que o estilo de vida apresenta muitos fatores de risco para a saúde” (Silva, 2016, p.127).

Este questionário foi o escolhido para o estudo associado a este relatório, uma vez que permite dar resposta aos objetivos pretendidos e é de fácil entendimento e aplicação.

3.2.4 - Promoção da Saúde e Modelos Concetuais

O conceito de promoção da saúde tem evoluído ao longo da história, refletindo também o desenvolvimento dos paradigmas de saúde/doença, configurando-se como a base da saúde pública e da intervenção de enfermagem nesta área disciplinar e assentando nos modelos de saúde salutogénicos. Este conceito tem sofrido diversas alterações ao longo do tempo tendo começado a ser equacionado em 1978 com a Declaração de Alma-Ata,

ao conceber a saúde como uma produção social, apontando para a cooperação entre os vários setores da comunidade e para o estímulo à participação social (Stanhope & Lancaster, 2011). A promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (OMS, 1986).

Têm sido diversos os estudos realizados e fundamentados em modelos que têm como objetivo a melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados, contribuindo diretamente para a promoção da saúde.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, é um dos modelos amplamente utilizados para orientar os enfermeiros na sua prática, que enfatiza a prevenção primária, sendo possível aplicar ao longo de todos os estádios do ciclo vital do indivíduo, em que cada pessoa tem um papel ativo na gestão dos seus comportamentos e, conseqüentemente, na manutenção do seu estado de saúde. Este modelo é usado em enfermagem para implementar e avaliar intervenções de promoção da saúde, através do estudo da inter-relação de três eixos principais:

- as características e experiências individuais;
- os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento desejável;
- o comportamento de promoção da saúde desejável.

Relativamente às características e experiências individuais, estas compreendem o comportamento anterior, comportamento a ser alterado e os fatores pessoais, que são divididos em fatores biológicos (idade, índice de massa corpórea, agilidade), psicológicos (autoestima, automotivação) e socioculturais (educação, nível socioeconómico). O componente sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento desejável, é o cerne do diagrama, sendo formado pelas variáveis: percebe benefícios para ação; percebe barreiras para ação; percebe autoeficácia; influências interpessoais; influências situacionais. O comportamento desejável é o resultado das intervenções de enfermagem implementadas de acordo com o Modelo de Promoção da Saúde (Victor et al, 2015). Na Figura 14 apresentamos o Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

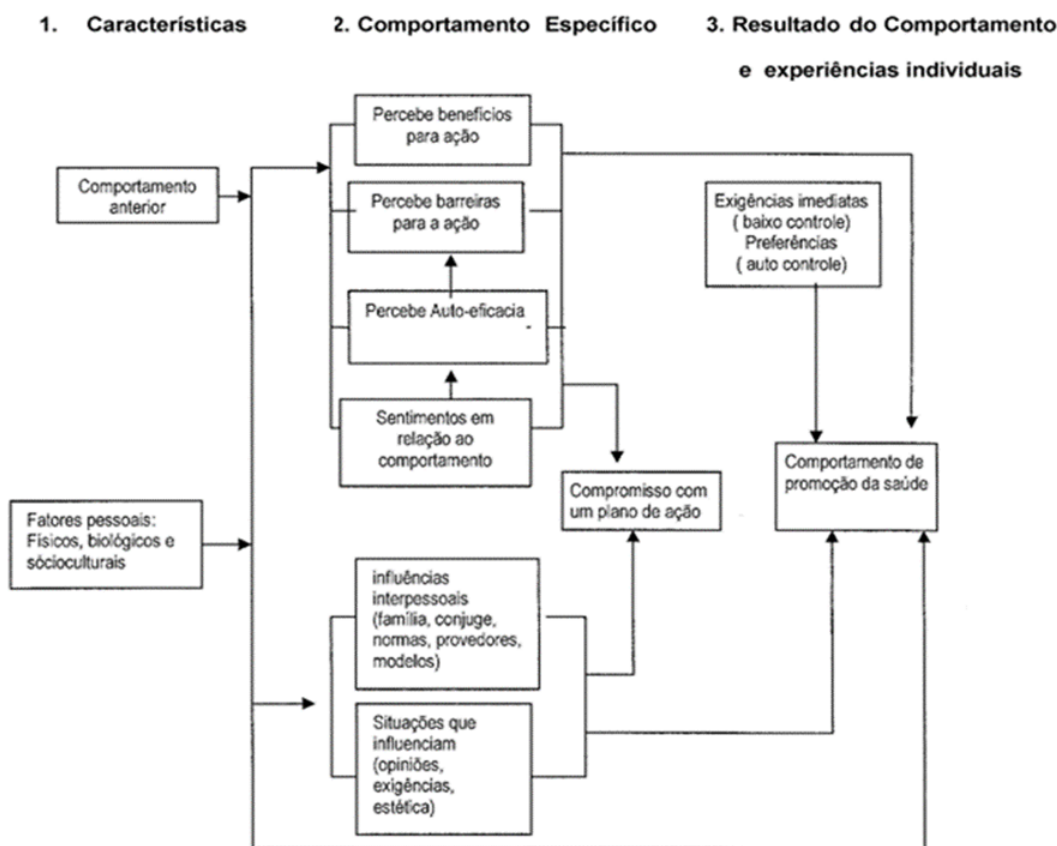


Figura 14 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Victor et al., 2005).

Neste sentido, o foco dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública é a promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença, tendo como desígnio a melhoria da saúde dos indivíduos e da comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011). Ora, melhorar a saúde a nível individual supõe uma melhoria na saúde da comunidade, uma vez que a saúde individual está relacionada com a saúde da população como um todo. Nola Pender considera que cada pessoa tem características singulares (biológicas, psicológicas e socioculturais) e vivências únicas que vão afetar, não só a forma como percebe as suas necessidades em saúde, mas também a forma como age no sentido da manutenção ou melhoria da sua condição de saúde (Tomey & Alligood, 2004). São diversas as variáveis que podem convergir no sentido da alteração de comportamentos e, são elas o foco de intervenção de enfermagem, de forma a dotar a pessoa dos conhecimentos necessários (capacitação) para melhorar não só a sua saúde como a da comunidade, uma vez que comportamentos de risco individuais podem afetar todo o grupo em que se está inserido e, conseqüentemente, a população em geral (Costa, 2016). Assim, capacitação significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde através de mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando

o desenvolvimento de competências pessoais (...) a fim de promover e proteger a sua saúde (OE, 2011). Neste contexto, comportamentos não saudáveis é o que se pretende alterar assumindo que o caminho passa pelo empoderamento de cada indivíduo melhorando os níveis de literacia em saúde, tornando-o capaz de tomar as melhores decisões de forma consciente e informada. O EV saudável é o resultado comportamental desejado, devendo resultar numa melhoria da saúde e da capacidade funcional e numa maior qualidade de vida em todas as etapas do ciclo vital (Tomey & Alligood, 2004).

Este modelo permite compreender e promover comportamentos, motivações e ações dos indivíduos principalmente a partir do conceito de autoeficácia, sendo utilizado para valorizar a pertinência das intervenções, com foco na promoção de comportamentos saudáveis, que é competência fundamental dos cuidados prestados pelos enfermeiros, melhorando a saúde e sendo capazes de gerar comportamentos preventivos (Silva, 2016).

Também Melo (2020, p.52), aborda o empoderamento comunitário como a base de um processo dinâmico “em que a participação, processo e liderança comunitários se conjugam na capacidade de identificar e resolver os problemas e potenciar os recursos da comunidade”, conseguindo-se efetivamente ganhos em saúde.

Este autor defende o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), apoiado pelos conceitos de comunidade, ambiente comunitário, saúde comunitária e cuidados de enfermagem, em que “a comunidade é definida como um conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, com funções identificadas”, e que têm os mesmos objetivos. Por sua vez, o ambiente comunitário corresponde ao “conjunto de elementos humanos” (pessoas que vivem na comunidade e pessoas que interagem com elas), “elementos físicos (...), elementos económicos (...), bem como elementos políticos” e a saúde comunitária “é o processo dinâmico de empoderamento comunitário em que a participação, processo e liderança (...) se conjugam na capacidade de identificar e resolver os problemas e potenciar os recursos da comunidade” (Melo, 2020, pp.50-52).

As intervenções de enfermagem centram-se na comunidade e estão associadas à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), em que “a gestão comunitária é o foco de atenção principal (...), a comunidade é a sua unidade de cuidados e as três dimensões de diagnóstico são o processo comunitário, a participação comunitária e a liderança comunitária”, constituindo a “matriz de decisão clínica” (Figura 15) (Melo, 2020, p.57).

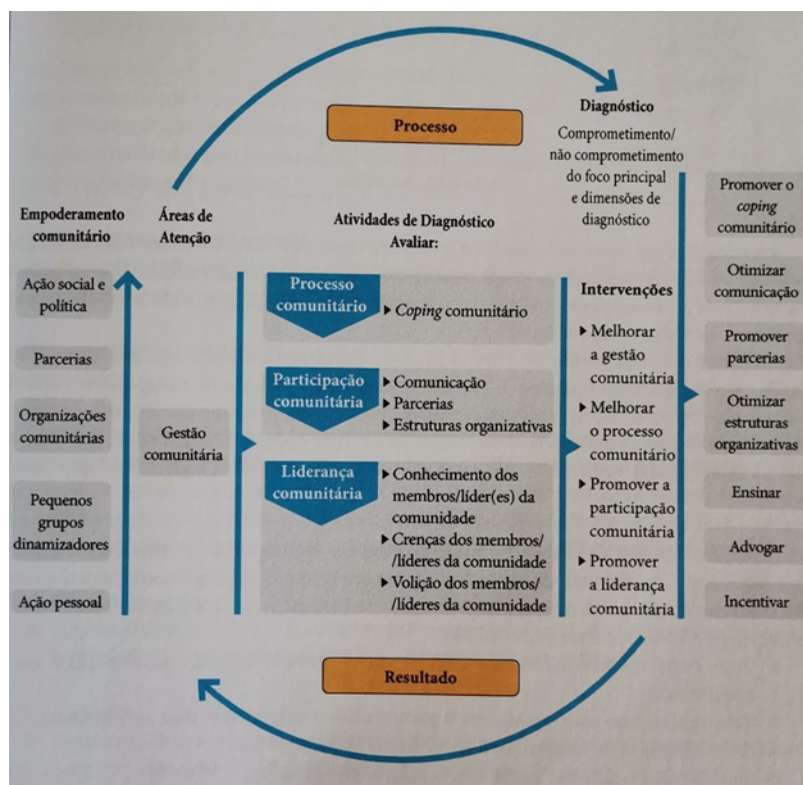


Figura 15 – “Matriz de decisão clínica do MAIEC”. Fonte: Melo, 2020, p. 57.

Sendo a CIPE promovida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, como uma terminologia resultante de consensos mundiais e que “representa o que os enfermeiros observam (diagnósticos e resultados de Enfermagem), bem como as ações empreendidas para resolver problemas de saúde (intervenções de Enfermagem)”, permite que todos os enfermeiros, em qualquer local de prestação de cuidados, em qualquer parte do mundo, utilizem a mesma linguagem, com o mesmo significado para todos, representando um recurso fundamental para facilitar a “auditoria, investigação, educação e elaboração de políticas para o benefício dos enfermeiros e das pessoas que cuidam” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p.13).

Assim, segundo a CIPE, o diagnóstico que melhor se adequa à promoção da saúde é “Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade para promover comportamento de procura de saúde”, cuja intervenção de enfermagem comunitária é “Aconselhamento sobre comportamentos de estilo de vida” e Conceito de Preferência “Promover comportamentos de manutenção de saúde” (OE, 2015, p.50).

3.3 - METODOLOGIA

Segundo Vilelas (2022), a investigação científica é a atividade que nos permite produzir conhecimentos científicos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis. A

metodologia científica diz respeito às etapas e aos métodos que se aplicam numa investigação científica para construir modelos de trabalho claros (Vilelas, 2022).

3.3.1 - Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico descritivo transversal - correlacional, numa amostra não probabilística.

3.3.2 - Participantes

Os participantes foram estudantes inscritos nas instituições de ensino superior no Distrito de Viseu, que frequentavam uma licenciatura ou mestrado integrado; foram excluídos os estudantes que frequentavam mestrados (2º ciclo) ou doutoramento.

3.3.3 - Objetivos

- Caracterizar os estilos de vida dos estudantes do ensino superior no distrito de Viseu
- Identificar quais as dimensões do estilo de vida mais afetadas nos estudantes do ensino superior no distrito de Viseu
- Analisar os fatores pessoais que mais influenciam os estilos de vida dos estudantes do ensino superior no distrito de Viseu

3.3.4 - Variáveis

Variáveis sociodemográficas

- Idade – operacionalizada através de pergunta aberta e expressa em anos.
- Sexo – operacionalizada através de pergunta fechada, com duas opções de resposta: Masculino e Feminino.
- Área de estudo: operacionalizada através de questão aberta “O seu curso:”, agrupando-se posteriormente em 8 grandes grupos de formação segundo a Classificação Nacional das Áreas de Educação e Formação (Ministério das Atividades Económicas e do Trabalho, 2005) – Educação; Artes e Humanidades; Ciências Sociais, Comércio e Direito; Ciências, Matemática e Informática, Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção; Agricultura; Saúde e Proteção Social e Serviços. Ano curricular – operacionalizada por pergunta de resposta fechada, com quatro opções de resposta: 1º ano, 2º ano, 3º ano e 4º ano.
- Rendimento do agregado familiar – operacionalizada por pergunta de resposta fechada, considerando o ordenado mínimo, com quatro opções de resposta: de 1 a 3 ordenados/rendas mínimo/a, de 3 a 6 ordenados/rendas mínimo/a, de 6 a 10 ordenados/rendas mínimo/a, mais de 10 ordenados.

- Habilitação literária da mãe e pai – operacionalizada por pergunta de resposta fechada, com sete opções de resposta: menos de 4 anos de escolaridade, 4 anos de escolaridade (1º ciclo do ensino básico), 6 anos de escolaridade (2º ciclo do ensino básico), 9º ano (3º ciclo do ensino básico), 12º ano (ensino secundário), ensino superior, habilitação ignorada.
- Trabalha para além de estudar – operacionalizada por pergunta de resposta fechada, com três opções de resposta: sim, a tempo parcial, sim a tempo inteiro, não.
- Deslocação do local de residência – operacionalizada por pergunta de resposta fechada, com opção de sim e não.
- Com quem vive – operacionalizada por pergunta de resposta fechada, com quatro opções de resposta: sozinho, com amigos, com conjugue ou com filhos.
- Número de noites para atividades recreativas – operacionalizada por pergunta de resposta aberta, em que cada estudante identifica em média, por semana, o número de noites que sai para atividades recreativas.
- Valor gasto em euros por noite – operacionalizada por pergunta de resposta aberta, em que cada estudante identifica o valor gasto em euros por noite, quando sai para atividades recreativas.
- Número de matrículas – operacionalizada por pergunta de resposta fechada, com opção de resposta de 0 até 100.

Variáveis clínicas

- IMC – operacionalizada através da fórmula: $Peso / Altura^2$, com valor do peso apresentado em quilogramas (Kg) e o valor da altura em metros (m), organizada em quatro categorias (WHO, 2000b): Baixo peso (IMC inferior a 18,5); Normal (IMC compreendido entre 18,5 e 24,9); Excesso de peso (IMC entre o 25 e 29,9); Obesidade (IMC acima de 30).
- Satisfação corporal - medida recorrendo à escala de Representação das Silhuetas de Stunkard et al. (1983), em que o estudante escolhe o número da silhueta com se identifica (imagem corporal real) e o número da silhueta com a qual gostava de se parecer (imagem corporal ideal). A diferença entre a imagem corporal real e a imagem corporal ideal foi usada para determinar o nível de satisfação relativamente à imagem corporal. Considera-se que o indivíduo está satisfeito se obtém valores de -1, 0 ou 1.
- Autoestima – operacionalizada através da resposta fechada a 10 itens constantes da escala Autoestima de Rosenberg (Santos e Maia, 2003), cujo somatório pode variar de 10 a 40 pontos. Quanto maior a pontuação, maior o nível de auto-estima,

sendo que o valor igual ou superior a 31 corresponde a elevada auto-estima e igual ou inferior a 21 corresponde a baixa auto-estima (Ferreira, 2014).

- Bem-estar psicológico - avaliado através do Questionário de Bem-Estar Psicológico (versão reduzida de Grossi et al. [2006], validado para a população portuguesa por Rainho et al. [2012, 2018]), constituído por 6 itens respondidos em escala tipo likert de frequência, com 5 alternativas de resposta de nunca a sempre; outros em escala tipo likert de intensidade, também com 5 alternativas de resposta de “senti-me cheio de energia” a “senti que não tinha nenhuma energia ou vitalidade em relação a tudo”. O valor das pontuações atribuídas aos itens 2, 3 e 6 são invertidos, só posteriormente se calcula a pontuação total do bem-estar psicológico somando a pontuação nos 6 itens, cujo valor pode variar de 0 (nível mínimo de bem-estar) a 30 (nível máximo de bem-estar).

Variável dependente

- Estilo de Vida – operacionalizado através do questionário “Estilo de Vida Fantástico” validado por Silva, Brito e Amado (2014).

3.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um instrumento constituído por duas partes: a 1º parte constituída pela caracterização sociodemográfica e Clínica, que além das questões elaboradas pelo autora, utilizou-se também a avaliação da satisfação corporal através da Escala de Representação das Silhuetas de Stunkard et al. [1983], da autoestima através da Escala Autoestima de Rosenberg [Santos e Maia, 2003]) e do bem-estar psicológico através do Questionário de Bem-Estar Psicológico de Grossi et al. [2006]), assim como o Questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” de Silva, Brito e Amado (2014), para avaliação da variável dependente do estudo. (Apêndice II), utilizado na plataforma *Google Forms*.

A satisfação corporal avaliou-se através da escala de silhuetas de Stunkard et al. (1983), constituída por 9 imagens de silhuetas femininas e masculinas que vão progressivamente da mais magra à mais gorda, sendo que para análise da imagem corporal (percebida e ideal), juntamente com as silhuetas foram realizadas três perguntas: “Qual o número que representa a forma como se vê?”; “Qual o número que representa a forma como gostaria de ser?”; “Qual o nº que representa ser saudável?”. Para verificar a satisfação corporal, utilizou-se a diferença entre a silhueta percebida e a silhueta desejada, com um resultado que pode variar entre -8 e 8. Quando o resultado da diferença varia entre -1 e 1 significa que os inquiridos estão satisfeitos com a sua imagem corporal. Caso ultrapasse estes limites, quer negativa quer positivamente,

estamos perante indivíduos que estão insatisfeitos com o seu corpo, quer seja pela magreza -8 a -2; quer seja pelo excesso de peso de 2 a 8.

Quanto à autoestima global, que segundo Blascovich e Tomaka (1991), diz respeito “à avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo (...), desempenhando papel fundamental no processo de construção da identidade adulta” (Silva, 2016, p.145), foi avaliada através da Escala Autoestima de Rosenberg, constituída por 10 Itens (5 de orientação positiva e 5 de orientação negativa), utilizando um formato tipo Likert, com quatro alternativas de resposta: “Concordo muito”; “Concordo um pouco”; “Discordo um pouco” e “Discordo muito”. A cotação dos itens varia entre 1 e 4 pontos, sendo que o nível de autoestima pode variar entre o mínimo de 10 e o máximo de 40, com a cotação invertida nos itens de orientação negativa (2, 5, 6, 8, 9). Altos níveis de autoestima correspondem a valores mais elevados nas respostas.

O bem-estar psicológico foi avaliado através do Questionário de Bem-Estar Psicológico versão abreviada constituída por 6 itens, também com um formato tipo Likert, com seis possibilidades de resposta. A pontuação dos itens varia entre 0 e 5, sendo que o nível de bem-estar psicológico pode variar entre o mínimo de 0 e o máximo de 30, com a cotação invertida nos itens (2, 3 e 6) de 5 a 0.

Relativamente ao questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”, trata-se de um instrumento de autopreenchimento e avaliação que explora os hábitos e os comportamentos na população-alvo em relação aos estilos de vida adequados para a saúde. O questionário é constituído por 30 questões (itens), todas elas com resposta fechada, que exploram domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do EV, que correspondem à sigla “FANTÁSTICO”: F – Família e Amigos; A – Atividade física/Associativismo; N – Nutrição; T – Tabaco; A – Álcool e Outras drogas; S – Sono/Stress; T – Trabalho/Tipo de personalidade; I – Introspeção; C – Comportamentos de saúde e sexual; O – Outros Comportamentos. Cada item tem três opções de resposta, às quais se atribui um valor numérico de 0, 1 ou 2 (Tabela 1). A soma de todos os pontos de todos os domínios e multiplicando-os por dois permite obter um score global 0 a 120 pontos, com cinco níveis de classificação: de 0 a 46 (Necessita melhorar); de 47 a 72 (Regular); de 73 a 84 (Bom); de 85 a 102 (Muito bom) e de 103 a 120 (Excelente). Quanto menor for o score obtido, maior será a necessidade de alteração de comportamentos. Deste modo, os resultados podem ser interpretados como: “Excelente” indica que o estilo de vida exercerá uma elevada influência positiva sobre a saúde; “Muito Bom” indica que o estilo de vida exercerá uma adequada influência positiva para a saúde; “Bom” indica que o estilo de vida trará muitos benefícios para a saúde; “Regular” significa que o estilo de vida proporciona algum benefício para a saúde,

porém apresenta alguns riscos; “Necessita melhorar” indica que o estilo de vida apresenta muitos fatores de risco para a saúde” (Silva, 2016, p.127).

3.5 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA, ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Para a colheita de dados foi aplicado o instrumento já mencionado, recorrendo à plataforma *Google Forms*, que esteve disponível para preenchimento entre o dia 21 de outubro de 2022 e o dia 30 de dezembro de 2022, logo após solicitação de colaboração às instituições de ensino superior, no envio do e-mail tipo para os estudantes, convidando-os a participar no estudo.

Cessando a colheita de dados, os mesmo ficaram disponíveis automaticamente num ficheiro de Excel, que foi importado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences® (IBM® SPSS) – versão 24.0 para Windows*, o qual permitiu a análise estatística descritiva e inferencial.

A técnica utilizada neste estudo para estimar a consistência interna das escalas utilizadas no instrumento de colheita de dados foi o coeficiente alfa de Cronbach, sendo este o teste mais utilizado quando existem várias possibilidades de escolha no estabelecimento de scores em escalas tipo Likert (Marôco e Marques, 2006). Considera-se um valor de alfa de Cronbach aceitável quando se situa entre $0,70 < \alpha < 0,90$, sendo que resultados inferiores a 0,70 indicam uma pobre correlação entre os itens e os resultados acima de 0,90 podem indicar uma redundância ou duplicação dos mesmos (Dixe, 2022).

Para a análise descritiva utilizaram-se essencialmente as frequências absolutas e relativas, as medidas de tendência central e de dispersão.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de que a variável dependente possua distribuição normal e que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras (Marôco, 2021). Assim sendo, para testar a normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov - Smirnov e para testar a homogeneidade das variâncias foi utilizado o teste de Levene, sendo estes os testes e mais utilizados e potentes segundo Marôco (2021) e uma vez que a amostra é superior a 50 participantes.

O teste Kolmogorov - Smirnov é usado para decidir se a distribuição da variável em estudo, numa determinada amostra, provém de uma população com uma distribuição normal ou não (Marôco, 2021). Calculada a sua significância, considera-se que se o resultado for superior a 0,05 assumimos que as variáveis em estudo seguem uma distribuição normal. O teste de Levene permite verificar se as variâncias populacionais (estimada a partir das amostras) são homogêneas.

Verificado este pressuposto para a estatística inferencial, utilizaram-se os testes paramétricos, nomeadamente o teste T para duas amostras serve para testar se a média de duas populações são ou não significativamente diferentes; A análise de Variância (ANOVA) permite a comparação da média de duas ou mais populações; utilizou-se ainda o teste de Coeficiente de Correlação de Pearson para medir a intensidade e da associação do tipo linear entre duas variáveis quantitativas (Marôco, 2021). Serão consideradas diferenças estatisticamente significativas para valores de p inferiores a 0,05.

3.6 - QUESTÕES ÉTICAS E PROCEDIMENTOS

Para a realização deste estudo, foi solicitado primeiramente parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da ESEnfC, tendo sido obtido parecer favorável (Anexo III).

Foram contactadas as instituições de ensino, na pessoa dos seus presidentes, analisando a viabilidade de permitirem a realização do estudo (Anexo II), que após ser aceite, foi solicitado a cada escola o envio de um e-mail tipo aos estudantes, apelando à sua participação. Assim se garantiu o anonimato dos participantes não tendo acesso aos seus e-mails.

Tanto no e-mail tipo, como no preâmbulo do questionário, utilizou-se uma linguagem clara e explícita, para que dessem o seu consentimento de forma voluntária e informada, respeitando assim a autonomia e decisão de cada um. No final do e-mail, encontrava-se um link de acesso direto ao questionário, submetendo-o no final do preenchimento.

Os dados obtidos foram guardados automaticamente numa base de dados não identificada, onde se salvaguardou o direito à privacidade, assumindo a confidencialidade da identidade.

3.7 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DESCRITIVOS

Serve este capítulo para organizar os dados obtidos após tratamento de forma prática para um melhor entendimento do fenómeno em estudo. Isto serve para transformar os dados em informação e conhecimento com o recurso à estatística e com recurso a representações por tabelas. Neste subcapítulo encontra-se a apresentação e análise dos resultados descritivos, realizando-se posteriormente a apresentação e análise dos resultados inferenciais, assim como a respetiva discussão.

3.7.1 - Caracterização sociodemográfica

A amostra do estudo constitui-se por 244 estudantes, dos quais a maioria ($n=185$) foram

do género feminino e 59 do género masculino, verificando-se assim uma maior representação do género feminino, com 75,8% (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo o género (n=244).

Género	Frequência (n)	Percentagem (%)
Feminino	175	75,8
Masculino	59	24,2

Relativamente à idade, a média de idade dos participantes foi de 20,92±3,0 anos, em que a idade mínima foi 17 anos e a máxima 36 anos (Tabela 5).

Tabela 5 – Estatística resumo da idade (n=244).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	17	36	20,92	3,085

Quando questionados os estudantes, se estão deslocados da sua residência habitual, 50,4% referiram encontrar-se deslocados, enquanto 49,6% mantiveram-se no seu agregado familiar habitual durante o período de estudo no ensino superior (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo a deslocação do seu local de residência (n=244).

Deslocado do local de residência familiar	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	123	50,4
Não	121	49,6

Dos 123 estudantes deslocados (50,4%), a maioria vive com amigos (34,4%), seguindo-se os que vivem sozinhos (14,3%), com o conjugue (1,2%) e uma minoria de 0,4% com os filhos (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição absoluta e percentual da amostra de acordo com quem vivem os deslocados da residência habitual (n=123).

Com quem vive	Frequência (n)	Percentagem (%)
Amigos	84	34,4
Conjuge	3	1,2
Filhos	1	0,4
Sozinho	35	14,3

Em relação ao desenvolvimento de algum trabalho, além de estudar, dos 244 estudantes participantes no estudo, 21,7% trabalham, dos quais 5,3% a tempo inteiro e 16% a tempo parcial. Os restantes 78,7% referem que não trabalham, estudando exclusivamente (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo o trabalhar para além de estudar (n=244).

Trabalhar, além de estudar	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim, parcial	39	16
Sim, tempo inteiro	13	5,3
Não	192	78,7

Uma vez que os estudantes abrangidos foram todos os do Distrito de Viseu, que tem diversas instituições de ensino superior, de âmbito público e privado, apresenta-se uma distribuição de estudantes por instituição, sendo que a maioria dos elementos da amostra pertencia ao Instituto Politécnico de Viseu (90,6%), que representa a maior instituição do distrito, seguindo-se a Universidade Católica Portuguesa (4,9%) e por fim o Instituto Piaget (4,5%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo a instituição de ensino (n=244).

Instituição de ensino	Frequência (n)	Percentagem (%)
Instituto Piaget de Viseu	11	4,5
Instituto Politécnico de Viseu	221	90,6
Universidade Católica Portuguesa - Viseu	12	4,9

Agrupando os vários cursos frequentados pelos estudantes, pelas áreas de estudo, a maioria dos estudantes era da área da Saúde e Proteção Social (31,6%) e da área das Ciências Sociais, Comércio e Direito (26,6%). As áreas com menos estudantes foram a Agricultura (2,5%) e Artes e Humanidades (5,3%) (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo a área de estudo frequentada (n=244).

Área de Estudo	Frequência (n)	Percentagem (%)
Educação	26	10,7
Artes e Humanidades	13	5,3
Ciências Sociais, Comércio e Direito	65	26,6
Ciências, Matemática e Informática	17	7,0
Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção	14	5,7
Agricultura	6	2,5
Saúde e Proteção Social	77	31,6
Serviços	26	10,7

Quanto ao ano mais frequentado pelos participantes, foi o 1º ano curricular que teve mais estudantes (48%) e em menor número o 4º ano, com 5,3% de estudantes (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo o ano curricular (n=244).

Ano curricular	Frequência (n)	Percentagem (%)
1º ano	117	48,0
2º ano	67	27,5
3º ano	47	19,3
4º ano	13	5,3

Quando questionados sobre as habilitações literárias do pai, verificou-se que a maior percentagem completou o 3º Ciclo do Ensino Básico (23,8%), seguindo-se o Ensino Secundário/Curso Tecnológico/Profissional/Outros (23,4%), o 2º Ciclo (22,5%), o

Ensino Superior (17,6%), o 1º Ciclo do Ensino Básico (9,4%) e por fim, com menos de 4 anos de escolaridade (1,2%) (Tabela 12).

Na mesma questão, em relação as habilitações literárias da mãe, 30,3% concluiu o Ensino Secundário/Curso Tecnológico/Profissional ou Outro, 22,2% concluiu o Ensino Superior, seguindo-se o 3ºCiclo do ensino básico (18,4%), o 2º Ciclo do ensino básico (17,2%), posteriormente o 1ºCiclo do ensino básico (11,1%) e por último, com menor percentagem, menos de 4 anos de escolaridade (0,8%) (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo as habilitações literárias dos pais (n=244).

Habilitações literárias	Mãe		Pai	
	Frequência (n)	Percentagem (%)	Frequência (n)	Percentagem (%)
Menos de 4 anos de escolaridade	2	0,8	3	1,2
1º ciclo do ensino básico	27	11,1	23	9,4
2º ciclo do ensino básico	42	17,2	55	22,5
3º ciclo do ensino básico)	45	18,4	58	23,8
Ensino secundário/Tecnológico/Profissional/Outro	74	30,3	57	23,4
Ensino superior	54	22,2	43	17,6

Relativamente ao rendimento mensal, 68,4% dos agregados familiares auferia entre 1 a 3 ordenados mínimos, 23,4% até 1 ordenado mínimo e 8,2% mais do que 3 ordenados mínimos (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo o rendimento do agregado familiar (n=244)

Rendimento do Agregado familiar	Frequência (n)	Percentagem (%)
Até 1 ordenado mínimo	57	23,4
De 1 a 3 ordenados mínimos	167	68,4
De 3 a 6 ordenados mínimos	16	6,6
De 6 a 10 ordenados mínimos	4	1,6

Relativamente às atividades recreativas, quando questionados quantas noites em média saem por semana, obteve-se uma média de $0,96 \pm 1,0$ noites e um gasto em média de 7,13€ por cada noite em atividades recreativas (Tabela 14).

Tabela 14 – Estatística resumo da média e desvio padrão, do número de saídas à noite para atividades recreativas por semana e quanto gasta por noite (n=244).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Número de saídas à noite para atividades recreativas	0,00	5,00	0,96	1,0
Gasto em euros por saída à noite para atividades recreativas	0	50,0	7,13	9,3

3.7.2 - Caracterização clínica

Dos estudantes participantes no estudo, apresentaram uma média de IMC $23,26 \pm 4,41$ (Tabela 15). Tendo em conta o IMC Categorizado 67,6% dos estudantes encontravam-se dentro do peso normal, constituindo-se como o maior grupo de estudantes, 16,8% têm excesso de peso, 7,4% eram considerados obesos e os restantes 7,8% apresentaram baixo peso (Tabela 16).

Tabela 15 – Estatística resumo dos valores do IMC (n=244).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
IMC	16,44	47,87	23,26	4,41

Tabela 16 – Distribuição absoluta e percentual da amostra segundo o IMC categorizado (n=244).

IMC categorizado	Frequência (n)	Percentagem (%)
Baixo peso	19	7,8
Normal	166	67,6
Excesso de Peso	41	16,8
Obesidade	18	7,4

Quando questionados sobre a sua imagem corporal, a maioria dos estudantes (74,2%), afirmou que está satisfeita com a sua imagem corporal, sendo que 25,8% assumem não estar satisfeitos (Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição absoluta e percentual da amostra sobre a satisfação com a imagem corporal (n=244).

Satisfação com imagem corporal	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	181	74,2
Não	63	25,8

Quanto à autoestima e bem-estar psicológico, a média de autoestima foi $28,81 \pm 5,60$ com um mínimo de 10 e máximo de 40, e ao nível do bem-estar psicológico de $16,44 \pm 5,57$, com um mínimo de 2 e máximo de 30 (Tabela 18).

Tabela 18 – Estatística resumo da média e desvio padrão de autoestima global e de bem-estar psicológico (n=244).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Autoestima global	10	40	28,81	5,60
Bem-estar psicológico	2	30	16,44	5,57

3.7.3 - Caracterização do estilo de vida

De forma a caracterizar o EV da amostra em estudo, efetuou-se uma análise a nível global desta variável, sendo que a média do EV global foi de $83,73 \pm 12,83$ pontos, o que representa um perfil de EV considerado “muito bom”; o valor mínimo obtido foi de 36 pontos e o valor máximo de 114 pontos (Tabela 19).

Tabela 19 – Estatística resumo da amostra, segundo o EV global (n=244).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Estilo de vida global	36,00	114,00	83,73	12,83

Quanto ao EV categorizado em 4 grupos, verificou-se que a maioria dos estudantes inquiridos se situa na categoria “Muito bom” (39,3%), seguida da categoria “Bom” (34%), existindo 0,4% na categoria que “Necessita melhorar” (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição absoluta e percentual da amostra perante a categorização do EV em 5 categorias (n=244).

Estilo de vida categorizado	Frequência (n)	Percentagem (%)
Necessita de melhorar	1	0,4
Regular	45	18,4
Bom	83	34,0
Muito bom	96	39,3
Excelente	19	7,8

O EV foi ainda categorizado, em dois grupos, inadequado para a saúde (agrupando as categorias regular e necessita de melhorar) e adequado para a saúde (agrupando as restantes categorias), pelo que 81,1% dos estudantes apresentaram um EV adequado para a saúde enquanto que 18,9% um EV inadequado para a saúde (Tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição absoluta e percentual da amostra perante a categorização do EV como adequado e inadequado (n=244).

EV em duas categorias	Frequência (n)	Percentagem (%)
Inadequado para a saúde	46	18,9
Adequado para a saúde	198	81,1

Ao analisar-se os diferentes domínios do “FANTÁSTICO”, e definindo como valor mínimo de 0 e o máximo de 4, chegou-se à conclusão que os domínios com piores resultados foram o “Trabalho/Tipo de personalidade” (média=2,13±0,93) e “Atividade física/Associativismo (média=2,18±0,85), sendo domínios com score mais elevado foram “Outros comportamentos” (média=3,75±0,57) e “Álcool e outras drogas (média=3,88±0,35) (Tabela 122).

Tabela 22 – Média e desvio padrão dos domínios do EV “FANTÁSTICO” (N=244).

Domínios do estilo de vida	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Família e amigos	3,17	1,09	0,00	4,00
Atividade física/Associativismo	2,18	0,85	0,00	4,00
Nutrição	2,33	0,78	0,67	4,00
Tabaco	3,26	1,17	0,00	4,00
Álcool e Outras Drogas	3,88	0,35	2,33	4,00
Sono e Stress	2,30	1,08	0,00	4,00
Trabalho/Tipo de personalidade	2,13	0,93	0,00	4,00
Introspeção	2,49	1,05	0,00	4,00
Comportamento de Saúde e Sexual	2,31	0,96	0,00	4,00
Outros comportamentos	3,75	0,57	0,00	4,00

Relativamente aos diversos itens que constituem o “FANTÁSTICO”, e considerando como pior indicador todos quantos apresentam pontuação de “0”, e valores superiores ou iguais a 20%, verificou-se que os itens com piores resultados foram o 3, 6, 9, 20, 26 e 27, respetivamente: “Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo ativamente” (79,1%); “Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente” (29,9%); “Eu fumo cigarros” (23%); “Sinto que ando acelerado e/ou atarefado” (39,8%); “Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde” (43,4%); “Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade” (34%) (Tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição da percentagem de resposta aos itens do EV “FANTÁSTICO” (N=244).

<i>Itens do EV “FANTÁSTICO”</i>	Resposta	Percentagem
	Quase nunca (0)	6,1
	Às vezes (1)	23,0

F	1 – Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	Quase sempre (2)	70,9
		Quase nunca (0)	8,6
	2 – Deu e recebeu carinho/afetos:	Às vezes (1)	30,7
		Quase sempre (2)	60,7
A	3 – Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo ativamente:	Quase nunca (0)	79,1
		Às vezes (1)	13,1
		Quase sempre (2)	7,8
	4 – Ando no mínimo 30 minutos diariamente:	Quase nunca (0)	13,1
		Às vezes (1)	30,3
		Quase sempre (2)	56,6
	5 – Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante:	Não faço nada (0)	7,8
		1 vez por semana (1)	29,5
3 ou mais vezes por semana (2)		62,7	
N	6 – Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente:	Quase nunca (0)	29,9
		Às vezes (1)	53,7
		Todos os dias (2)	16,4
	7 – Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou <i>fast-food</i>	Todos (0)	11,1
		Alguns destes (1)	75,8
		Nenhum destes (2)	13,1
	8 – Ultrapassei o meu peso ideal em:	Mais de 8kg (0)	12,7
		5 a 8kg (1)	13,9
0 a 4kg (2)		73,4	
T	9 – Eu fumo cigarros:	Sim, este ano (0)	23,0
		Não, no último ano (1)	11,1
		Não nos últimos 5 anos (2)	66,0
	10 – Geralmente fumo _ cigarros por dia:	Mais de 10 cigarros por dia (0)	1,6
		1 a 10 cigarros por dia (1)	13,5
		Nenhum (2)	84,8
Á	11 – A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:	Mais de 12 bebidas (0)	0,4
		8 a 12 bebidas (1)	3,3

		0 a 7 bebidas (2)	96,3
	12 – Bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	Frequentemente (0)	7,0
		Ocasionalmente (1)	37,3
		Nunca (2)	55,7
	13 – Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:	Frequentemente (0)	-
		Ocasionalmente (1)	6,1
		Nunca (2)	93,8
	14 – Uso substâncias psicoativas ilegais, como <i>cannabis</i> , <i>cocaína</i> , <i>ecstasy</i> :	Frequentemente (0)	-
		Ocasionalmente (1)	7,0
		Nunca (2)	93,0
	15 – Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia	Quase diariamente (0)	0,8
		Às vezes (1)	7,4
		Quase nunca (2)	91,8
	16 – Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína:	Mais de 6 vezes por dia (0)	0,4
		3 a 6 vezes por dia (1)	16,4
		Mais de 3 vezes por dia (2)	83,2
S	17 – Durmo bem e sinto-me descansado:	Quase nunca (0)	18,9
		Às vezes (1)	54,1
		Quase sempre (2)	27,0
	18 – Sinto-me capaz de gerir o <i>stress</i> do meu dia-a-dia:	Quase nunca (0)	15,2
		Às vezes (1)	58,2
		Quase sempre (2)	26,6
	19 – Relaxo e disfruto do meu tempo livre:	Quase nunca (0)	12,7
		Às vezes (1)	48,8
		Quase sempre (2)	38,5
T	20 – Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:	Frequentemente (0)	39,8
		Algumas vezes (1)	54,9
		Quase nunca (2)	5,3
	21 – Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:	Frequentemente (0)	10,7
		Algumas vezes (1)	49,2
		Quase nunca (2)	40,2

	22 – Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral:	Quase nunca (0)	12,7
		Às vezes (1)	49,6
		Quase sempre (2)	37,7
I	23 – Sou uma pessoa otimista e positiva:	Quase nunca (0)	14,3
		Às vezes (1)	44,7
		Quase sempre (2)	41,0
	24 -Sinto-me tenso e/ou deprimido:	Frequentemente (0)	9,8
		Algumas vezes (1)	58,2
		Quase nunca (2)	32,0
	25 – Sinto-me tenso e/ou oprimido:	Frequentemente (0)	9,4
		Algumas vezes (1)	56,1
		Quase nunca (2)	34,4
C	26 – Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde:	Quase nunca (0)	43,4
		Às vezes (1)	43,0
		Sempre (2)	13,5
	27 – Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade:	Quase nunca (0)	34,0
		Às vezes (1)	34,0
		Sempre (2)	32,0
	28 – No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e proteção do parceiro(a):	Quase nunca (0)	7,0
		Às vezes (1)	7,0
		Quase sempre (2)	86,1
O	29 – Como peão e passageiro, cumpro as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária:	Quase nunca (0)	0,4
		Às vezes (1)	10,2
		Sempre (2)	89,3
	30 – Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc.):	Quase nunca (0)	1,2
		Às vezes (1)	11,1
		Sempre (2)	87,7

3.8 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS INFERENCIAIS

Procedeu-se à análise dos resultados inferenciais, através de testes paramétricos, com um nível de significância de 0,05, permitindo verificar a existência ou não de relação entre as variáveis (Pestana & Gajreiro, 2014).

Em relação ao EV global e o género dos participantes, verificou-se que os estudantes do género masculino apresentam média mais elevada do EV ($84,17 \pm 13,84$), que os do género feminino ($83,59 \pm 12,53$), contudo a diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,381$) (Tabela 24).

Tabela 24 – Resultados da aplicação do Teste t student ao EV global em função do género.

	Género	Média	Desvio Padrão	Test t student	p value
Estilo de vida global	Masculino	84,17	13,84	0,302	0,381
	Feminino	83,59	12,53		

Quando se verificou a correlação entre a idade e o EV, as mesmas relacionaram-se positivamente ($r=0,042$) (quanto maior a idade melhor o EV), mas sem significância estatística ($p=0,511$). Igualmente relacionou-se de forma positiva o EV com a autoestima e a perceção de bem-estar ($r=0,633$ e $r=0,721$, respetivamente), ou seja, quanto maior é o nível de autoestima e de bem-estar, melhor é o EV, sendo a correlação estatisticamente significativa ($p<0,001$), quer para o bem-estar, quer para a autoestima (Tabela 25).

Relativamente ao IMC, a correlação foi negativa ($r=-0,156$), pelo que quanto maior o IMC pior o EV, com correlação estatisticamente significativa ($p=0,015$) (Tabela 25).

Também quanto ao número de noites que os estudantes saem por semana para atividades recreativas e o EV global, a correlação foi negativa ($r=-0,087$), ou seja, quantas mais noites saem por semana, pior foi o EV. O mesmo se verificou quanto ao valor gasto em média por noite ($r=-0,071$), em que quanto mais gastam, pior foi o EV. Contudo a correlação não foi estatisticamente significativa em ambos os casos ($p=0,174$ e $0,267$, respetivamente) (Tabela 25).

Tabela 25 – Correlação de Pearson entre o EV global e as variáveis: idade, IMC, autoestima, bem-estar, números de saídas à noite para atividade recreativas, gastos em média por noite e número de matrículas.

Variáveis	Correlação de <i>Pearson</i>	<i>p value</i>
Idade	0,042	0,511
IMC	-0,156	0,015
Autoestima	0,633	<0,001
Bem-estar psicológico	0,721	<0,001
Noites para atividades recreativas	-0,087	0,174
Gastos em média por noite	-0,071	0,267
Número de matrículas	0,049	0,044

Ao analisar se existe relação entre a forma como os estudantes se sentem com a sua imagem corporal e o EV, verificou-se que há uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), sendo que os estudantes satisfeitos com a sua imagem corporal, apresentaram um nível superior de EV ($86,00 \pm 11,91$) comparativamente com os estudantes insatisfeitos ($77,21 \pm 13,23$) (Tabela 26).

Tabela 26 – Resultados da aplicação do Teste t student ao EV global em função da satisfação com a imagem corporal.

	Imagem coporal	Média	Desvio Padrão	Teste t student	<i>p value</i>
Estilo de vida global	Satisfeitos	86,00	11,91	4,90	$p < 0,001$
	Não satisfeitos	77,21	13,23		

Como já referido anteriormente, foram incluídas neste estudo todas as instituições do ensino superior do Distrito de Viseu, verificando-se que os estudantes da Universidade Católica Portuguesa apresentam um nível de EV global mais elevado ($84,17 \pm 11,42$), comparativamente com as restantes instituições analisadas, sendo o Instituto Jean Piaget, a instituição onde os estudantes têm pior EV ($81,64 \pm 18,28$). Contudo, a diferença não é estatisticamente significativa entre as várias instituições de ensino superior ($p = 0,855$) (Tabela 27).

Tabela 27 - Resultados da aplicação do teste ANOVA ao EV global, em função da instituição de ensino.

Instituição de Ensino	Média	Desvio Padrão	Anova	<i>p value</i>
Instituto Jean Piaget	81,64	18,28	0,157	0,855
Instituto Politécnico	83,81	12,64		
Universidade Católica Portuguesa	84,17	11,42		

A área de estudo onde o EV global foi mais deficitário diz respeito à área das Ciências, Matemática e Informática ($77,53 \pm 17,37$) e onde foi mais elevado à área dos Serviços ($86,26 \pm 13,26$). Contudo, não se verificou diferença estatisticamente significativa entre as várias áreas de estudo ($p=0,150$) (Tabela 28).

Tabela 28 - Resultados da aplicação do teste ANOVA ao EV, em função da área de estudo.

Área de Estudo	Média	Desvio Padrão	Anova	<i>p value</i>
Educação	81,62	11,99	1,554	0,150
Artes e Humanidades	77,54	10,71		
Ciências Sociais, Comércio e Direito	84,46	11,73		
Ciências, Matemática e Informática	77,53	17,37		
Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção	82,29	7,84		
Agricultura	85,00	14,52		
Saúde e Proteção Social	85,56	13,26		
Serviços	86,26	13,26		

Referente ao ano curricular, verificou-se que o EV global foi mais elevado nos estudantes do 4ºano ($87,54 \pm 12,91$), sendo o 2º e 3ºano, onde os estudantes apresentaram EV global mais baixo ($82,15 \pm 14,40$ e $83,23 \pm 11,15$, respetivamente), seguindo-se os do 1ºano com $84,41 \pm 15,52$, no entanto não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os vários anos curriculares ($p=0,466$) (Tabela 29).

Tabela 29 - Resultados da aplicação do teste ANOVA ao EV global, em função do ano curricular.

Ano Curricular	Média	Desvio Padrão	Anova	<i>p value</i>
1º	84,41	15,52	0,852	0,466
2º	82,15	14,40		
3º	83,23	11,15		
4º	87,54	12,91		

3.9 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em seguida apresenta-se a discussão dos resultados que se obtiveram no presente estudo, tendo em conta a fundamentação teórica e a revisão anteriormente realizada.

Este estudo permitiu recolher dados sobre o EV dos estudantes do ensino superior no Distrito de Viseu, que são cruciais para um diagnóstico de situação, etapa fundamental para o desenvolvimento e implementação de programas de promoção de hábitos de vida saudáveis, com o objetivo de obter ganhos em saúde.

A média da idade dos estudantes foi de $20,92 \pm 3,08$, semelhante ao estudo apresentado por Silva (2016), cuja idade média foi de 21,73 anos, também no estudo de Amaral et al. (2021), os participantes apresentaram média de idade de 21,59 anos. Santos et al. (2013), também obteve uma média de idade de 20,25 anos, assim como Morais et al. (2019), em que a idade média da amostra foi de 22,73 anos, ligeiramente mais elevada.

Segundo o último Relatório Sobre o Acesso Ao Ensino Superior, da Direção Geral de Ensino Superior (DGES) a maioria dos estudantes que se inscreveram no ensino superior pela primeira vez nos anos letivos de 2016/2017 até 2019/2020, tinha entre 23 e 30 anos de idade, sendo que cerca de 40% tinha idade superior a 30 anos (DGES, 2021).

Relativamente ao género, o feminino esteve maioritariamente representado, com 75,8%, tal como no estudo de Coşkun, Bebiş (2019), que apresentou 92,5% de estudantes do género feminino e o estudo de Morais et al. (2019), cuja maior parte da amostra é igualmente do género feminino (80,8%). Também Turan et al. (2021), teve uma amostra maioritariamente do género feminino, correspondendo a 90,2% do total da amostra.

Nos estudos mencionados é notório que o género feminino é prevalente em relação ao masculino, o que vai de encontro ao mencionado por Silva et al. (2015) que afirma a

progressiva feminização do ensino superior em Portugal, sendo as mulheres a maioria na generalidade das instituições de ensino superior e em quase todas as áreas, contudo estes dados poderão estar em mudança, o que aliás se traduz nos dados mais recentes do INE, em que 54% dos estudantes inscritos no ensino superior em Portugal são do género feminino (INE, 2022), não denotando uma diferença assim tão acentuada.

O fato de na nossa amostra se ter verificado que o género feminino é mais prevalente, pode estar relacionado com termos obtido maior participação de estudantes das áreas da Saúde e Proteção Social, e Ciências Sociais, Comércio e Direito, áreas que tradicionalmente são mais frequentadas por estudantes do género feminino.

Quanto à caracterização das habilitações literárias, constatou-se que 25,4% das mães têm o ensino secundário (12ºano) e 23,8% dos pais concluíram apenas o ensino básico (9ºano). No estudo de Silva et al. (2015), encontra-se uma maior proporção de progenitores com níveis escolares mais altos, com 42,5% das mães e 36,3% dos pais com o ensino superior, o que permite aferir que em ambos, as mães são mais escolarizadas.

Em relação ao fato dos estudantes desenvolverem alguma atividade profissional além de estudar, a maioria dos estudantes (78,7%) não exercem nenhuma atividade profissional, enquanto que 21,3% referem ter atividade profissional. Destes, 16% referiram trabalhar a tempo inteiro e 5,3% a tempo parcial. Também Morais et al. (2019), apresentam uma amostra de 67% estudantes que não têm atividade profissional, e Silva et al. (2015) obteve resultados semelhantes, em que a maior proporção de estudantes, 75%, não trabalha.

Relativamente à questão de estarem deslocados da sua residência habitual, verificou-se que 49,6% dos estudantes residem no seu domicílio, enquanto que 50,4% encontra-se deslocado, em que 34,4% vive com amigos e 14,3% sozinho. Estes dados são próximos dos obtidos por Silva et al. (2015), em que cerca de 40% declarou estar deslocado da sua residência habitual. Contudo, são diferentes do estudo de Morais et al. (2019), cuja amostra se encontra maioritariamente na sua residência habitual, 55,7%.

No que a saídas à noite para atividades recreativas diz respeito, os dados obtidos mostram que saem entre 0 a 5 noites por semana, sendo a média de 0,96 noites, o que comparativamente com o estudo de Silva (2016), representa um número mais elevado de noites, já que no seu estudo os estudantes saem entre 0 a 1 noite, contudo, em termos médios é mais elevado com 1,21 saídas por semana. Também Loureiro (2012)

num estudo realizado na cidade de Leiria com estudantes da área da saúde, obteve uma média de aproximadamente 1 noite por semana. Analisando os dados obtidos, verifica-se que quanto mais noites saem para atividades recreativas pior o EV global dos estudantes, contudo este é um dado que não é apresentando nos estudos incluídos na revisão de literatura, pelo que não é possível obter-se comparação.

Calculando o IMC obteve-se uma percentagem de 67,6% com peso normal (média de IMC de 23,26), importando ressaltar que 16,8% apresentaram excesso de peso, constituindo este dado um importante foco de intervenção. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Silva (2016) em que 74,4% dos estudantes encontram-se com peso normal, obtendo uma média de IMC de 22,52. Também Silva et al. (2015) menciona que três quartos dos estudantes apresentam uma relação peso/altura equilibrada. Ainda de acordo com o Relatório Europeu Sobre a Saúde, a população portuguesa tem prevalência de excesso de peso e mais de metade tem peso a mais, sendo que os estudantes apresentam uma menor percentagem na categoria excesso de peso com 22,30% relativamente aos 53,6% da população adulta (WHO, 2021).

Relativamente às áreas de estudo, os dados são ligeiramente diferentes dos de Silva et al. (2015), já que as áreas com pior EV global foram Ciências, Matemática e Informática (77,53), Artes e Humanidades (77,54), seguido de Educação (81,62), mas sem significância estatística ($p=0,150$). No estudo do autor já mencionado, os piores resultados ao nível do EV global dizem respeito aos cursos referentes às Artes e Humanidades (80,5), Ciências Sociais, Comércio e Direito (83,4) e Engenharia, Indústrias Transformadoras e Construção (84,3) e com significância estatística ($p=0,003$). De ressaltar que apesar das diferenças, a área das Artes e Humanidades está entre os que apresentaram pior EV em ambos, e que em termos globais, o presente estudo apresentou valores mais baixos de EV.

Relativamente à análise dos domínios do questionário “FANTÁSTICO”, os mais deficitários e por ordem de relevância foram: “Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo ativamente” (79,1%); “Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente” (29,9%); “Eu fumo cigarros” (23%); “Sinto que ando acelerado e/ou atarefado” (39,8%); “Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde” (43,4%); “Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade” (34%). Deste modo, neste estudo encontrámos mais domínios deficitários, do que no estudo de Silva (2016) (“Atividade física/Associativismo”, “Trabalho/Tipo de personalidade” e “Nutrição”). Também no estudo de Sahu, Gandhi, Sharma &

Marimuthu (2020), os domínios mais afetados foram os da Promoção da Saúde e Estilo de vida, especialmente para atividade física, responsabilidade com a saúde, controle do stress, e nutrição. No estudo de Morais et al. (2019), as áreas do EV mais afetadas foram “Trabalho/tipo de personalidade”, “Atividade física e associativismo”, “Nutrição” e “Sono e stress”. Importa referir também, que neste último estudo mencionado, o género masculino apresentou ainda outra área deficitária que é foi “Comportamento de saúde e sexual”.

Os domínios com melhor avaliação foram os do “Tabaco” (3,26%) e “Álcool e outras drogas” (3,68%), contrariamente aos estudos de Santos et al. (2013) que obteve valores de 16,4% e 44,2% respetivamente, assim como o de Morais et al. (2019), com 7,2% e 11,21% respetivamente.

Na dimensão “Sono/Stress”, os resultados mostram que 18,9% dos estudantes “Quase nunca” dormem bem e sentem-se descansados, o que é confirmado por Silva et al. (2015) que verificou que a falta de sono é relativamente comum no dia-a-dia dos estudantes durante a semana, tendendo a compensar ao fim-de-semana.

Relativamente à dimensão “Trabalho/Tipo de Personalidade”, verificou-se que 39,8% dos estudantes sentem-se “frequentemente” acelerados e/ou atarefados, o que é semelhante ao estudo de Silva et al. (2015) em que 49% dos estudantes da área da saúde referiam sentir-se ansiosos ou em stress “muitas vezes”.

Limitações e Obstáculos

Ao longo da realização deste estudo foram surgindo limitações e obstáculos, sobre os quais é importante refletir e retirar aprendizagens para o futuro.

Inicialmente foi difícil o contato com as instituições de ensino, com dificuldades na comunicação que permitissem chegar aos estudantes mais rapidamente, uma vez que o tempo era bastante limitado para um estudo desta natureza e pelo número de cursos envolvidos.

Este obstáculo foi ultrapassando com muita persistência em termos de contatos telefónicos e trocas de e-mails com os responsáveis das instituições de ensino, assim como contato com associações de estudantes e até contato presencial com os estudantes, nos intervalos das aulas. Neste contato foi entregue um papel com explicação do âmbito do estudo, contendo também um QRCode, que direcionava os estudantes para o questionário. Esta abordagem revelou-se de extrema importância, uma vez que muitos foram os que se disponibilizaram para “passar a palavra” pelos demais e incentivá-los a participar, o que de imediato se verificou no número de

questionários que começou a dar entrada na base de dados. Ultrapassado este obstáculo, conseguiu-se prosseguir com a investigação adequadamente.

Quanto a limitações, consideramos o fato da amostra ser reduzida, tendo em conta a população de estudantes existentes nas instituições de ensino abrangidas e aos diferentes planos de estudos, contudo, a dimensão da mesma foi adequada para a utilização dos testes estatísticos, assim como dar resposta ao objetivo geral.

3.10 - CONCLUSÕES DA COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com o apresentado anteriormente e em relação ao EV dos estudantes do ensino superior no Distrito de Viseu, concluiu-se que os que apresentaram melhor EV global segundo o género, idade e IMC, foram os do género masculino, com mais idade e com IMC considerado normal.

Além disso, os que apresentaram níveis mais elevados de autoestima e bem-estar psicológico, assim como maior satisfação com a imagem corporal, foram os que apresentaram melhor EV global, tendo maior significância estatística, a autoestima e o bem-estar psicológico.

Os estudantes com pior score de EV foram os do 2ºano curricular e da área de estudo Ciências, Matemática e Informática, sendo que o EV foi melhor nos que possuem mais matrículas.

Em média os estudantes referiram que saem 1 noite por semana para atividades recreativas e gastam 7,13€, concluindo-se que quanto mais noites saem e quanto mais dinheiro gastam, pior é o seu EV global, contudo sem significância estatística.

Em relação aos domínios mais deficitários do EV, foram o Trabalho/Tipo de personalidade e Atividade física/Associativismo, e os itens, Sou membro de um grupo comunitário e/ou de autoajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo ativamente, Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente, Eu fumo cigarros, Sinto que ando acelerado e/ou atarefado, Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde e Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade.

CAPÍTULO IV

4 - PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

4.1 - DESIGNAÇÃO: “ES+Vida”

4.2 - ENTIDADE RESPONSÁVEL: USP do ACES Dão Lafões

4.3 - ENQUADRAMENTO/JUSTIFICAÇÃO

Os estudantes do ensino superior estão expostos a condutas de risco para a sua saúde, devido às novas relações sociais e à adoção de novos comportamentos que a entrada no ensino superior lhes proporciona, sendo os estudos sobre os EsV desta comunidade muito escassos (Silva, 2016).

De acordo com Silva (2016), através da observação do dia-a-dia destes estudantes, podemos analisar alguns aspetos que influenciam o EV praticado, tais como:

“a carga horária extensa em sala de aula e ensinamentos clínicos; atividades complementares desenvolvidas em outros períodos (geralmente no horário das refeições, à noite, feriados, fins de semana); uso abusivo de álcool e outras drogas; reduzido tempo de sono/descanso; hábitos alimentares inadequados; não realização de atividade física regular; ansiedade/preocupação constante pelos resultados do desempenho académico; adaptação a uma nova cidade; afastamento temporário da família, do(a) namorado(a) e amigos” (Silva, 2016, p.103).

Verificam-se, em diversos países, evidências de que a adoção de estratégias que envolvam mudanças de comportamento e, por consequência, o EV, devem ser implementados ao nível pessoal, institucional e comunitário, por trazerem resultados positivos (Yusuf e Pitt, 2002; Marmot, 2001; Vartiainen et al, 2000; Pekka et al., 2002, citados por Silva, 2016).

Vieira et al (2002), como citado por Silva (2016) refere que algumas alterações, nomeadamente dos padrões alimentares, prática de atividade física, utilização de cigarros e ingestão de álcool, acrescidas a questões típicas da adolescência como sendo a instabilidade emocional, alterações biológicas ou a falta de comportamentos preventivos, acabam por converter os estudantes desta faixa etária num grupo vulnerável, com padrões de consumo típicos e diferentes da restante população, havendo por isso a necessidade da criação de programas de promoção da saúde

específicos e integrados, com intervenções direcionadas para os múltiplos fatores de risco.

Adotar um EV saudável é visto como uma oportunidade e um desafio tanto para a pessoa, como para a família e comunidade, pois apresenta a possibilidade em ter uma atitude de prevenção em relação à saúde, pelo que é preponderante a promoção da literacia em saúde para ter comunidades ativas e capacitadas na tomada de decisões críticas em relação às suas opções (DGS, 2020).

O “ES+ Vida” será desenvolvido pela USP do ACES Dão-Lafões, indo de encontro ao Estatuto do SNS de 2022, nomeadamente o Artigo 12.º, que refere como funções da Saúde Pública a promoção da saúde e prevenção da doença, através de “instrumentos de avaliação e monitorização do estado de saúde, dos fatores que o influenciam e das necessidades e recursos das comunidades; vigilância de eventos (...) que afetam as comunidades; medidas formuladas para melhorar e proteger a saúde dos cidadãos; ações de informação e educação dirigidas às comunidades sobre a saúde e os seus determinantes” (Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p.11).

Como instrumento de recolha de dados será utilizado o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”, validado pela OMS como o mais adequado para analisar os EsV dos estudantes do ensino superior.

4.4 - POPULAÇÃO ALVO: Estudantes do ensino superior da área de abrangência do ACES Dão Lafões (Viseu e Lamego).

4.5 - HORIZONTE TEMPORAL: 4 anos letivos cíclicos, com início em outubro de 2022 e término em agosto de 2026.

4.6 - OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Objetivo geral: promover estilos de vida saudáveis nos estudantes do ensino superior
- Objetivos específicos: caracterizar os estilos de vida dos estudantes do ensino superior; analisar os fatores pessoais que mais influenciam os EV dos estudantes do ensino superior; compreender quais as dimensões do EV mais afetadas nos estudantes do ensino superior; aumentar a literacia em saúde dos estudantes do ensino superior.

4.7 - ATIVIDADES E CRONOGRAMA

1. Realização de reuniões com os parceiros estratégicos
2. Aplicação do questionário inicial

3. Análise dos dados do questionário inicial, com identificação das prioridades e definição das intervenções de promoção da saúde/literacia em saúde necessárias
4. Realização de consulta de enfermagem e consulta médica
5. Definir estratégias de atuação e encaminhamento quando necessário
6. Realização de intervenções de promoção da saúde/literacia em saúde nas escolas e nos convívios acadêmicos (Semana Acadêmica, Recepção aos Caloiros, etc.)
7. Aplicação do questionário inicial novamente
8. Análise dos dados do questionário
9. Realização do relatório anual (ano letivo) do projeto
10. Análise dos dados globais no final dos 4 anos e realização do relatório final

O cronograma encontra-se no Apêndice I.

4.8 - METODOLOGIA

- Realização do diagnóstico de saúde da comunidade e identificação de focos de intervenção;
- Realização de intervenções de promoção da saúde/literacia em saúde;
- Realização de consulta de vigilância de saúde 1 vez por semana nos diversos pólos de Ensino Superior;
- Encaminhamento para os diversos parceiros quando necessário.

4.9 - INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

- % de estudantes que aderiu ao projeto = número de estudantes que aderiram ao projeto / número total de estudantes X 100
- % de estudantes que responderam ao questionário de diagnóstico = número de estudantes que responderam ao questionário inicial/ número total de estudantes X 100
- % de estudantes que responderam ao questionário final = número de estudantes que responderam ao questionário final/ número total de estudantes do X 100
- % de intervenções de promoção da saúde = número de sessões de promoção da saúde realizadas / número sessões previstas X 100
- % de estudantes que aderiu às intervenções de promoção da saúde = número de estudantes que frequentou as sessões / número total de estudantes X 100

- Número de consultas médicas realizadas em cada ano do projeto
- Número de consultas de enfermagem realizadas em cada ano do projeto

4.10 - PARCERIAS: UCC's do ACES Dão Lafões; USF's do ACES Dão Lafões; URAP do ACES Dão Lafões (Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social); Instituto Politécnico de Viseu; Escola Jean Piaget de Viseu; Universidade Católica Portuguesa - Viseu; Câmara Municipal de Viseu; Câmara Municipal de Lamego.

4.11 - RECURSOS NECESSÁRIOS

Sala para ações de promoção da saúde

Gabinete para atendimento aos estudantes com:

- monitor de avaliação de sinais vitais com oxímetro;
- termómetro;
- glucómetro e respetivos consumíveis;
- balança com craveira;
- fita métrica;
- métodos contraceptivos;
- material de papelaria (papel, canetas, pastas de arquivo);
- computador com acesso a internet;
- impressora.

CONCLUSÃO

A enfermagem é uma profissão em constante mudança, tal como a maioria das profissões ligadas às ciências, que não se coaduna com estagnação de conhecimentos e práticas rotineiras. Como tal, os enfermeiros devem atualizar os conhecimentos ao longo da sua vida profissional, procurando melhorar as suas práticas, sempre com o objetivo de prestar cuidados de excelência.

É neste sentido que surge este relatório, como o resultado de um percurso de aprendizagens há muito desejadas e necessárias para o crescimento pessoal e profissional que se impunha.

Cada vez mais importa apostar na prevenção, alocando os recursos necessários no tempo e espaço adequado, para se conseguir mudança de comportamentos que permitam ganhos na saúde individual e na saúde da comunidade como um todo, mudando o paradigma do investimento em saúde.

A enfermagem está no cerne da mudança que se impõe, devendo assumir-se como impulsionadora na melhoria dos determinantes em saúde da comunidade, sendo a profissão que está mais próxima do cidadão.

Deste modo, os conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, foram uma mais valia para o meu enriquecimento profissional, com o desenvolvimento de habilidades e competências que me permitirão ser melhor enfermeira na comunidade, tal como enriquecimento pessoal.

A realização do diagnóstico do EV dos estudantes do ensino superior no Distrito de Viseu possibilitou identificar as áreas de comportamento mais deficitárias e como tal, em que é prioritário intervir, já que os jovens de hoje serão os adultos de amanhã, que se tiverem já adquirido hábitos de vida mais saudáveis certamente que terão menos comorbidades, representando também menos necessidades em cuidados de saúde. Os dados recolhidos foram colocados à disposição da USPDL, permitindo-lhes desenvolver os projetos que considerem necessários e prioritários, no sentido de melhorar os determinantes de saúde desta comunidade.

Foi também crucial ao longo deste percurso, a oportunidade de intervir em faixas etárias mais jovens e em contexto escolar, inculcando-lhes a necessidade

de adoção de comportamentos adequados o mais precocemente possível e aproveitando a sua capacidade de transmitir a informação, para chegar a mais jovens noutros contextos em que se relacionam, assim como às suas famílias.

De ressaltar que, nestes momentos de promoção de hábitos de vida saudáveis, foi conseguida uma aproximação importante aos jovens, que em muitos casos proporcionou a abordagem de outros conteúdos que não os programados, mas que os próprios sentiram necessidade de partilhar, o que se por um lado me causou admiração devido à facilidade com que abordavam temas tão pessoais, da sua esfera familiar, por outro deu-me o incentivo necessário para continuar o percurso até então trilhado, percebendo a importância do trabalho que estava a desenvolver. Tal fato, denota também a relação até então estabelecida com os enfermeiros da UCCPP, parceiros efetivos da escola na implementação do PNSE e em quem os jovens confiam.

Os objetivos definidos no início deste percurso e deste relatório foram atingidos, com trabalho árduo, mas com um resultado excepcional, sendo o balanço bastante positivo. Além de ter aprendido e colocado em prática conhecimentos que permitiram desenvolver as competências preconizadas para um enfermeiro especialista nesta área da prestação de cuidados, desenvolvi também as capacidades inerentes ao Grau de Mestre, aprofundando as competências académicas com a implementação de um trabalho de investigação, que me permitiram igualmente cimentar as competências profissionais.

Anseio poder muito em breve colocar todos os conhecimentos adquiridos ao serviço de uma comunidade, refletindo-se também na minha satisfação pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaro, L.E. (1997). Adolescent lifestyle. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, c. McManus (Eds.) (Cambridge Handbook of Psychology, *Health and Medicine ed.*, Vol. pp. 65-68). Cambridge: Harvard University Press.
- Alfred Adler: vida e contribuição em Psicologia. (2019, June 11). *Psicanálise Clínica*. Retrieved November 28, 2022, from https://www.psicanaliseclinica.com/adler/#Quem_e_Alfred_Adler
- Amaral, O., Pedro, A. R., Veiga, N., Escoval, A., & Ferreira, M. (2021). Literacia em saúde em estudantes do ensino superior: comparação entre estudantes de enfermagem e estudantes de outras áreas literacia em saúde em estudantes do ensino superior de Viseu. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), 97–106. doi:10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2122
- Biscaia, A., & Heleno, L. (2016). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora Primary Health Care Reform in Portugal: SciELO - Saúde Pública. <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n3/701-712/pt>
- Branquinho, L. (2000). Determinantes da Saúde na União Europeia (Issue Lisboa). Atas de Conferência de Évora. Ministério da Saúde.
- Carta De Ottawa Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde. (1986). https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Carvalho, A.I. (2012). Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde (Fundação Oswaldo Cruz ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Çetinkaya, S., & Sert, A. (2021). Healthy lifestyle behaviors of university students and related factors. *Acta Paulista de Enfermagem*. <https://acta-ape.org/en/article/healthy-lifestyle-behaviors-of-university-students-and-related-factors/>
- Comissão Europeia. (2016, December 9). Para uma melhor prevenção e gestão das doenças crónicas. *Boletim Informativo de Saúde - UE Newsletter 169 - Em foco*. https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_pt.htm

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015 – *Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem (Edição Portuguesa 2015 Ed.)*. Ordem dos Enfermeiros.
- Coşkun, S., & Bebiş, H. (2019). Effects of health promotion courses on development of healthy lifestyle behaviours and e-health literacy in nursing. *Gulhane Medical Journal*, 61(2), 52–58. doi:10.26657/gulhane.00054
- Costa Soares, J. J. (2017). Estilos de Vida “Os comportamentos de saúde da população da Figueira da Foz”. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/82387/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Jo%C3%A3o%20Soares%20corrigida.pdf>
- Costa, A. S.-N., & Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Boletim Epidemiológico: Instituto Nacional de Saúde Drº Ricardo Jorge*.
- Cunha, M. (2020, julho). *Promoção Da Saúde Dos Estudantes Do Ensino Superior: Saúde Mental Positiva e Literacia em Saúde Mental em análise*. Mestrado em Enfermagem Comunitária, (Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo).
- DGS (2006). Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010. Direcção Geral de Saúde: Divisão Materna, Infantil e dos Adolescentes
- DGS. (2003). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com Estilos de Vida. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicações/estilos-de-vida-saudáveis.aspx>
- DGS. (2020b). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2020*. Lisboa, Portugal: Autor.
- DGS. (2022). PNS 2021-2030 – Plano Nacional de Saúde. Plano Nacional de Saúde. <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>
- DGS. (s.d.). *Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis*. Promoção da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-de-adelaide-sobre-politicas-publicas-saudaveis-pdf.aspx>
- Direção Geral do Ensino Superior (2021, maio). *Relatório Sobre o Acesso ao Ensino superior*. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_acesso_ensino_superior_2021.pdf](https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_acesso_ensino_superior_2021.pdf)

- Dixe, M. (2022). Validação e adaptação de instrumentos de medida. In M. Néné e C. Sequeira (Eds.). *Investigação em Enfermagem: Teoria e prática* (pp. 227-244). Lisboa. Lidel
- Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde: aspetos concetuais e operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Ferreira Neto, J. L., Kind, L., Stacanelli Barros, J., Silva Azevedo, N., & Marques Abrantes, T. (2009, outubro). Notes on health promotion and biopower. *Saúde e Sociedade, V.18(Nº3)*, pp. 456-466.
- Ferreira, F. M., Pereira, H. L., & Ferreira, A. (2014). Auto-estima e estilos de vida: Que relação nos estudantes de enfermagem? *Revista de Enfermagem Referência, 4(2 Supl.)*, 101
- Ferreira, M. M. (2008). *Estilos De Vida Na Adolescência: De Necessidades Em Saúde À Intervenção De Enfermagem*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- Fortin, S., & Grosselin, P. (2014). Considerações metodológicas para a pesquisa em arte no meio acadêmico. *ARJ – Art Research Journal: Revista De Pesquisa Em Artes*. <https://doi.org/10.36025/arj.v1i1.5256>
- Green, A. (2007). *An introduction to health planning for developing health systems*. New York, NY: Oxford University Press.
- Grossi, E., Groth, N., Mosconi, P., Cerutti, R., Pace, F., Compare, A., & Apolone G. (2006). *Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S)*. *Health and Quality of Life Outcomes, 4(88)*. doi: 10.1186/1477-7525-4-88
- Haddaway, NR, Page, MJ, Pritchard, CC, & McGuinness, LA. (2022, novembro). PRISMA2020: Um pacote R e aplicativo Shiny para produzir diagramas de fluxo compatíveis com PRISMA 2020, com interatividade para transparência digital otimizada e Open Synthesis Campbell Systematic Reviews. https://estech.shinyapps.io/prisma_flowdiagram/
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). - *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: ENSP.
- INE. (2022). *Recenseamento da população e habitação – Censos 2021*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of the Canadians: A working document*. Ottawa. Canada: Government of Canada.
- Loureiro, L. (2012). *Consumo de substâncias psicoactivas e estilos de vida no ensino superior* (Tese de mestrado em Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Melo, P. (2020, fevereiro). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Marôco, J. & Marques, T. (2006). Qual a Fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia aplicada, Vol. 4 p. 65-69. Retrieved from <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics v.18/27*. 8.ª edição. Pêro Pinheiro. Report Number
- Ministério das Atividades Económicas e do Trabalho. (2005, março 16). *Diário da República*, 1ª série B – N.º 53. https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/legislacao_geral.ver_legislacao?p_nr=167 Ministério da Saúde. (2009, abril 16). *Diário da República*, 2ª série - N. 074. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEC_Despacho_10143_2009.pdf
- Morais, C., Amorin, I., Viana, C. C., & Ferreira, S. (2019). Estilos de vida e bem-estar de estudantes do ensino superior. *Revista Portuguesa de Saúde Mental (Spe7)*. Doi: 10.19131/rpesm.0248
- OMS. (1989). *Conclusiones y recomendaciones de las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes de la 42ª Asamblea Mundial de la salud*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/202236>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitsaudepublica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015, maio). *Enfermagem Comunitária: Um projeto partilhado com o governo Escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia - Catálogo da Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE®) - do original "Community Nursing: A Shared Project with the Scottish*. Ordem dos Enfermeiros.

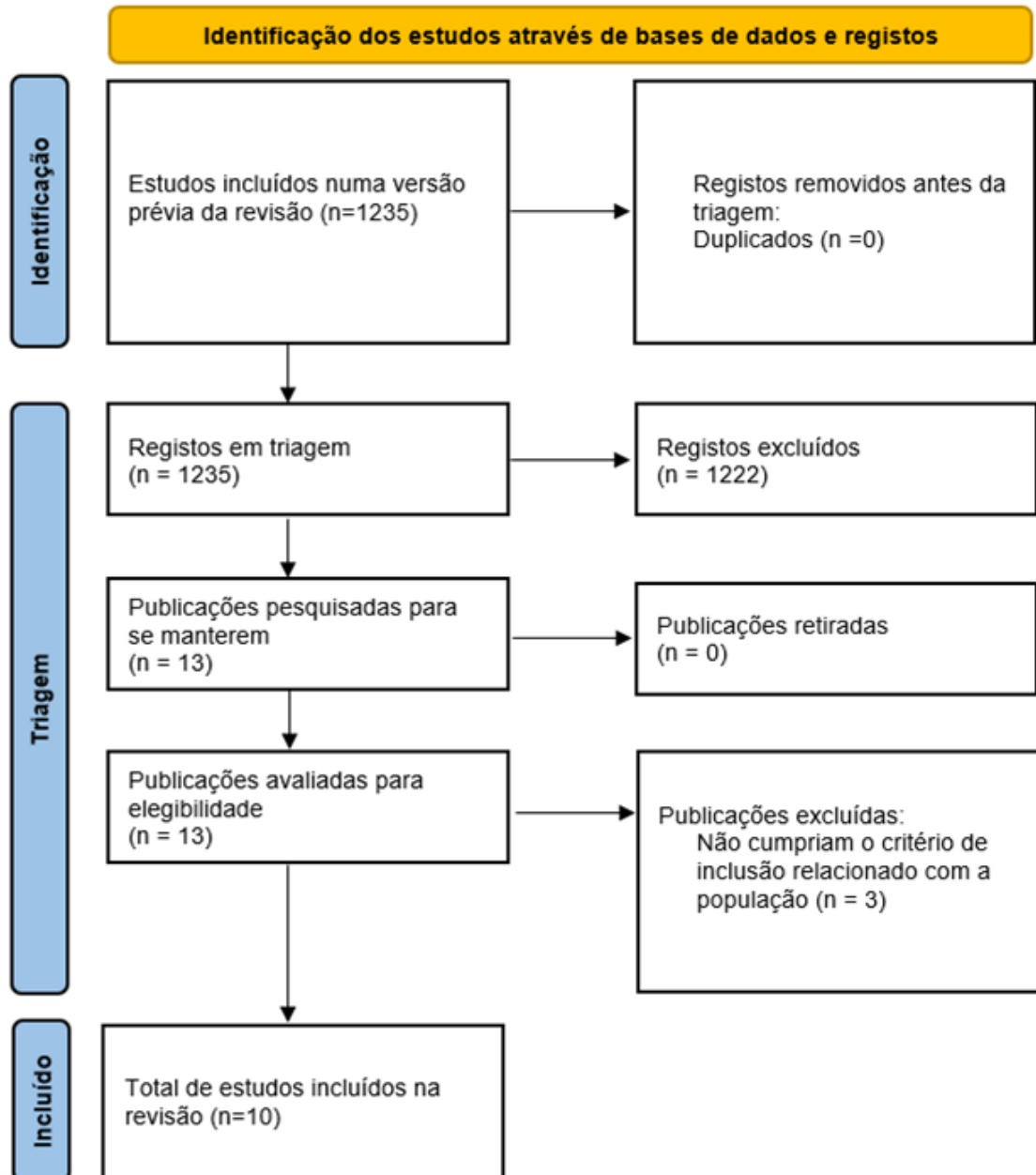
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE_web_julho2015.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Reg. n.º 140/2019 de 16 de julho – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Diário da República, 2.ª Série, n.º 135.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Reg. n.º 428/2018 de 6 de fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª Série, n.º 26.
- Parreira, P.M. (2005). As Organizações. Formasau – Formação e Saúde, Lda
- Pestana, M.H., & Gajeiro, J.N. (2014). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (6a ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Rainho, M., Antunes, M., Carvalho, A., Barroso, I., Monteiro, M., & Mateus, S. (2012). Bem-estar psicológico e perceção de saúde geral em estudantes do ensino superior. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(Supl.), 344.
- Rainho, M., Antunes, M., Barroso, I., Correia T., Brito, I., Monteiro, M. (2018). Adaptação e validação do Questionário Geral de Bem-Estar Psicológico: análise fatorial confirmatória da versão reduzida. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV, núm. 18. <https://doi.org/10.12707/RIV18001>
- Ribeiro, A. I. (2022). *Níveis de literacia em saúde de estudantes em cursos de saúde*. Instituto Politecnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/15202>
- Ribeiro, J.L.P. (2005, março). Introdução à psicologia da saúde. Quarteto Editora.
- Saboga Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e conscientização da cidadania positiva. In *Revista de Enfermagem Referência* (11 Supl. ed., Vol. Série III, pp. 98-98).
- Santos, J. J. A., Saracini, N., Silva, W. C., Guilherme, J. H., Costa, T. A., Silva, M. R. G. (2013). Lifestyle of university students related to health: comparison between freshmen and seniors. In *ABCS Health Sciences*. pp. 17-23
- Silva, A. (2016, fevereiro). Estilos de Vida em Estudantes do Ensino Superior.
- Silva, A., Brito, I., & Amado, J. (2014, junho). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior (06, 19th ed.). *Ciência saúde coletiva*. 10.1590/1413-81232014196.04822013

- Silva, P., Borrego, R., Ferreira, S., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., & Truninger, M. (2015). *Consumos e estilos de vida nos estudantes do ensino superior: O caso dos estudantes da ULisboa/2012*. Observatório Permanente da Juventude do Instituto de Ciências Sociais, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, Portugal.
- SNS. (2022). Serviço Nacional de Saúde – História do SNS. <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude>
- Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. (2015). *Promoção da Saúde: Da Investigação à Prática* (1ª ed.). SPPS, Editora, LDA.
- Stunkard, A, Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1983). *Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness*. In S. Kety, L. Roland, R. Sidman & S. Mthysse (Eds), *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York, NY: Raven Press.
- Tappen, R. M. (2001). *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Práticas* (4ª ed.). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). Lusodidacta.
- Turan, N., Özdemir, N., Çulha, Y., Aydın, G., Kaya, H., & Aşti, T. (2021). The effect of undergraduate nursing students' e-Health literacy on healthy lifestyle behaviour. *Global Health Promotion*, 28(3), 6–13. doi:10.1177/1757975920960442
- Universidad Católica de Chile. (2006). *Guía Para Universidades Saludables*. http://www.gesundheitsfoerderung.de/Inhalte/E_Gefoe_HS_internat/2006_Lange_Guia_Universidades_Saludables.pdf
- USPDL. (2019). *Manual de Acolhimento ACes Dão Lafões – Unidade de Saúde Pública*. Viseu.

ANEXOS

ANEXO I - PRISMA Fluxograma



ANEXO II – Pedidos de autorização

Data: seg, 28 nov 2022 [16:26:24 WEST]

Assunto: FW: Autorização para aplicação de questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO"

Anexos image001.png 11 KB

Boa tarde,

Vimos deste modo informar que foi dada autorização para a aplicação dos questionários nos nossos alunos da ESS Jean Piaget de Viseu.

Devido a questão da proteção de dados terão de nos enviar o questionário a ESS envia aos estudantes, o link.

Enviei também a vossa solicitação ao ISEIT /Viseu à Diretora Adjunta – Eng. Helena Chéu com quem peço também que se articulem.

Aguardamos.

Com os melhores cumprimentos,

Enviada: 15 de novembro de 2022 11:47

Assunto: FW: Autorização para aplicação de questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO"

Bom dia!

Dra Lúcia, como tinha falado no último sábado reencaminho e-mail infra, referente ao trabalho que as estudantes do mestrado estão a realizar.

Agradecia a colaboração de modo a ser permitida a realização deste estudo, dado que as mestrandas estão a terminar o estágio e ainda não receberam autorização do Piaget.

Com os melhores Cumprimentos,

Rui Dionísio

Enviado: 28 de outubro de 2022 15:55

Assunto: Autorização para aplicação de questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO"

Exmo. Sr. Presidente do Instituto Piaget de Viseu, Professor Doutor Paulo Alves,

Rute Lopes e Vera Cordeiro, estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, estamos neste momento a realizar a nossa Prática Clínica na Unidade de Saúde Pública do ACES Dão-Lafões, pólo de Vouzela, sob orientação de Rui Dionísio, Enfermeiro Especialista e Docente convidado da ESS Jean Piaget.

Indo de encontro às funções da Saúde Pública na promoção da saúde e prevenção da doença das comunidades, esta USP pretende realizar um diagnóstico de saúde da comunidade estudantil do ensino superior do Distrito de Viseu e identificação de focos de intervenção, através da aplicação do questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO" (Silva, Brito e Amado, 2014).

Mais se informa que o referido questionário foi traduzido, adaptado e validado para os estudantes do Ensino Superior em Portugal, tendo sido já utilizado noutros países como ferramenta de avaliação dos estilos de vida. Este questionário é composto por 10 domínios, sendo eles:

F - família e amigos

A – atividade física/associativismo

N - nutrição

T - tabaco

A - álcool e outras drogas

S -sono/stress

T - trabalho/tipo de personalidade I - introspeção

C - comportamentos de saúde e sexual O - outros comportamentos

Desta forma, serve o presente e-mail para solicitar autorização para a sua aplicação aos estudantes da Escola Superior de Saúde e Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares, dos diferentes ciclos de estudo.

Gratas desde já pela atenção dispensada e ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Rute Sofia Rodrigues Lopes Vera Lúcia Oliveira Cordeiro

Data: qui, 3 nov 2022 [11:05:01 WEST]

Assunto: RE: Autorização para aplicação de questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO"

Anexos

image001.jpg 21 KB

image003.jpg 3 KB

Bom dia

Informo que o Sr. Presidente do Centro Regional de Viseu, Professor Doutor Aires do Couto, autoriza a que os questionários sejam passados a todos os alunos.

Peço que nos seja remetido o email com o texto de apresentação e questionário/link para nós fazermos chegar a todos os alunos do CRV.

Com os meus cumprimentos

Enviada: 2 de novembro de 2022 18:22

Assunto: Re: Autorização para aplicação de questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO"

Importância: Alta

Boa tarde.

No seguimento do email rececionado, solicitando o questionário, envio em anexo print do mesmo, assim como o link para acesso online.

Grata pela atenção disponibilizada.

Ao dispor para qualquer esclarecimento.

Vera Cordeiro

Link do questionário: <https://web.esenfc.pt/qst2/admin-peeriess/Qst-online/index.php?id=9&qkey=1376463128362>

Data: Wed, 2 Nov 2022 15:18:55 +0000

Assunto: RE: Autorização para aplicação de questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO"

Boa tarde

No seguimento do email que nos enviou, para ser dada ou não a autorização, necessitamos de ver o inquérito que pretende aplicar aos nossos alunos.

Continuação de boa semana.

Com os meus cumprimentos

Enviada: 28 de outubro de 2022 15:50

Assunto: Autorização para aplicação de questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO"

Importância: Alta

Exmo. Sr. Presidente da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional de Viseu,
Professor Doutor Aires Pereira do Couto,

Rute Lopes e Vera Cordeiro, estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, estamos neste momento a realizar a nossa Prática Clínica na Unidade de Saúde Pública do ACES Dão-Lafões, pólo de Vouzela, sob orientação do Sr. Enf.º Especialista Rui Dionísio.

Indo de encontro às funções da Saúde Pública na promoção da saúde e prevenção da doença das comunidades, esta USP pretende realizar um diagnóstico de saúde da comunidade estudantil do ensino superior do Distrito de Viseu e identificação de focos de intervenção, através da aplicação do questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO" (Silva, Brito e Amado, 2014).

Mais se informa que o referido questionário foi traduzido, adaptado e validado para os estudantes do Ensino Superior em Portugal, tendo sido já utilizado noutros países como ferramenta de avaliação dos estilos de vida. Este questionário é composto por 10 domínios, sendo eles:

F - família e amigos

A - atividade física/associativismo

N-nutrição

T - tabaco

A - álcool e outras drogas

S - sono/stress

T - trabalho/tipo de personalidade

I - introspeção

C - comportamentos de saúde e sexual

O - outros comportamentos

Desta forma, serve o presente e-mail para solicitar autorização para a sua aplicação aos estudantes dos diferentes ciclos de estudo, que frequentam a Universidade Católica de Viseu.

Gratas desde já pela atenção dispensada e ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Rute Sofia Rodrigues Lopes Vera Lúcia Oliveira Cordeiro

Data: sex, 14 out 2022 [09:02:12 WEST]

Assunto: FW: Autorização para aplicação de questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO"

Anexos

Outlook-43oc0l2u.png 33 KB

Bom dia!

Exmo Sr. Presidente do IPV,
Professor Doutor José Costa venho por este meio agradecer a rápida resposta ao pedido formulado e toda a colaboração edisponibilidade demonstrada.

Ao dispor,

Com os melhores cumprimentos, Rui Dionísio
Enfermeiro Especialista

----- Forwarded message -----

Date: quinta, 13/10/2022,
18:08

Subject: RE: Autorização para aplicação de questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO"

Rute Sofia Rodrigues Lopes
Vera Lúcia Oliveira Cordeiro

Boa tarde

Dado o interesse da pesquisa a efetuar, autorizo a aplicação do questionário. Em contacto coloco o mail dos presidentes das Unidades orgânicas do IPV.
Com os melhores cumprimentos José Costa

Enviada: 7 de outubro de 2022 14:46

Assunto: Autorização para aplicação de questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO"

Exmo. Sr. Presidente do Instituto Politécnico de Viseu, Professor Doutor, José dos Santos Costa,

Rute Lopes e Vera Cordeiro, estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, estamos neste momento a realizar a nossa Prática Clínica na Unidade de Saúde Pública do ACES Dão-Lafões, pólo de Vouzela, sob orientação do Sr. Enf.º Especialista Rui Dionísio.

Indo de encontro às funções da Saúde Pública na promoção da saúde e prevenção da doença das comunidades, esta USP pretende realizar um diagnóstico de saúde da comunidade estudantil do IPV e identificação de focos de intervenção, através da aplicação do questionário "Estilo de Vida FANTÁSTICO" (Silva, Brito e Amado, 2014), para posterior realização de consulta de vigilância de saúde.

Mais se informa que o referido questionário foi traduzido, adaptado e validado para os estudantes do Ensino Superior em Portugal, tendo sido já utilizado noutros países como ferramenta de avaliação de estilos de vida. Este questionário é composto por 10 domínios, sendo eles:

F - família e amigos

A - atividade física/associativismo

N - nutrição

T – tabaco

A - álcool e outras drogas

S - sono/stress

T - trabalho/tipo de personalidade

I - introspecção

C - comportamentos de saúde e sexual

O - outros comportamentos

Desta forma, serve o presente e-mail para solicitar autorização para a sua aplicação aos estudantes das diversas escolas Superiores que constituem o IPV.

Gratas desde já pela atenção dispensada,

Rute Sofia Rodrigues Lopes

Vera Lúcia Oliveira Cordeiro

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer N.º 917/10-2022

Título do Projeto:
Estilos de vida em Estudantes do Ensino Superior no Distrito de Viseu

Identificação dos Proponentes

Nome(s):

Vera Lúcia Oliveira Cordeiro

Filiação Institucional:

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Investigador Responsável:

Vera Lúcia Oliveira Cordeiro

Orientador:

Professor Doutor Armando Manuel Marques Silva - ESENFC

Relator: Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Parecer

Refere a proponente que na literatura o ambiente e o estilo de vida são reconhecidos como determinantes dos problemas de saúde dos indivíduos, com reflexo na saúde das populações, uma vez que é afetada pelas escolhas individuais. A etapa da vida considerada jovem adulta (18 aos 25 anos de idade) representa um momento chave para o desenvolvimento e aquisição de comportamentos com consequências para a saúde tanto a curto como a longo prazo. Cita a OMS que em 1998 considerou as Instituições de Ensino Superior como os locais ideais para incluir nos seus processos formativos, promovendo a educação para a saúde a partir do projeto Universidades Saudáveis. Considerando que de entre as responsabilidades do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública faz parte o processo de capacitação de grupos, a proponente propõe-se a desenvolver um estudo que constituirá uma fonte de dados para o diagnóstico de situação de necessidades educativas, visando a promoção de estilos de vida saudáveis entre os jovens universitários.

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo- correlacional, tendo como objetivo identificar o perfil de estilo de vida em estudantes do Ensino Superior no distrito de Viseu. É um estudo associado ao projeto "Estilos de vida em estudantes do Ensino Superior", da responsabilidade do Orientador da proponente, inscrito na UICISA-E e com parecer favorável desta Comissão de Ética.

A população do estudo da proponente será composta por estudantes do Instituto Politécnico de Viseu, Universidade Católica Portuguesa-Centro Regional de Viseu, e Instituto Piaget de Viseu, tendo como critérios de inclusão que frequentem uma licenciatura ou mestrado integrado, excluindo os que frequentem mestrados e doutoramentos e tenham idade superior a 25 anos.

Foram endereçados pedidos de autorização aos responsáveis destas Instituições para realização do estudo e assegurar a necessária articulação para envio de email de convite à participação dos estudantes, sem que a investigadora lhes tenha acesso. Obteve autorização do Instituto Politécnico de Viseu, aguardando respostas das outras Instituições.

A recolha de dados será através de questionário online, com link de acesso enviado no email de convite à participação no estudo, e que a investigadora disponibilizou para verificação. Contem 4 questionários, com aplicação devidamente autorizada pelos seus autores. Os dados recolhidos serão guardados automaticamente numa base de dados não identificada, assumindo a investigadora e o Orientador a sua salvaguarda e confidencialidade.

COMISSÃO DE ÉTICA

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

A voluntariedade dos estudantes é assegurada através da sua participação livre no estudo e do seu consentimento prévio à colheita de dados. Na página inicial do questionário consta de forma explícita a informação sobre a investigação, garantia de anonimização e confidencialidade dos dados, respetiva finalidade e utilização, e contacto do investigador responsável, após a qual o estudante terá de assinalar o seu consentimento em campo próprio para prosseguir.

O início da colheita de dados está previsto para novembro de 2022 e o seu fim para janeiro de 2023.

Não são previstos quaisquer danos, riscos ou benefícios para os participantes.

O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado.

Nos pressupostos anteriores e havendo cumprimento de todos os requisitos éticos específicos para o estudo, emite-se parecer favorável à sua realização tal como apresentado, salvaguardando-se que para a recolha de dados são necessárias as devidas autorizações das respetivas Instituições envolvidas.

O relator:


Assinado por: **Márcia Maria Andrade Marques da
Conceição e Neves**
Num. de identificação: 04421986
Data: 2022.11.23 19:56:44+00'00'



Data: 23 /11/2022 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Flomena De Kello

ANEXO IV – Formulário ARS Centro



 <p>ACES DÃO-LAFÕES AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE</p>	<p>AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO DAS UNIDADES DE SAÚDE</p>
	<p>Questionário</p>

NOTA DE PREENCHIMENTO – No que respeita ao espaço de **OBSERVAÇÕES** (Obs.) deverá ser assinalada a sua existência ou não, validando respectivamente **S** - N ou S - **N**. Em caso afirmativo, registar a *numeração da questão* e efetuar a sua *descrição* na página destinada às **OBSERVAÇÕES**. Se necessário, poderá esta página ser desdobrada.

0. Identificação

Unidade Funcional	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>
Localidade	<input type="text"/>
Cód. Postal	<input type="text"/>
Telefone(s)	<input type="text"/>
FAX	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>
Outros Contactos	<input type="text"/>
Responsável pela SST	<input type="text"/>
Função / Cargo	<input type="text"/>

1. Caracterização:

1.1	Número Total de Trabalhadores	<input type="text" value="20"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
1.2	Número de Utentes inscritos em	<input type="text" value="10.162 (out/c)"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
1.3	Ano de construção	<input type="text" value="1992"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
1.4	Número de Pisos	<input type="text" value="3"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
1.5	Sala de esterilização:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
1.6	Laboratório:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
1.7	Equipamento de RX:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>

2. Condições gerais:

2.1	Iluminação:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
2.2	Ventilação:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
2.3	Ruído:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
2.4	Conforto:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
2.4.1	Aparelhagem de aquecimento (descrever tipo em OBS.):	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
2.4.2	Ar condicionado:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>
2.5	Medidas de inclusão (acessibilidades):	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Obs.	<input type="text" value="S - N"/>

5. Resíduos (continuação):

5.2.2.11 Sinalizado: Sim Não Obs. S - N

5.3 Contentores facilmente manuseáveis, resistentes, hermeticamente estanques, identificados, laváveis e desinfetáveis: Sim Não Obs. S - N

5.3.1 Local específico para higienização dos contentores: Sim Não Obs. S - N

5.3.2 Existe separação entre contentores vazios e cheios: Sim Não Obs. S - N

5.4 Periodicidade de recolha:

5.4.1 Até 3 dias de produção: Sim Não Obs. S - N

5.4.2 De 3 até 7 dias de produção — local refrigerado: Sim Não Obs. S - N

5.5 Pesagem de todos os grupos de resíduos: Sim Não Obs. S - N

5.5.1 Balança: Sim Não Obs. S - N

5.5.2 Registo: Sim Não Obs. S - N

5.6 Ecoponto na proximidade: Sim Não Obs. S - N

5.7 EPI: Sim Não Obs. S - N

5.8 Meios de combate a incêndio: Sim Não Obs. S - N

6. Classificação do risco:

6.1 Planta do edifício: Sim Não Obs. S - N

6.2 Altura do edifício: ≤ 9,0 m > 9,0 m Obs. S - N

6.3 Cálculo do efectivo: (calculado em função do quadro XXVIII do art.º 51.º da Portaria n.º 1532/2008 de 29 de Dezembro)

6.4 Locais de risco D ou E (cf. art.º 10.º do D.L. n.º 220/2008): Sim Não Obs. S - N

6.5 Categoria do risco: 1.ª Categoria 3.ª Categoria 2.ª Categoria 4.ª Categoria

6.6 Classificação atribuída à Unidade (cf. art.º 21.º e 22.º do Decreto-Lei n.º 220/2008 e art.º 198.º da Portaria 1532/2008):

1.ª Categoria sem locais de risco D ou E

1.ª Categoria com locais de risco D ou E

2.ª Categoria sem locais de risco D ou E

2.ª Categoria com locais de risco D ou E

3.ª e 4.ª Categoria s

6.7 Medidas de auto protecção:

6.7.1 Registos de segurança: Sim Não Obs. S - N

6.7.2 Procedimentos de segurança: Sim Não Obs. S - N

6.7.3 Plano de prevenção: Sim Não Obs. S - N

6.7.4 Procedimentos em caso de emergência: Sim Não Obs. S - N

6.7.5 Plano de emergência interno: Sim Não Obs. S - N

6.7.6 Ações de sensibilização e formação: Sim Não Obs. S - N

6.7.7 Simulacros: Sim Não Obs. S - N

7. Substâncias perigosas — produtos de higiene e limpeza e produtos farmacêuticos:

- 7.1 Manuseamento: Sim Não Obs. S - N
- 7.2 Armazenagem: Sim Não Obs. S - N
- 7.3 Fichas de dados de segurança: Sim Não Obs. S - N

8. Líquidos e gases combustíveis (caldeiras de aquecimento):

- 8.1 Armazenamento: Sim Não Obs. S - N
- 8.2 Tipos de Utilização: Aquecimento Cozinhas / Copas
- 8.3 Sinalização: Sim Não Obs. S - N

9. Sinalização de segurança:

- 9.1 Existente:
- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Planta de emergência | <input type="checkbox"/> | Vias de circulação | <input type="checkbox"/> | Extintores | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Saídas | <input checked="" type="checkbox"/> | Quadros eléctricos | <input checked="" type="checkbox"/> | Botoneiras de alarme | <input type="checkbox"/> |
| Rede de incêndio armada (mangueira → tipo carretel) | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
- 9.2 Em falta: Planta de emergência

10. Iluminação de emergência:

- 10.1 Blocos autónomos: Sim Não Obs. S - N
- 10.2 Fontes locais (geradores): Sim Não Obs. S - N

11. Meios de detecção e alarme de incêndio:

- 11.1 Alarme de accionamento manual: Sim Não Obs. S - N
- 11.2 Dispositivos de detecção automática: Sim Não Obs. S - N

12. Meios de combate a incêndio:

- 12.1 Meios de primeira intervenção:
- 12.1.1 Extintores: Sim Não Validade /12/ 2022 Tipo
- Instalação adequada: Sim Não Obs. S - N
- 12.1.2 Rede de incêndio armada (mangueira → tipo carretel): Sim Não Obs. S - N
- 12.2 Meios de segunda intervenção:
- 12.2.1 Sistema de extinção automática de incêndio (springler → chuveiro automático): Sim Não Obs. S - N
- 12.2 Meios de segunda intervenção:
- 12.2.1 Sistema de extinção automática de incêndio (springler → chuveiro automático): Sim Não Obs. S - N

13. Planos de segurança:

- 13.1 Posto de segurança (centralização de meios e dados): Sim Não Obs. S - N
- 13.2 Registos de segurança: Sim Não Obs. S - N
- 13.3 Procedimentos de prevenção: Sim Não Obs. S - N
- 13.4 Procedimentos de intervenção: Sim Não Obs. S - N
- 13.5 Acções de formação: Sim Não Obs. S - N
- 13.6 Simulacros de incêndio: Sim Não Obs. S - N

14. Saídas de emergência:

- 14.1 Saída de emergência: Sim Não Obs. S - N
- 14.2 Porta com abertura para o exterior e com barra anti-pânico: Sim Não Obs. S - N
- 14.3 Vias de circulação desobstruídas: Sim Não Obs. S - N

15. Instalações eléctricas:

- 15.1 Quadro(s) eléctrico(s) com acesso livre de obstáculos: Sim Não Obs. S - N
- 15.2 Incidentes — quebras de energia: Sim Não Obs. S - N

16. Instalações sanitárias para utentes:

- 16.1 Instalações sanitárias:
- 16.1.1 Separadas por sexo: Sim Não Obs. S - N
- 16.1.2 Doseador de sabão líquido: Sim Não Obs. S - N
- 16.1.3 Sistema de secagem de mãos de uso individual: Sim Não Obs. S - N
- 16.2 Instalações sanitárias para pessoas com mobilidade condicionada:
- 16.2.1 Doseador de sabão líquido: Sim Não Obs. S - N
- 16.2.2 Sistema de secagem de mãos de uso individual: Sim Não Obs. S - N
- 16.2.3 Porta de correr ou de abertura para fora: Sim Não Obs. S - N
- 16.2.4 Barras laterais amovíveis: Sim Não Obs. S - N
- 16.2.5 Alarme de emergência — sonoro e luminoso: Sim Não Obs. S - N
- 16.3 Existe fraldário: Sim Não Obs. S - N
- 16.4 Ventilação: Sim Não Obs. S - N
- Natural Forçada

17. Instalações sociais:

- 17.1 Instalações Sociais: Sim Não Obs. S - N
- 17.2 Instalações Sanitárias: Sim Não Obs. S - N

17. Instalações sociais (continuação):

17.3 Vestiários/Balneários: Sim Não Obs. S - N

17.4 Bar/Refeitório: Sim Não Obs. S - N

LEGISLAÇÃO:

Decreto-Lei n.º 243/86 de 20 de Agosto

Aprova o Regulamento Geral de Higiene e Segurança do Trabalho nos Estabelecimentos Comerciais, de Escritório e Serviços (RGHSTECES).

Decreto-Lei n.º 242/96 de 13 de Agosto

Normas de Organização e Gestão dos Resíduos Hospitalares.

Decreto-Lei n.º 488/99 de 17 de Novembro

Define as formas de aplicação do regime jurídico de segurança, higiene e saúde no trabalho à Administração Pública e revoga o Decreto-Lei n.º 191/95, de 28 de Julho.

Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de Agosto

Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais.

Lei n.º 59/2008 de 11 de Setembro

Aprova o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas.

Decreto-Lei n.º 220/2008 de 12 de Novembro

Estabelece o regime jurídico da segurança contra incêndios em edifícios.

Portaria n.º 1532/2008 de 29 de Dezembro

Aprova o Regulamento Técnico de Segurança contra Incêndio em Edifícios (SCIE).

Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro (Republicada pela Lei n.º 3/2014 de 28 de Janeiro)

Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho.

Circular Normativa 03/DSPP/DCVAE de 18 de Fevereiro de 2010 (DGS)

Programa Nacional de Saúde Ocupacional – PNSOC.

Circular Normativa 05/DSPPS/DCVAE de 3 de Março de 2010 (DGS)

Organização de Serviços de Segurança e Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO) nos Cuidados Primários de Saúde – ACES e Sede de ARS(s).

Circular Normativa 06/DSPPS/DVVAE de 31 de Março de 2010 (DGS)

Serviços de Saúde do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO) – Condições mínimas das instalações, equipamentos e utensílios.

Norma 026/2013 de 30 de Dezembro de 2013 (DGS)

Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – 2º Ciclo 2013/2017.

Responsáveis pelo preenchimento:

Nome (completo)

Funções desempenhadas

Data

Nome (completo)

Funções desempenhadas

Data

ANEXO V – Guia de Visita às ERPI'S

Visita Pedagógica da USP

Instituição:			
Valência:			
Morada:			
Contactos	Tlf:	Tlm:	Email:
Alvará da Segurança Social:			

Resposta Social	Capacidade	Utentes			Observações
		Nº total	Nº dependentes	Nº acamados	
ERPI					
Centro de Dia					
SAD					
Creche					
ATL					
Centro de Convívio					
Outra					

Estrutura da ERPI - Nº total de quartos				
Individuais:	Duplos:	Triplos:	Casal:	Emergência:

Recursos Gerais:				
Água Rede:	Saneamento:	Furo:	AC:	Aq. Central:

Recursos Humanos	Nº	Horas	Observações
Assistente Social			
Enfermeiro			
Fisioterapeuta			
Médico			
Nutricionista			
Aux. Serviços Gerais			
Ajudantes Ação Direta			
Psicólogo			
Anim. Sócio-Cultural			
Outros			

Aspetos gerais	S	N	Observações
Existe Manual de Acolhimento ao utente			
Executam um Plano de Formação de Profissionais			
Existe um Plano de Emergência / Saída de Emergência para camas			
Formação em Primeiros Socorros atualizada			
Formação em Suporte Básico de Vida atualizada			
O mobiliário e equipamentos são adequados			
A instituição apresenta aspeto limpo e sem odores desagradáveis			
A iluminação natural é adequada			
O nível de ruído é confortável			
Climatização uniforme em todo o edifício e adequada à estação do ano			
No acesso aos pisos superiores existe elevador para camas ou rampa			
Os espaços interiores permitem livre acesso e circulação (ex: cadeira de rodas)			
Há dispositivos de orientação espacial e temporal			
Há dispositivos de apoio à locomoção (ex: corrimões, andarilhos...)			

--

Funcionamento	S	N	Observações
O mapa semanal das ementas está disponível em local visível			
O plano de animação cultural está disponível e visível			
Todos os profissionais têm identificação			
Há dispositivos para garantir a privacidade entre camas			
Cada utente tem o seu próprio armário e mesa de cabeceira			
Existe um procedimento de atuação face a acidentes/incidentes com utentes			
Existem alarmes nos WCs			
Cuidados de Saúde	S	N	Observações
Todos os utentes têm Processo Individual atualizado			
O Processo Individual é de acesso restrito			
O PI tem incluído o Plano Individual de Cuidados			
Existe caixa de primeiros socorros com grelha de verificação			
Existem equipamentos para suporte básico de vida			
Todos os utentes estão inscritos no CS, com acesso a médico/enfermeiro de família			
Vigilância da V. antitetânica (utentes e profissionais)			
V. Gripe (utentes e profissionais)			
V. Covid-19 (utentes e profissionais)			
Avaliação da Dor			
Avaliação do Risco de Queda			
Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão			
Avaliação do Risco Nutricional/IMC			
Está afixado, junto aos lavatórios, o procedimento para higienizar as mãos			
Há dispositivos para desinfeção das mãos nas áreas comuns/funcionais e quartos			
Existe um plano de controlo e análises (ex: Prevenção da Doença dos Legionários)			
Existe procedimento para limpeza e desinfeção de equipamentos de aerossóis			
Está definido um horário para hidratação oral (meio da manhã e meio da tarde)			
Há programa informático de apoio nos registos de enfermagem/médicos			
Existem EPI's disponíveis			
Existe um procedimento de medidas de proteção individual (ex: higiene das mãos, etiqueta respiratória, isolamentos...)			
Medicação	S	N	Observações
A preparação é realizada por enfermeiros			
Está devidamente acondicionada			
O local de armazenamento cumpre os requisitos (temp., humidade...)			
A administração de vacinas e injetáveis é realizada por enfermeiros			
Os estupefacientes e psicotrópicos estão armazenados em local próprio			
Têm frigorífico destinado apenas ao armazenamento da medicação que requer refrigeração			
Fazem registo diário da temperatura do frigorífico afeto à medicação			
Tem registos completos/atualizados da medicação e vacinas administradas			
Gabinete de enfermagem	S	N	Observações
Tem lavatório			
Tem torneira de comando manual			
Tem marquesa			
Tem instalação sanitária na proximidade			

Lixos	S	N	Observações
É efetuada a triagem dos lixos			
Acondicionamento em local apropriado dos lixos de risco biológico			
É efetuada recolha por empresa acreditada dos lixos de risco biológico			
Está definida a periodicidade da recolha dos lixos de risco biológico			
Articulação com a USP/programas implementados			
Recebem informação no âmbito do <i>Plano Saúde Sazonal</i> (ou outra)			
Colheita de alimentos para análise			
Programa regional da Promoção da Alimentação Saudável (Ex: Sopa.come, Pão.come, Oleovitae)			
Recorrem ao portal do SNS (Ex: consulta da Biblioteca de Literacia em Saúde)			
Utilização adequada da Linha de Saúde 24 e do 112			
Recomendações/Necessidades identificadas			
Documentos a consultar			
<ul style="list-style-type: none"> • Circulares Normativas/Manuais (Doença dos Legionários, Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por MRSA, PPCIRA, <i>Enterobacteriaceae</i> Produtoras de Carbapenemases, Prevenção da Infeção na Ferida Crónica, Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, Manual de Antissépticos e Desinfetantes, Armazenamento de Fármacos - Condições gerais e especiais); • Plano Local de Saúde, Plano Regional de Saúde Sazonal; • Panfletos informativos; • Site DGS, Portal SNS (Biblioteca de Literacia em Saúde), Manual de Normas de Enfermagem (ACSS) 			
Aspetos a rever na próxima visita			

Profissionais que efetuaram a visita

Profissionais que acompanharam a visita

APÊNDICES

APÊNDICE II – Questionário

Questionário - «Tenho um estilo de vida Fantástico?»

No âmbito da realização de um estudo sobre os estilos de vida dos estudantes do ensino superior, da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vimos solicitar a tua colaboração para o preenchimento deste instrumento. Todos os dados recolhidos serão utilizados apenas para efeitos do presente estudo de investigação e garantimos a sua TOTAL CONFIDENCIALIDADE, bem como o ANONIMATO dos participantes. O presente estudo não implica qualquer tipo de custo ou risco para os participantes. A participação neste estudo é estritamente VOLUNTÁRIA e a desistência, a qualquer momento, é um direito que assiste a todos os participantes. Mas, caso deseje ser posteriormente contactado nomeadamente para oportunamente conhecer os resultados deste estudo em que está a participar, deixe o seu contacto no final do Questionário ou envie e-mail para: armandos@esenfc.pt Prof. Armando Silva.

Parte - Dados sócio-demográficos

1. Qual a sua Instituição de ensino
2. O seu Curso:
3. Qual o ciclo de estudos que frequenta?
4. Nº de matriculas: ▲▼
5. Ano Curricular: ▲▼
6. Data de Nascimento (Exemplo: aaaa-mm-dd)
7. Género Masculino Feminino
8. Habilitações literárias da mãe
9. Habilitações literárias da pai
10. O curso escolhido foi a sua primeira opção? Sim Não
11. Além de estudar, trabalha? Não Sim
 - 11.1. Se sim: A tempo parcial A tempo inteiro
12. Qual é o seu peso? ▲▼ Kg (Exemplo: 74)
13. Qual é a sua estatura? ▲▼ m (Exemplo: 1.75)
14. Quantas pessoas fazem parte do agregado familiar? ▲▼
15. Qual o rendimento do agregado familiar mensal: Até 1 ordenado/renda mínimo/a De 1 a 3 ordenados/renda mínimo/a De 3 a 6 ordenados/renda mínimo/a De 6 a 10 ordenados/renda mínimo/a Mais de 10 ordenados/renda mínimo/a
16. Encontra-se deslocado do seu local de residência (morada de família): Não Sim
 - 16.1. Se respondeu Sim, com quem vive actualmente: Sozinho Com amigos Com Conjugue Com Filhos
17. Faz algum tipo de voluntariado? Não Sim
 - 17.1. Se respondeu Sim, qual?
18. Em média, por semana, quantas noites sai para atividades recreativas? ▲▼
19. Quanto gasta, em média, por noite? ▲▼ € (inclui transporte, tabaco, alimentos, entradas)

PARTE II - Questionário da Percepção Corporal

A partir das figuras apresentadas, indique o número a qual das imagens corresponde:

- 1 Qual o nº que representa a forma como se vê: ▲▼
- 2 Qual o nº que representa a forma como gostaria de ser: ▲▼
- 3 Qual o nº que representa ser saudável: ▲▼

PARTE III - Questionário da Auto-estima / Bem-estar Psicológico

Auto-estima

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como te sentes acerca de ti próprio(a). Assinala, na respectiva coluna, a resposta que mais se te adequa

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 De uma forma geral, estou satisfeito(a) consigo mesmo (a) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 Às vezes penso que não presto para nada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Penso que tenho algumas boas qualidades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 Creio de que não tenho grande coisa de que me orgulhar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 Gostaria de ter mais consideração por mim próprio (a) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um(a) falhado(a) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Bem-estar Psicológico

Nas questões que se seguem são enumeradas situações que podem traduzir como se pode ter sentido ou reagido durante o último mês. Indique a frequência ou intensidade, seleccionando a opção correcta:

- | | |
|--|----------------------------|
| I. Sentiu-se incomodado(a) / aborrecido(a) / nervoso? | -- Seleccione uma opção -- |
| II. Quanta energia ou vitalidade sentiu? | -- Seleccione uma opção -- |
| III. Sentiu-se abatido (em baixo) | -- Seleccione uma opção -- |
| IV. Sentiu-se emocionalmente estável e seguro(a) de si próprio | -- Seleccione uma opção -- |
| V. Sentiu-se alegre | -- Seleccione uma opção -- |
| VI. Sentiu-se cansado(a), exausto(a) ou desgastado(a). | -- Seleccione uma opção -- |


PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo FANTASTICO, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)


•	F
•	A
•	N
•	T
•	A
•	S
•	T
•	I
•	C
•	O

Família e amigos

Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:

-- Seleccione uma opção -- 

Deu e recebe carinho/afectos:

-- Seleccione uma opção -- 

OPCIONAL - Para futuros contactos no âmbito da saúde/estilos de vida posso ser contactado para o email

[enviar](#)

Desenvolvido por [ESEnfC](#)