



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Adolescência, Conhecimento e Escolhas Sexuais Saudáveis

Alexandra Marisa Gonçalves Cabral

Viseu, julho 2026

Adolescência, Conhecimento e Escolhas Sexuais Saudáveis

Alexandra Marisa Gonçalves Cabral

Estágio com Relatório Final

Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária – área de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Ricardo Pais Antunes

Viseu, julho 2026

A Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde, através de esforços organizados da sociedade.

Acheson, 1988

Agradecimentos

Ao longo deste percurso exigente, marcado por desafios pessoais, profissionais e académicos, foram várias as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste trabalho, e a quem não posso deixar de expressar o meu mais sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, à minha família, pilar fundamental em todos os momentos. Ao meu filho, pela compreensão nas ausências, pela paciência nos dias mais difíceis e por ser, diariamente, a minha maior motivação. Ao meu marido, pelo apoio incondicional, pela resiliência e pela forma como, mesmo perante as exigências da vida enquanto imigrante, esteve sempre presente, incentivando-me a continuar e a não desistir.

À equipa da atual USF Besteiros, pela compreensão e apoio ao longo deste percurso formativo, particularmente num período de transição organizacional que decorreu, em grande parte, enquanto me encontrava afastada do contexto assistencial. Ainda assim, o acolhimento, a disponibilidade e o espírito de entreatajuda demonstrados foram fundamentais para que conseguisse conciliar as exigências profissionais e académicas.

À Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela e à Unidade de Saúde Pública de Viseu, pelo acolhimento e pela oportunidade de aprendizagem em contextos distintos, mas igualmente enriquecedores. Um agradecimento especial às minhas orientadoras de estágio, Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária Paula Margarida e Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária Alice Venâncio, pela disponibilidade, orientação, partilha de conhecimento e pelo exemplo profissional e humano que representam.

Ao Professor Doutor Ricardo Pais Antunes, pela orientação científica, pelo rigor, pela exigência e pelo acompanhamento ao longo deste percurso, fundamentais para o desenvolvimento deste relatório.

Por fim, a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste percurso, o meu profundo agradecimento.

Este percurso foi, acima de tudo, uma prova de resiliência, superação e crescimento, que só foi possível graças ao apoio daqueles que caminharam ao meu lado.

Resumo

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem - área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, e teve como finalidade descrever e refletir criticamente sobre o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em contexto de Cuidados de Saúde Primários, bem como apresentar o projeto de intervenção comunitária e o estudo de investigação desenvolvido.

O projeto Adolescência, Conhecimento e Escolhas Sexuais Saudáveis foi implementado em contexto escolar, tendo como objetivo promover a literacia em saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes através de uma intervenção educativa estruturada. Paralelamente, foi realizado um estudo quantitativo, de carácter descritivo e analítico, com avaliação das atitudes sexuais antes e após a intervenção educativa, utilizando um questionário sociodemográfico e a Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes (EAS-A).

A amostra foi constituída por 34 adolescentes. A consistência interna da EAS-A revelou-se aceitável ($\alpha = 0,782$), suportando a fiabilidade da sua aplicação nesta população. Os resultados evidenciaram que 33,3% dos participantes referiram já ter iniciado a atividade sexual, com idade média de iniciação de $14,58 \pm 1,78$ anos, verificando-se utilização inconsistente de métodos contraceptivos numa parte dos adolescentes. A pontuação global média da EAS-A foi de $3,24 \pm 0,60$, permitindo caracterizar as atitudes sexuais da população estudada. A análise estatística realizada permitiu avaliar o impacto da intervenção educativa e explorar a associação entre variáveis sociodemográficas e atitudes sexuais, verificando-se ausência de diferenças estatisticamente significativas em algumas das comparações efetuadas, nomeadamente em função da zona de residência.

Conclui-se que a intervenção desenvolvida reforçou a pertinência da educação para a saúde sexual em contexto escolar e evidenciou a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na avaliação das necessidades em saúde, no planeamento, implementação e avaliação de intervenções comunitárias baseadas na evidência, contribuindo para a promoção da literacia em saúde e para a capacitação dos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência; Saúde sexual; Literacia em saúde; Educação para a saúde; Enfermagem Comunitária; Promoção da saúde.

Abstract

This internship report was developed within the scope of the Master's Degree in Nursing, specializing in Community and Public Health Nursing, and aimed to describe and critically reflect on the development of Specialist Nurse competencies acquired in a Primary Health Care setting, as well as to present the community intervention project and the research study undertaken.

The project "Adolescence, Knowledge and Healthy Sexual Choices" was implemented in a school setting with the aim of promoting adolescents' sexual and reproductive health literacy through a structured educational intervention. In parallel, a quantitative, descriptive and analytical study was conducted to assess sexual attitudes before and after the educational intervention using a sociodemographic questionnaire and the Sexual Attitudes Scale – Adolescent Version (EAS-A).

The sample comprised 34 adolescents. The internal consistency of the EAS-A was acceptable (Cronbach's $\alpha = 0.782$), supporting the reliability of its use in this population. The results showed that 33.3% of participants had already initiated sexual activity, with a mean age at sexual debut of 14.58 ± 1.78 years. Inconsistent contraceptive use was also reported by some adolescents. The overall mean EAS-A score was 3.24 ± 0.60 , providing a characterization of the sexual attitudes of the study population. Statistical analysis was performed to assess the impact of the educational intervention and to explore the association between sociodemographic variables and sexual attitudes. No statistically significant differences were found in some of the comparisons performed, particularly according to area of residence.

It is concluded that the intervention reinforced the relevance of school-based sexual health education and highlighted the important role of the Community and Public Health Nurse Specialist in assessing health needs, planning, implementing and evaluating evidence-based community interventions, thereby contributing to the promotion of health literacy and the empowerment of adolescents.

Keywords: Adolescence; Sexual health; Health literacy; Health education; Community Nursing; Health promotion.

Sumário

Índice de tabelas	15
Índice de figuras	17
Lista de siglas e acrónimos	19
Introdução	21
Parte I – Relatório da Componente Clínica	29
1. Enquadramento e caracterização dos contextos de estágio	31
1.1 Estágio em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela.....	32
1.2 Estágio em contexto de Unidade de Saúde Pública Dão-Lafões	37
2. Reflexão sobre as competências adquiridas e as atividades desenvolvidas	41
2.1. Desenvolvimento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista	42
2.2 Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública	48
2.2.1 Avaliação do estado de saúde da comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde	50
2.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	51
2.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	52
2.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	59
2.3 Síntese Crítica do Desenvolvimento de Competências	63
Parte II Componente de Investigação - Adolescência, Conhecimento e Escolhas Sexuais Saudáveis	65
3. Introdução	67
4. Estado da arte	71
5. Metodologia	81
5.1 Tipo de estudo/intervenção	81
5.2 Contexto e população-alvo	81
5.3 Instrumentos de recolha de dados.....	82
5.4 Planeamento da intervenção	83
5.5 Procedimentos de implementação.....	84
5.6 Procedimentos estatísticos.....	86

4.7 Procedimentos éticos	86
5. Resultados	89
5.1 Caracterização sociodemográfica dos alunos.....	89
5.2 Comportamentos e saúde sexual	90
5.3 Consistência interna da escala EAS-A	91
5.4 Análise descritiva das atitudes sexuais.....	92
5.5 Análise inferencial	94
6. Discussão	97
Conclusão	105
Referências bibliográficas	107
Anexos	115
Apêndices	117

Índice de tabelas

Tabela 1 - Áreas de Atuação de Enfermagem	36
Tabela 2. Áreas de intervenção, programas e projetos	39
Tabela 3. Nascidos-vivos de mães adolescentes por idade da mãe (2020-2024).....	74
Tabela 4- Planejamento da intervenção educativa em saúde sexual e reprodutiva...	84
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica.....	89
Tabela 6. Grau de escolaridade dos pais.....	90
Tabela 7. Comportamentos e saúde sexual	91
Tabela 8. Idade da primeira relação sexual e idade do/a parceiro/a	91
Tabela 9. Consistência interna da EAS-A.....	92
Tabela 10. Estatística descritiva da EAS-A.....	93
Tabela 11 Resultados descritivos da EAS-A no pré-intervenção.....	93
Tabela 12. Relação entre a zona de residência e a existência de relações sexuais.	94
Tabela 13 Teste da normalidade	94
Tabela 14. Comparação dos resultados da EAS-A antes e depois da intervenção...	95
Tabela 15. Teste t de Student - Atitudes sexuais vs. já ter tido relações sexuais.....	95
Tabela 16. Comparações múltiplas (Tukey HSD) - Atitudes sexuais vs. zona de residência.....	96

Índice de figuras

Figura 1 Área geográfica de influência da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões	32
Figura 2 – Mapa do distrito de Viseu	33
Figura 3 - Freguesias do Concelho de Tondela	34
Figura 4 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC Tondela	35

Lista de siglas e acrónimos

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral de Saúde

EAS-A – Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes

EEEC- ESCSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

ESR – Educação Sexual e Reprodutiva

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

NUTS III – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos – Nível III

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

REVIVE – Rede de Vigilância de Vetores

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCT – Unidade de Cuidados na Comunidade Tondela

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSVDL – Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

USP – Unidade de Saúde Pública

Introdução

O presente Relatório Final de Estágio insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Saúde Comunitária e Saúde Pública, constituindo um elemento central no percurso formativo conducente à obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista. Este documento traduz o processo de desenvolvimento e consolidação de competências especializadas, sustentado na evidência científica, na reflexão crítica e na prática clínica supervisionada, procurando evidenciar a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da saúde da comunidade e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O estágio decorreu em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela e na Unidade de Saúde Pública de Viseu, integradas na Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões. Estes contextos permitiram o desenvolvimento de competências em diferentes níveis de intervenção, nomeadamente na avaliação de necessidades em saúde, planeamento, implementação e avaliação de estratégias de intervenção comunitária, em consonância com o perfil de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE). No que respeita às competências comuns do Enfermeiro Especialista, importa referir que, à data da realização do estágio, se encontrava em vigor o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Contudo, atendendo à atualização legislativa ocorrida durante a elaboração do presente relatório, foi adotado o Regulamento n.º 454/2026, de 29 abril, atualmente em vigor. Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEEC-ESCSP), está inerente o preconizado pelo Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho.

As UCC têm como principal missão prestar cuidados de saúde e apoio psicossocial à comunidade, particularmente no que se refere aos grupos vulneráveis, desenvolver intervenções no domicílio e na comunidade, mormente no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença e acompanhamento de situações de dependência (Decreto-Lei n.º

28/2008, revogado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, 7 de outubro de 2013). Por sua vez, e como consta do mesmo normativo legal, as USP assumem funções ao nível da vigilância epidemiológica, planeamento em saúde, monitorização do estado de saúde da população e implementação de programas de saúde pública, contribuindo para a proteção e melhoria da saúde coletiva. Estes contextos proporcionaram experiências diversificadas de intervenção comunitária e de saúde pública (Decreto-Lei n.º 137/2013, 7 de outubro de 2013).

O EEEEC-ESCSP assume um papel determinante na melhoria dos níveis de saúde das populações, através da promoção da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades em saúde (OE, 2018; Regulamento n.º 428/2018). A sua intervenção caracteriza-se por uma prática autónoma, crítica e sustentada em evidência, revelando capacidade de liderança e de intervenção estratégica em contextos comunitários e de saúde pública. Compete-lhe analisar o perfil de saúde das comunidades, recorrer a metodologias de planeamento em saúde e identificar determinantes sociais, económicos e ambientais com impacto no bem-estar coletivo. Entre as suas atribuições incluem-se a definição de prioridades em saúde, o desenvolvimento e implementação de programas e estratégias de intervenção, bem como a articulação e mobilização de recursos comunitários com vista à criação de contextos promotores de saúde. Assume igualmente um papel relevante na capacitação de indivíduos, grupos e comunidades, incentivando a participação ativa e o *empowerment* nos processos de decisão relacionados com a saúde (OE, 2018; Regulamento n.º 428/2018).

É ainda da sua competência coordenar processos de vigilância epidemiológica e de planeamento em saúde, conceber e implementar projetos que vão ao encontro das orientações estratégicas nacionais e locais. A sua intervenção desenvolve-se em estreita articulação com diferentes instituições e parceiros comunitários, para promoção de respostas integradas e sustentáveis perante as necessidades identificadas. O seu contributo revela-se essencial no reforço da literacia em saúde, na promoção da equidade no acesso aos cuidados e na melhoria consistente dos indicadores de saúde das populações, (OE, 2018; Regulamento n.º 428/2018).

Nestes contextos de intervenção comunitária e de saúde pública, o conceito de comportamento de saúde assumem particular relevância, referindo-se à forma como os indivíduos articulam o seu ambiente com o seu estilo de vida, sendo esta relação influenciada por fatores comportamentais, como hábitos e rotinas, bem como por fatores motivacionais individuais, tais como objetivos e valores (Aristizábal et al., 2011). Segundo Álvarez (2011) e Rojas-Torres et al. (2025), estes comportamentos expressam-se através de respostas aprendidas ao longo do processo de socialização, originando padrões que refletem escolhas de vida moldadas pelos determinantes sociais e ambientais da saúde. A

adoção adequada de hábitos saudáveis contribui para níveis satisfatórios de bem-estar; no entanto, práticas inadequadas podem ter repercussões negativas na saúde (Navarro et al., 2023; Santos et al., 2025). A evidência demonstra que comportamentos de risco, como o consumo de álcool, o tabagismo, a alimentação desequilibrada, o sedentarismo, o stresse não controlado, e práticas sexuais não seguras estão associados ao desenvolvimento de doenças e a impactos negativos na qualidade de vida (Navarro et al., 2023; Rojas-Torres et al., 2025; Santos et al., 2025). Assim, a promoção de comportamentos saudáveis e a capacitação das populações constituem estratégias fundamentais na prática da enfermagem comunitária.

A prática desenvolvida ao longo do estágio foi orientada por referenciais teóricos da enfermagem, nomeadamente o Modelo de Promoção da Saúde de Pender, o Modelo de Sistemas de Neuman e a Teoria das Transições de Meleis. O Modelo de Promoção da Saúde, proposto por Nola Pender (2014), enfatiza os fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis, permitindo orientar intervenções centradas na capacitação dos indivíduos e para a adoção de comportamentos positivos (Pender, 2014). Ao contrário de outros modelos comportamentais, o Modelo de Promoção da Saúde não se limita à prevenção da doença, integra fatores pessoais, motivacionais e interpessoais que influenciam a adoção de estilos de vida saudáveis. A sua abordagem holística está em consonância com os objetivos da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, nomeadamente a promoção do bem-estar físico, emocional e social da tríade indivíduo, grupo, comunidade. De acordo com a literatura (Navarro et al., 2023; Rojas-Torres et al., 2025; Santos et al., 2025), este modelo facilita uma gestão eficaz da saúde através de intervenções educativas e de enfermagem, contribui para o processo de autocuidado, nomeadamente na promoção de uma alimentação saudável, prática de atividade física, motivação e autoestima.

Na prática de enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública, o cuidado dirige-se a indivíduos, grupos e comunidades em situações de vulnerabilidade, doença ou transição. Estas vivências implicam respostas físicas, emocionais, sociais e psicológicas, que influenciam diretamente o equilíbrio e o estado de saúde dos diferentes sistemas humanos (Fawcett & Gigliotti, 2001; Turner & Kaylor, 2015). Neste sentido, o Modelo de Sistemas de Neuman (Neuman & Fawcett, 2010) também assume relevância, uma vez que se organiza à volta dos conceitos do metaparadigma da enfermagem (pessoa, ambiente, saúde e enfermagem), conceptualizando o indivíduo, grupo ou comunidade como um sistema aberto composto por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Este sistema apresenta uma estrutura central protegida por linhas de defesa, normal, flexível e de resistência, que atuam na proteção contra os

stressores ambientais. A linha de defesa normal corresponde ao nível habitual de bem-estar do sistema, enquanto a linha de defesa flexível funciona como uma barreira dinâmica que previne a penetração dos fatores de stresse (Neuman & Fawcett, 2010). Quando estes ultrapassam essas defesas, ativam-se as linhas de resistência, com o objetivo de restaurar o equilíbrio e promover o retorno ao estado de saúde. Caso estas defesas se revelem insuficientes, o núcleo do sistema pode ser comprometido, colocando em risco o indivíduo, grupo ou comunidade (Neuman & Fawcett, 2010). Diversos fatores contribuem para a capacidade de adaptação e resiliência, compreendendo as características individuais, o suporte familiar e social, os recursos comunitários e as estratégias de *coping* (Neuman & Fawcett, 2010). Estes elementos assumem particular relevância na Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, onde o foco se centra na promoção da saúde, prevenção da doença e consolidação das capacidades dos sistemas humanos. Assim, o Modelo de Sistemas de Neuman revela-se particularmente adequado à Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ao permitir compreender a interação entre o indivíduo, grupo e comunidade com o ambiente envolvente, identificar fatores de risco e orientar intervenções preventivas aos diferentes níveis. Paralelamente ao Modelo de Promoção da Saúde de Pender, que enfatiza a adoção de comportamentos saudáveis, o modelo de Neuman complementa a abordagem ao integrar a análise dos stressores e dos mecanismos de defesa, bem como contribuir para uma intervenção mais holística, integrada e centrada nas necessidades da população.

A Teoria das Transições, desenvolvida por Meleis (2010), assume igualmente relevância na Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ao centrar-se nos processos de mudança vivenciados pelos indivíduos, grupos e comunidades ao longo do seu ciclo vital ou perante eventos de saúde/doença e vice-versa. Esta teoria permite compreender as transições como processos complexos que envolvem adaptações a novos papéis, condições ou estados de saúde, podendo influenciar significativamente o bem-estar. No âmbito da prática do EEEEC-ESCSP, revela-se particularmente profícuo na identificação de momentos de maior vulnerabilidade, orientando as intervenções de enfermagem que visam facilitar transições saudáveis, promover a adaptação e prevenir complicações (Meleis, 2010). Assim, à semelhança dos modelos de Pender e Neuman, a teoria de Meleis contribui para uma abordagem holística e centrada na pessoa, grupo e comunidade, reforça a importância do acompanhamento contínuo e da capacitação ao longo dos processos de mudança.

A articulação destes modelos permite sustentar uma abordagem holística, integrada e centrada nas necessidades da população.

A relevância desta área de especialização torna-se particularmente evidente no contexto contemporâneo, marcado por profundas transformações demográficas, pela

transição epidemiológica e pela crescente complexidade dos determinantes da saúde. Estas mudanças impõem respostas cada vez mais integradas e sustentadas por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos EEEEC-ESCSP. Neste enquadramento, estes profissionais são agentes ativos na promoção da saúde e na prevenção da doença, através da implementação de intervenções proativas e da articulação de estratégias intersectoriais que visam a capacitação das comunidades.

Assim, é fundamental o desenvolvimento de parcerias institucionais e comunitárias, bem como a implementação de projetos e programas orientados para a criação de ambientes promotores de saúde e para o robustecimento da participação ativa das populações nos processos de decisão relacionados com a sua própria saúde. A intervenção integrada da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública contribui, deste modo, para a melhoria dos indicadores de saúde coletiva e para a redução das desigualdades em saúde, promovendo maior equidade e reforçando a capacidade de adaptação e resiliência das comunidades face aos desafios emergentes na área da saúde (OE, 2010; OE, 2015).

No âmbito do estágio, foi desenvolvido o projeto de intervenção “Adolescência, Conhecimento e Escolhas Sexuais Saudáveis” que teve a sua génese no Estágio I - Intervenção na Comunidade, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Tondela, no qual foi identificada uma necessidade de saúde em contexto escolar, tendo a UCC manifestado interesse em desenvolver uma intervenção estruturada nesta área. Com base no diagnóstico de necessidades realizado, foi possível delinear um projeto de intervenção orientado para a promoção de comportamentos sexuais saudáveis na população adolescente, sustentado em estratégias de educação para a saúde e capacitação. Este projeto foi retomado, aprofundado e ajustado, o que permitiu a continuidade da intervenção e o desenvolvimento de competências na área da enfermagem comunitária e o reforço do impacto junto da população-alvo. Neste sentido, destaca-se que a enfermagem de saúde comunitária se caracteriza por uma prática contínua, sistemática e centrada na comunidade, dirigida a indivíduos, grupos e comunidades ao longo do ciclo vital, desenvolvida em múltiplos contextos e orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades em saúde. Esta prática assenta no respeito pela autonomia e pelos direitos das populações, bem como na sua capacitação para a tomada de decisões informadas, contribuindo para ganhos em saúde sustentáveis (OE, 2018; Regulamento n.º 428/2018).

A adolescência constitui uma etapa particularmente significativa do desenvolvimento humano, marcada por transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais que influenciam a construção da identidade e os comportamentos individuais (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2022). Durante este período, consolidam-se valores, crenças e

atitudes relacionados com a sexualidade, tornando este domínio especialmente relevante para o bem-estar e desenvolvimento saudável dos adolescentes (Silva, 2021). No atual contexto de rápida digitalização e de acesso facilitado à informação, tantas vezes desprovida de validação científica, os adolescentes enfrentam desafios acrescidos na gestão da sua saúde sexual e reprodutiva (UNESCO, 2018). A evidência aponta para a existência de lacunas ao nível da literacia em saúde sexual e reprodutiva, bem como para a adoção de comportamentos de risco, tais como, início precoce da vida sexual, frequentemente associada ao desconhecimento sobre métodos contraceptivos, infeções sexualmente transmissíveis (IST) e consentimento (Carvalho et al., 2017; Matos et al., 2018), constitui uma problemática relevante em saúde pública justificando a implementação de intervenções educativas estruturadas. Em Portugal, a gravidez na adolescência continua a representar um desafio, com impacto ao nível da saúde materna e infantil, bem como nas dimensões sociais e educativas (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2020; OMS, 2022).

Esta evidência, em articulação com a necessidade de saúde identificada no contexto de estágio, demonstra lacunas relevantes ao nível do conhecimento e da literacia em saúde sexual e reprodutiva, salientando a necessidade de desenvolver programas de educação sexual estruturados, abrangentes e ajustados ao contexto escolar, que promovam a adoção de comportamentos sexuais seguros e informados, com eficácia na melhoria do conhecimento, na promoção de comportamentos sexuais responsáveis e na redução de comportamentos de risco (OMS, 2022). Em Portugal, embora a legislação preveja a integração da educação sexual nos currículos escolares (Lei n.º 60/2009), a sua implementação continua a revelar-se desigual, dependendo muitas vezes da iniciativa e do envolvimento dos profissionais de saúde escolar e das UCC (DGS, 2022).

Neste contexto, as UCC, enquanto estruturas de proximidade no sistema de saúde, assumem um papel fundamental na promoção da saúde dos adolescentes, através da dinamização de intervenções educativas, acompanhamento individual e articulação com a comunidade escolar e outras entidades locais (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2018). Assim, considerou-se pertinente avaliar o impacto de uma intervenção educativa em saúde sexual, dinamizada por uma UCC, dirigida aos alunos inscritos no 10.º ano de escolaridade. Este projeto tem como objetivo promover a literacia em saúde sexual e favorecer o desenvolvimento de competências pessoais e sociais que contribuam para uma vivência informada, responsável e saudável da sexualidade.

Apesar dos avanços registados na promoção da saúde sexual em contexto escolar, a adolescência continua a constituir um período de elevada vulnerabilidade para a adoção de comportamentos sexuais de risco. A evidência científica demonstra que o início precoce da atividade sexual, a utilização inconsistente de métodos contraceptivos e a persistência de

conhecimentos insuficientes comprometem a saúde e o bem-estar dos adolescentes, reforçando a necessidade de intervenções educativas estruturadas e sustentadas na evidência.

Embora existam programas de educação para a saúde dirigidos a esta população, permanece a necessidade de avaliar a sua efetividade na promoção de conhecimentos e atitudes favoráveis à adoção de comportamentos sexuais saudáveis. Neste contexto, assume particular relevância o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na identificação das necessidades em saúde, no planeamento, implementação e avaliação de intervenções dirigidas à capacitação dos adolescentes e à promoção da literacia em saúde.

Assim, o problema científico que orienta este estudo centra-se na necessidade de compreender se uma intervenção estruturada de educação para a saúde sexual é capaz de promover melhorias nas atitudes sexuais dos adolescentes em contexto escolar.

Deste problema emerge a seguinte questão de investigação:

Em que medida uma intervenção educativa em saúde sexual modifica as atitudes sexuais dos adolescentes avaliadas pela Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes (EAS-A)?

Em consonância com esta questão, definiu-se como objetivo geral avaliar o impacto de uma intervenção educativa na promoção de atitudes sexuais saudáveis em adolescentes. Como objetivos específicos pretendeu-se caracterizar a amostra, descrever os comportamentos relacionados com a saúde sexual, avaliar a fiabilidade da Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes (EAS-A), caracterizar as atitudes sexuais dos participantes e analisar as diferenças observadas após a implementação da intervenção educativa, bem como a sua associação com variáveis sociodemográficas.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes. A primeira descreve e reflete criticamente sobre o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública durante o estágio. A segunda apresenta o estudo de investigação, incluindo o enquadramento teórico, a metodologia, os resultados obtidos, a respetiva discussão e as principais conclusões.

Parte I – Relatório da Componente Clínica

1. Enquadramento e caracterização dos contextos de estágio

A caracterização dos contextos de estágio constitui um elemento essencial para a compreensão do enquadramento institucional, territorial e funcional em que decorreu a experiência formativa. A análise destes contextos permite identificar os recursos existentes, as características da população abrangida, as áreas prioritárias de intervenção e a forma como a organização dos cuidados influencia a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O estágio decorreu na Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, concretamente na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela e na Unidade de Saúde Pública Dão-Lafões, contextos distintos, mas complementares, que proporcionaram experiências diferenciadas ao nível da intervenção comunitária, da promoção da saúde, da prevenção da doença e da vigilância em saúde pública.

A Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E.P.E. (ULS VDL) foi instituída através do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, na sequência da integração do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Dão-Lafões no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. Esta reorganização enquadra-se numa lógica de integração de cuidados, visando reforçar a articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde.

A área de influência da ULS VDL coincide com a sub-região NUTS III Dão-Lafões, inserida na Região Centro, abrangendo um total de 14 concelhos: Aguiar da Beira, 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 e Vouzela. Esta região, com uma área superior a 3.200 km² e cerca de 252.000 habitantes, apresenta características heterogéneas, funcionando como zona de transição entre o litoral mais desenvolvido e o interior com maiores fragilidades socioeconómicas (ULS VDL, 2023).

Para além da população residente nesta área, a ULS VDL assume também um papel de referência para utentes de territórios limítrofes, nomeadamente de alguns concelhos da ULS da Guarda, como Seia e Gouveia, bem como municípios do Douro Sul, mormente, Moimenta da Beira, Sernancelhe e Penedono, em virtude da proximidade geográfica ao Centro Hospitalar Tondela Viseu (ULS VDL, 2023).



Figura 1 Área geográfica de influência da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões

Fonte: Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões. (2023). Apresentação. <https://www.ulsvdl.min-saude.pt/instituicao/apresentacao/>

1.1 Estágio em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela

A sub-região Dão-Lafões (NUTS III – Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos). Trata-se do segundo maior concelho do distrito de Viseu, fazendo fronteira com os municípios de Vouzela, Santa Comba Dão, Carregal do Sal, Mortágua, Águeda, Oliveira de Frades e Viseu (Figura 2).



Figura 2 – Mapa do distrito de Viseu

Fonte: Câmara Municipal de Tondela (2022) <http://www.cm-tondela.pt>

No que respeita às acessibilidades, o concelho de Tondela beneficia de uma rede viária que assegura ligações relevantes a diferentes regiões. O Itinerário Principal 3 (IP3) constitui o principal eixo rodoviário do município, estabelecendo ligação direta aos centros urbanos de Viseu e Coimbra. Para além disso, permite o acesso a importantes vias estruturantes, como a A1, através de Coimbra, e a A25, através de Viseu. Esta rede viária facilita a ligação tanto ao litoral como ao interior do país, reforçando a proximidade a centros urbanos de referência, nomeadamente à sede de distrito e ao distrito da Guarda. Consequentemente, o concelho apresenta uma posição de centralidade estratégica, favorecendo o acesso a áreas com maior dinamismo económico, quer ao nível do setor terciário, como em Coimbra e Viseu, quer do setor secundário, designadamente na região do Baixo Vouga e nos municípios de Dão-Lafões. Esta realidade contribui para a mobilidade da população, criação de oportunidades de emprego e potencial fixação de residentes (Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022; Câmara Municipal de Tondela, 2022).



Figura 3 - Freguesias do Concelho de Tondela

Fonte: Câmara Municipal de Tondela (2022) <http://www.cm-tondela.pt>

Relativamente à caracterização demográfica, os dados de 2021 indicam que o concelho de Tondela apresenta uma população de 25.910 habitantes, com uma densidade populacional de cerca de 78 habitantes por km². A comparação com os dados de 2011 evidencia uma redução populacional de 3.036 habitantes, refletindo uma tendência de decréscimo demográfico (Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022; Câmara Municipal de Tondela, 2022). Verifica-se, igualmente, um envelhecimento acentuado da população, traduzido num índice de envelhecimento de 318,7 e num índice de longevidade de 53,2. Esta realidade resulta da diminuição da população jovem e da baixa taxa de natalidade, em contraste com o aumento da população idosa. O decréscimo populacional registou-se em ambos os sexos, com uma redução de 10,2% no número de mulheres e de 10,8% no número de homens. Importa salientar que, com exceção do grupo etário com 65 ou mais anos, todos os restantes grupos etários apresentaram diminuição face a 2011, reforçando a tendência de envelhecimento demográfico (Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022; Câmara Municipal de Tondela, 2022). Neste sentido, o concelho de Tondela acompanha a tendência de envelhecimento observada na maioria dos territórios nacionais. A análise da pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC evidencia uma estrutura invertida, caracterizada por uma base estreita e um topo alargado, o que reflete uma baixa taxa de natalidade, elevada esperança média de vida e consequente envelhecimento populacional. O estreitamento da base indica uma diminuição da população jovem, enquanto o alargamento do topo traduz o aumento da população idosa. Estes dados permitem antecipar necessidades futuras ao nível social e de saúde, nomeadamente no que respeita ao aumento da procura de cuidados continuados e de apoio à população envelhecida (Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022; Câmara Municipal de Tondela, 2022).

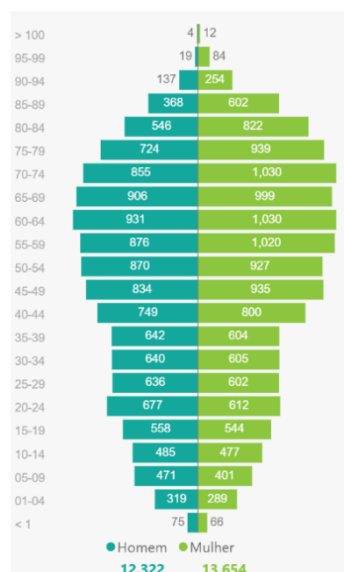


Figura 4 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC Tondela

Fonte: Ministério da saúde (2023) <https://bicsp.min-saude.pt>.

Relativamente à caracterização socioeconómica, os dados dos Censos de 2021 evidenciam uma diminuição de 2,8% na população economicamente ativa do concelho de Tondela, quando comparada com os dados de 2011. A população em idade ativa, compreendida entre os 16 e os 65 anos, constitui um elemento essencial para o desenvolvimento económico local, na medida em que representa a força de trabalho disponível para a produção de bens e serviços, contribuindo para a criação de emprego, geração de riqueza e dinamização do território (Pordata, 2021; Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022).

Neste contexto, a intervenção da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) assume particular relevância, ao direccionar os seus cuidados para indivíduos, famílias e grupos em situação de maior vulnerabilidade, risco ou dependência funcional. A sua atuação abrange a prestação de cuidados domiciliários e comunitários, a promoção da educação para a saúde, a integração em redes de apoio à família e o desenvolvimento de respostas adaptadas às necessidades da população (Centro de Respostas Integradas de Viseu, 2022).

No âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o concelho de Tondela dispõe de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), integrada na UCC, que assegura a continuidade de cuidados a pessoas em situação de dependência, promovendo a sua permanência no domicílio sempre que possível. A UCC de Tondela organiza-se segundo um modelo multidisciplinar, orientado para a prestação de cuidados de saúde e sociais ao indivíduo, família e comunidade. Trata-se de uma unidade com

autonomia funcional e técnica, centrada nas necessidades da população, com enfoque no bem-estar, na promoção da autonomia e na satisfação dos utentes.

A missão da unidade centra-se na melhoria do estado de saúde da população da sua área de intervenção, através da prestação de cuidados de proximidade dirigidos a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis, com vista à obtenção de ganhos em saúde (UCC Tondela, 2019). A visão da unidade assenta na melhoria contínua e na qualidade dos cuidados prestados e os seus valores incluem o respeito pela individualidade do utente, a promoção da autonomia, a articulação interinstitucional e o trabalho em parceria com a comunidade.

Relativamente aos recursos físicos, a UCC de Tondela encontra-se instalada no edifício do antigo Centro de Saúde de Tondela, partilhando infraestruturas com outras unidades funcionais, nomeadamente a Unidade de Saúde Familiar (USF), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e a Unidade de Saúde Pública (USP). O funcionamento da unidade decorre em dias úteis, entre as 8h30 e as 17h00, horário igualmente praticado pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

No âmbito da enfermagem, a intervenção desenvolve-se em diferentes domínios, incluindo cuidados assistenciais nas áreas do tratamento e reabilitação, atividades no âmbito da saúde escolar, promoção da literacia em saúde integrada nos programas em carteira, bem como a participação em comissões e equipas comunitárias, em articulação com os diversos recursos existentes na comunidade. Esta diversidade de áreas de atuação permitiu um contacto direto com múltiplas dimensões da prática do enfermeiro especialista em contexto comunitário.

Tabela 1 - Áreas de Atuação de Enfermagem

Intervenção Assistencial	Cooperação/Articulação
Tratamento, Reabilitação no âmbito dos programas da ECCI	Indivíduo e famílias, RNCCI, Unidades funcionais do ULS
Visitas e reuniões no âmbito da Saúde Escolar	Dos 2 Agrupamentos de Escolas do Concelho de Tondela – Profissional
Participação nos projetos de Promoção para a Saúde cuja solicitação é feita pelos 2 agrupamentos de Escolas do Concelho de Tondela	Dos 2 Agrupamentos de Escolas do Concelho de Tondela – Profissional
Atendimentos da equipa nos gabinetes de atendimento ao aluno em meio escolar	Dos 2 Agrupamentos de Escola de Tondela- Profissional
Sessões de Literacia em Saúde a grupos, no âmbito dos programas em carteira da UCCT	Dos 2 Agrupamentos de Escolas, Escola Profissional aos utentes residentes no concelho, IPSS, famílias e cuidadores indiretos
Integração em Comissões e equipas comunitárias	CPCJ, ELI, NLI, Rede, NACJR e outros
Acompanhamento no desenvolvimento profissional e formação de alunos da Escola Superior de Saúde	Escola Superior de Saúde

Fonte: UCC Tondela. (2019). *Manual de Acolhimento UCC de Tondela*.

Em relação aos programas em carteira de serviço, a UCC de Tondela desenvolve atividade em diferentes áreas, destacando-se:

- _ Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ);
- _ Núcleo de Apoio de Crianças e Jovens em Risco (NACJR);
- _ Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- _ Núcleo Local de Inserção (NLI);
- _ Projeto de Reabilitação no Domicílio – “Reabilitar é Viver”;
- _ Promoção e Educação para a Saúde Escolar;
- _ Programa “Rede Social”;
- _ Programa Monitorização da Qualidade;
- _ Equipa Local de Intervenção (ELI).

Em síntese, a UCC de Tondela constituiu um contexto privilegiado para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pela diversidade de áreas de intervenção, proximidade com a comunidade e possibilidade de articulação com diferentes parceiros e respostas locais.

1.2 Estágio em contexto de Unidade de Saúde Pública Dão-Lafões

A Unidade de Saúde Pública (USP) Dão Lafões tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área de abrangência da ULS Dão Lafões, promovendo ganhos em saúde e colaborando para o cumprimento da missão institucional da ULS. A sua atividade, desenvolve-se no âmbito da avaliação e monitorização do estado de saúde da população, vigilância epidemiológica, promoção da saúde, prevenção da doença e investigação em saúde pública.

No quadro das suas competências, cabe à USP identificar necessidades em saúde, monitorizar riscos e emergências em saúde pública, planear e executar programas e projetos de promoção e proteção da saúde e colaborar no exercício das funções de Autoridade de Saúde. Integra também o Observatório Local de Saúde, estrutura responsável pela elaboração do diagnóstico de situação de saúde da população da área de abrangência da ULS VDL, constituindo um instrumento fundamental para o planeamento de intervenções e políticas de saúde a nível local.

A população desta região evidencia um acentuado envelhecimento demográfico, traduzido pelo aumento do índice de dependência de idosos e uma diminuição do índice de dependência de jovens, refletindo a baixa taxa de natalidade e a alteração da estrutura

etária da região. Consequentemente, verifica-se uma maior prevalência de doenças crônicas, frequentemente associadas a estilos de vida, nomeadamente patologias do aparelho circulatório, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemias, excesso de peso e obesidade, entre outras.

Face a este perfil epidemiológico, a USP desenvolve um conjunto alargado de intervenções enquadradas nos planos nacionais, regionais e locais de saúde, contribuindo para uma resposta integrada e sustentada às necessidades da população (ULS VDL, 2023). A sua atuação abrange áreas como a vigilância epidemiológica, a saúde ambiental, a promoção da saúde, a prevenção e controlo das doenças transmissíveis e o desenvolvimento de programas específicos dirigidos a diferentes grupos populacionais.

A Tabela 2 apresenta as principais áreas de intervenção da USP, bem como os programas e projetos desenvolvidos. Destacam-se, entre estes, os programas prioritários de saúde pública, como o Programa Nacional para a Diabetes, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, o Programa Nacional de Vacinação e as iniciativas no âmbito da vigilância epidemiológica e saúde ambiental, os quais assumem particular relevância na prevenção da doença e promoção da saúde da população.

Tabela 2. Áreas de intervenção, programas e projetos

Áreas de Intervenção	Programa / Projeto
Doenças de Evolução Prolongada	Programa Nacional para a Diabetes
Doenças de Evolução Prolongada	Programa de Prevenção das Doenças Oncológicas
Intervenção sobre os Determinantes de Saúde	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
Intervenção sobre os Determinantes de Saúde	Programa de Saúde Escolar
Intervenção sobre os Determinantes de Saúde	Programa de Saúde Oral
Intervenção sobre os Determinantes de Saúde	Programa de Saúde Ocupacional
Intervenção sobre os Determinantes de Saúde	Programa de Prevenção e Controlo do Tabagismo
Intervenção sobre os Determinantes de Saúde	Programa de Promoção da Atividade Física
Saúde Ambiental	Programa de Vigilância Sanitária da Água para Consumo Humano
Saúde Ambiental	Programa de Vigilância Sanitária das Zonas Balneares Interiores
Saúde Ambiental	Programa de Vigilância e Controlo da Qualidade da Água Mineral Natural em Estabelecimentos Termas
Saúde Ambiental	Programa de Vigilância Sanitária de Piscinas
Saúde Ambiental	Plano de Contingência Saúde Sazonal
Saúde Ambiental	Rede de Vigilância de Vetores (REVIVE)
Saúde Ambiental	Prevenção da Doença dos Legionários
Vigilância, Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis	Programa Nacional de Vacinação
Vigilância, Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis	Vigilância Epidemiológica de Doenças de Notificação Obrigatória
Vigilância, Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis	Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
Vigilância, Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis	Programa de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA
Observatório Local de Saúde	Observatório Local de Saúde
Outros Programas	Programa de Intervenção em Saúde dos ex-trabalhadores das Minas da Urgeirica
Outros Programas	Programa de Prevenção de Acidentes
Outros Programas	Programa de Vigilância Sanitária de Instalações Radiológicas
Outros Programas	Rastreio de Saúde Visual Infantil
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico

Fonte: Unidade de Saúde Pública do ACES Dão Lafões. (2023). *Manual de acolhimento da Unidade de Saúde Pública do ACES Dão Lafões* (3.ª edição). Viseu: ACES Dão Lafões.

As funções de autoridade de saúde asseguram o poder de intervenção do Estado na defesa, proteção e promoção da saúde pública. São exercidas, a nível da ULS VDL, por médicos de saúde pública, nomeados nos termos de legislação própria, integrando-se na cadeia hierárquica direta das autoridades de saúde regional e nacional, nos termos do disposto na Base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro.

Em síntese, a USP Dão-Lafões constituiu um contexto formativo particularmente relevante para o desenvolvimento de competências na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, ao permitir o contacto com atividades de vigilância epidemiológica, planeamento em saúde, saúde ambiental, promoção da saúde e intervenção intersectorial, fundamentais para uma prática especializada orientada para ganhos em saúde na comunidade.

2. Reflexão sobre as competências adquiridas e as atividades desenvolvidas

A reflexão sobre o percurso formativo constitui um momento fundamental de integração e consolidação das aprendizagens, permitindo analisar criticamente as competências adquiridas e as atividades desenvolvidas ao longo do estágio. Este processo reflexivo assume particular relevância no contexto da formação especializada em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, na medida em que possibilita a articulação entre os referenciais teóricos, os normativos profissionais e a prática clínica em contextos reais de intervenção.

Neste âmbito, a definição prévia de objetivos de estágio revelou-se essencial enquanto instrumento orientador do percurso formativo, ao estruturar a intervenção, direcionar a aquisição de competências e sustentar uma prática baseada na evidência científica e na reflexão crítica. Os objetivos delineados permitiram enquadrar o desenvolvimento das atividades nos diferentes contextos de estágio, nomeadamente na Unidade de Cuidados na Comunidade e na Unidade de Saúde Pública, promovendo uma atuação intencional, sistematizada e orientada para ganhos em saúde.

O objetivo geral do estágio centrou-se no desenvolvimento de competências do EEEEC-ESCSP, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Este desenvolvimento foi concretizado através da prestação de cuidados, do planeamento, implementação e avaliação de intervenções dirigidas a indivíduos, grupos e comunidades, em contexto de cuidados de saúde primários.

De forma complementar, os objetivos específicos orientaram a prática no sentido da aquisição de competências especializadas na promoção da saúde, prevenção da doença, vigilância epidemiológica e intervenção em grupos vulneráveis, bem como no reforço da

capacidade de análise crítica, tomada de decisão fundamentada e articulação interprofissional. A operacionalização destes objetivos materializou-se na participação ativa em diversas atividades, nomeadamente no diagnóstico de necessidades em saúde, na implementação de projetos de intervenção comunitária, na dinamização de sessões de educação para a saúde, na vigilância epidemiológica e na colaboração em programas de saúde pública.

Assim, a análise das competências adquiridas e das atividades desenvolvidas permite evidenciar um percurso progressivo de desenvolvimento profissional, sustentado na mobilização integrada de conhecimentos, habilidades e atitudes, em consonância com os referenciais da OE. No âmbito do estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista foi orientado pelos referenciais definidos pela OE, tendo por base o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, vigente à data da realização do estágio. Não obstante, considerando que o referido regulamento foi entretanto revogado pelo Regulamento n.º 454/2026, de 29 de abril, o presente relatório faz igualmente referência ao diploma atualmente em vigor, exclusivamente para efeitos de atualização do enquadramento normativo.

Foram mobilizadas competências específicas da área de especialização, designadamente ao nível da avaliação do estado de saúde da comunidade, capacitação de grupos, participação em programas de saúde e vigilância epidemiológica. A mobilização destas competências revelou-se essencial ao longo do estágio, nomeadamente na identificação de necessidades de saúde, no planeamento e implementação de intervenções comunitárias e na promoção da capacitação da população-alvo. Desta forma, a prática desenvolvida sustentou-se numa abordagem sistemática, centrada na comunidade e orientada para ganhos em saúde, em consonância com os referenciais profissionais e normativos da especialidade.

2.1. Desenvolvimento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado pela OE, define o perfil de competências transversais do Enfermeiro Especialista, servindo igualmente de base concetual para a regulamentação das competências específicas associadas a cada área de especialização em Enfermagem. Este documento orientador estabelece que, para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista, é necessário o desenvolvimento de um conjunto de competências comuns, aplicáveis à prática profissional em diferentes contextos clínicos e áreas de especialidade. De acordo com o referido regulamento, essas

competências estão organizadas em quatro domínios principais: (a) responsabilidade profissional, ética e legal; (b) melhoria contínua da qualidade; (c) gestão dos cuidados; e (d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O Enfermeiro Especialista detém um saber aprofundado num domínio específico da enfermagem, sustentado na compreensão das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Este conhecimento evidencia-se por elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, expressos através de um conjunto de competências especializadas inerentes a um campo de intervenção próprio. Estes profissionais partilham, entre si, um conjunto de domínios que constituem competências comuns, sendo a sua prática profissional aplicável nos contextos de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, abrangendo a totalidade dos ambientes de prestação de cuidados. Este profissional desenvolve um conjunto de competências comuns transversais a todas as áreas de especialidade em Enfermagem, definidas no artigo 3.º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, refletindo-se na capacidade de conceber, gerir e supervisionar cuidados de enfermagem, bem como de desenvolver processos de melhoria contínua da qualidade, promover a formação, contribuir para a investigação e participar na gestão dos cuidados. As competências específicas decorrem das particularidades de cada área de especialidade, sendo definidas em regulamentos próprios e orientadas para a prestação de cuidados diferenciados, em função das necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidades (OE, 2019).

O conceito de domínio de competência corresponde a uma esfera de ação que integra um conjunto de competências com uma linha condutora comum e os respetivos critérios de competência, ou seja, constitui a base para o exercício especializado da Enfermagem (OE, Regulamento n.º 140/2019).

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Nos termos do Regulamento n.º 140/2019, o exercício profissional do Enfermeiro Especialista deve pautar-se por referenciais éticos, legais e deontológicos que orientam a sua atuação. Neste âmbito, compete-lhe exercer a profissão em conformidade com a legislação vigente, garantindo que os cuidados prestados salvaguardam os direitos humanos e cumprem os deveres inerentes à prática profissional (OE, 2019).

A valorização e defesa da vida humana constituem fundamentos estruturantes da intervenção do enfermeiro, requer uma atuação responsável, consciente e consonante com os princípios que regulam a profissão. Os deveres deontológicos encontram-se definidos

nos artigos 100.º a 108.º da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, contemplando a obrigação de responder às necessidades da comunidade, promover a equidade no acesso aos cuidados, proteger grupos em situação de maior vulnerabilidade e assegurar a continuidade, qualidade e segurança da assistência prestada. Incluem ainda o dever de respeito pela confidencialidade, pela privacidade e pela dignidade da pessoa.

A prestação de cuidados de excelência e humanizados pressupõe, assim, um compromisso permanente com a autorreflexão, a melhoria contínua da prática e uma abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade enquanto foco da intervenção em enfermagem.

O Código Deontológico e o REPE constituem referenciais fundamentais que orientam e sustentam a prática profissional, estabelecem os princípios éticos e o enquadramento legal que devem nortear a atuação do Enfermeiro Especialista. Estes documentos determinam que o exercício profissional deve ocorrer em conformidade com os princípios deontológicos e com a legislação em vigor. Nos termos do Regulamento n.º 140/2019, compete ao Enfermeiro Especialista garantir que a sua prática, no âmbito da respetiva área de especialização, salvaguarda os direitos humanos e cumpre as responsabilidades profissionais inerentes (OE, 2019).

Ao longo do estágio, o exercício profissional desenvolveu-se em conformidade com os princípios éticos, legais e deontológicos que regulam a prática de enfermagem, assegurando o respeito pelos direitos fundamentais da pessoa, família e comunidade.

Neste sentido, ao longo das intervenções desenvolvidas junto das pessoas, famílias e comunidade, foi garantido o respeito pelos direitos fundamentais, nomeadamente no que se refere ao anonimato, à confidencialidade e ao direito à informação. Nenhuma intervenção foi realizada sem o devido esclarecimento prévio e consentimento, tendo o consentimento informado sido sempre solicitado quando aplicável. Manteve-se o compromisso com o sigilo profissional, na promoção da autonomia e da participação ativa dos utentes e famílias na tomada de decisão. A atuação pautou-se pelo respeito pelos valores, crenças e singularidades de cada pessoa, orientando-se pelos princípios éticos da beneficência, não maleficência e justiça.

Importa salientar que a realização da investigação, parte integrante deste relatório, que envolveu menores constituiu uma evidência relevante neste domínio, exigiu a observância de princípios éticos específicos. Neste contexto, foram assegurados o consentimento informado dos representantes legais e o assentimento dos participantes, sempre que adequado à sua idade e capacidade de compreensão, bem como a proteção da confidencialidade e do anonimato dos dados recolhidos. Foram igualmente considerados os limites da confidencialidade, tendo sido definidos procedimentos de atuação perante a

eventual revelação de situações de risco, de forma a garantir a salvaguarda dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes. Em contexto de intervenção com adolescentes, especificamente no âmbito da educação para a saúde sexual, foi adotada uma comunicação adequada à faixa etária e sensível à natureza dos conteúdos abordados, para se promover um ambiente de confiança, respeito e segurança. Esta atuação contribuiu para a consolidação de uma prática ética, centrada na pessoa e orientada para a proteção dos seus direitos.

2.1.2 Domínio da Melhoria contínua da qualidade

O enfermeiro especialista desempenha um papel ativo na promoção da qualidade dos cuidados, através da dinamização de iniciativas estratégicas no âmbito da governação clínica e da gestão de programas de melhoria contínua, assegurando a existência de ambientes terapêuticos seguros. Para tal, procede à avaliação sistemática das práticas de cuidados, utilizando os resultados obtidos para fundamentar a sua revisão e aperfeiçoamento. Além disso, participa na conceção, implementação e divulgação de projetos institucionais orientados para a qualidade, favorecendo a sua integração nos diferentes níveis da organização. Reconhece ainda que a gestão de um ambiente centrado na pessoa constitui um elemento fundamental para a eficácia terapêutica e para a prevenção de incidentes, adotando uma atuação proativa na promoção do bem-estar e na gestão do risco (OE, Regulamento n.º 140/2019). No domínio da melhoria contínua da qualidade, as intervenções desenvolvidas foram sustentadas na evidência científica e orientadas para a promoção de ganhos em saúde.

A implementação de atividades de educação para a saúde, nomeadamente no âmbito da promoção de hábitos de sono saudáveis em adolescentes, constituiu uma oportunidade para integrar conhecimento científico na prática clínica. As estratégias adotadas basearam-se em evidência atual, incluindo abordagens educativas e comportamentais, com o objetivo de promover o bem-estar e prevenir consequências associadas à privação do sono.

Estas intervenções contribuíram para o desenvolvimento de práticas seguras, eficazes e centradas na população-alvo, reforçando a importância da utilização da evidência científica como suporte à tomada de decisão e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

2.1.3 Domínio da gestão de cuidados

O enfermeiro especialista assume um papel fundamental na gestão da equipa de enfermagem, promovendo a otimização das respostas aos cuidados de saúde e assegurando a sua qualidade e segurança. Para tal, adequa as estratégias de liderança e a gestão dos recursos disponíveis às necessidades específicas dos cuidados, favorecendo uma articulação eficaz entre os profissionais de enfermagem e os restantes elementos da equipa de saúde. Esta atuação contribui para a prestação de cuidados seguros, eficientes e centrados nas necessidades da pessoa (OE, Regulamento n.º 140/2019).

As experiências adquiridas permitiram consolidar competências de gestão dos cuidados, adaptando estratégias às realidades do terreno, assegurar a articulação com a equipa de saúde e contribuir para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados em contexto comunitário.

Destaca-se a colaboração em eventos e iniciativas institucionais, nomeadamente, no 1.º Encontro das UCCI da USD; participação e colaboração na apresentação do projeto “Dormir Para Bem Sorrir” no I Congresso de Saúde Escolar da ULS Viseu Dão-Lafões - “Saúde e Educação...De mãos dadas pelo futuro!”, a convite da UCC Viseense. O projeto visa valorizar o sono como uma atividade de vida diária que determina o bem-estar das crianças/jovens e das famílias. A duração, qualidade e tipo de sono alteram-se à medida que a criança cresce e se desenvolve. A intervenção do enfermeiro envolve a criação de estratégias para promover hábitos e rotinas de sono que possam ser repetidos e implementados pela família em casa.

Igualmente, a colaboração na organização e realização do II Encontro de Cuidadores, com o objetivo de aumentar a literacia em saúde dos cuidadores formais através da partilha de conhecimentos multidisciplinares. O conceito de literacia em saúde surgiu inicialmente associado a um conjunto de competências e conhecimentos fundamentais para avaliar, compreender e aplicar informação e procedimentos relacionados com a saúde e os cuidados de saúde (Vaz & Oliveira, 2020). Mais recentemente, este conceito evoluiu de uma perspetiva exclusivamente cognitiva para uma abordagem que integra também as dimensões pessoais e sociais do indivíduo, assumindo a capacidade de tomar decisões informadas no quotidiano. A prestação de cuidados a pessoas idosas por parte dos cuidadores formais implica um papel de tomada de decisão, no qual uma pessoa assume a responsabilidade pela vida e bem-estar de outra. Trata-se de um papel em que a mediação entre as necessidades da pessoa cuidada e a intervenção dos cuidadores formais é igualmente fundamental (Vaz & Oliveira, 2020). Assim, os cuidadores informais são constantemente confrontados com a necessidade de desenvolver, de forma rápida,

competências técnicas e relacionais na área dos cuidados de saúde, o que reforça a importância de lhes promover mais literacia em saúde, para o desenvolvimento dos seus conhecimentos, capacidades e desafios.

2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista evidencia competências de autoconhecimento e assertividade, fundamentais para o exercício da prática clínica especializada e sustentadas pela melhor evidência científica disponível. Este profissional reconhece a influência do conhecimento de si próprio no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais eficazes, valorizando a dimensão relacional nos diferentes contextos de atuação, sejam eles clínicos, profissionais ou organizacionais. Simultaneamente, fundamenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento científico válido, atualizado e relevante, assumindo um papel ativo na promoção da aprendizagem, na partilha de conhecimento e no desenvolvimento da investigação em enfermagem (OE, Regulamento n.º 140/2019).

O Enfermeiro Especialista é um profissional dotado de competências avançadas, resultantes de uma formação especializada, que lhe permitem prestar cuidados diferenciados dentro da sua área de especialidade. Assume um papel fundamental na tomada de decisão clínica, atuando como agente de mudança e promovendo a reflexão crítica no seio das equipas multiprofissionais. Assim, ao longo deste percurso formativo, a consolidação desta competência exigiu a mobilização de conhecimentos adquiridos no plano curricular do Mestrado, bem como a procura ativa da melhor evidência científica para sustentar decisões informadas. Este processo implicou a realização de pesquisa bibliográfica sistemática em fontes credíveis, como documentos da DGS, da OE, artigos científicos e literatura especializada.

Neste estágio e na UCC de Tondela, foram aprofundadas competências relacionadas com a intervenção direta junto de indivíduos e famílias, a continuidade assistencial e a articulação com recursos comunitários. Na USP de Viseu, a abordagem incidiu principalmente na dimensão populacional da saúde, abrangendo a vigilância epidemiológica, a saúde ambiental, a implementação de programas nacionais e a gestão de situações com potencial impacto coletivo. Esta diversidade de experiências proporcionou uma compreensão abrangente da saúde comunitária, ou seja, permitiu trabalhar as dimensões individual, familiar e coletiva.

A participação ativa em processos de diagnóstico, planeamento, execução e avaliação de intervenções permitiu consolidar o raciocínio clínico e comunitário, bem como desenvolver uma maior capacidade crítica e reflexiva. A experiência adquirida nos dois contextos de estágio, nomeadamente na UCC de Tondela e na USP de Viseu, possibilitou compreender diferentes dimensões da intervenção em saúde, desde o acompanhamento mais direto aos indivíduos e famílias até à intervenção dirigida à comunidade e à população em geral. O trabalho desenvolvido em equipas multiprofissionais evidenciou igualmente a importância da cooperação, da comunicação eficaz e da partilha de responsabilidades na construção de respostas adequadas às necessidades identificadas.

A experiência vivenciada ao longo do estágio pode também ser compreendida à luz do modelo de desenvolvimento de competências proposto por Patricia Benner (2001), que descreve a evolução do enfermeiro através de diferentes níveis de experiência, desde o nível de iniciado até ao de perito. Segundo a autora, o desenvolvimento profissional ocorre de forma progressiva, sendo influenciado pela experiência prática e pela reflexão sobre as situações vivenciadas no contexto clínico. Neste sentido, as experiências proporcionadas nos diferentes contextos de estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais. Permitiram uma maior compreensão das necessidades da população e uma intervenção mais consciente e fundamentada. A articulação entre o conhecimento teórico e a experiência prática revelou-se primordial para a consolidação do raciocínio clínico e comunitário e promoveu uma prática cada vez mais reflexiva e centrada na pessoa e na comunidade.

Ao nível interpessoal, foram fortalecidas competências como a empatia, a responsabilidade, o compromisso ético e a colaboração em equipa. No plano sistémico, desenvolveu-se maior adaptabilidade e capacidade de aprendizagem contínua. No domínio instrumental, aperfeiçoou-se a gestão de cuidados, a utilização de ferramentas tecnológicas e a comunicação assertiva, ajustando-a aos diferentes contextos e interlocutores. A articulação entre teoria e prática nestes dois cenários permitiu compreender, de forma mais profunda, a abrangência e o impacto do Enfermeiro Especialista e ao nível do EEEEC-ESCSP na promoção da saúde, na prevenção da doença e na proteção da saúde coletiva.

2.2 Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

O estágio de natureza profissional, decorreu em contextos particularmente propícios ao desenvolvimento e consolidação das competências específicas da área de Enfermagem

Comunitária, com particular foco na Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (OE, 2021). A construção e afirmação da identidade profissional de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública concretizou-se progressivamente ao longo dos dois estágios, através da participação ativa em múltiplas atividades que favoreceram a aquisição, aprofundamento e integração de competências especializadas.

O Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, da OE, define o enquadramento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, reconhece a necessidade de responder a áreas de intervenção emergentes e diferenciadas. Face à complexidade crescente das necessidades em saúde, torna-se imperativo delimitar competências especializadas de acordo com o alvo e o contexto de atuação, identificando-se duas áreas fundamentais: a Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a Enfermagem de Saúde Familiar. Este enquadramento surge num contexto em que os CSP assumem um papel cada vez mais central no sistema de saúde, quer na abordagem terapêutica da doença, quer, e de forma particularmente relevante, na sua prevenção e na promoção da saúde. A valorização da intervenção precoce, da educação para a saúde e da capacitação das populações reforça a importância estratégica destes cuidados no âmbito das políticas públicas de saúde.

De acordo com o mesmo regulamento, o EEEC-ESCSP assume uma função estratégica na promoção da saúde coletiva. Compete-lhe avaliar o perfil de saúde das comunidades com recurso à metodologia do Planeamento em Saúde, identificar necessidades prioritárias e mapear recursos existentes, promovendo intervenções estruturadas e contextualizadas. Desempenha igualmente um papel relevante na capacitação de grupos e comunidades, incentivando a autonomia e o *empowerment* dos cidadãos na gestão da sua saúde. Participa na coordenação e monitorização de Programas de Saúde de âmbito comunitário, assegura o alinhamento com os objetivos do Plano Nacional de Saúde e contribui para a articulação entre estratégias locais e orientações das políticas públicas. Acresce ainda a responsabilidade na vigilância epidemiológica com enfoque geodemográfico, através da recolha, análise e interpretação de dados que sustentam decisões e intervenções ajustadas às especificidades populacionais.

Neste contexto, torna-se evidente a articulação entre as competências desenvolvidas e as intervenções concretizadas ao longo dos estágios, para demonstrar o efetivo contributo destas experiências formativas para o fortalecimento dos diferentes domínios de competência inerentes ao exercício do EEEC-ESCSP.

2.2.1 Avaliação do estado de saúde da comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde

Tendo em consideração as competências específicas do EEEEC-ESCSP, designadamente: estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; 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; realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2018, Regulamento n.º 428/2018), desenvolveram-se atividades relacionadas com o diagnóstico de saúde, definição de prioridades e planeamento de intervenções em saúde comunitária. Integrou-se conhecimento sobre os determinantes de saúde na análise das necessidades da população, tendo sempre em consideração as variáveis socioeconómicas, ambientais e contextuais, sobretudo através da participação na análise de indicadores no âmbito do Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF) e da intervenção em contexto domiciliário e escolar. A utilização de indicadores em saúde é reconhecida, a nível nacional e internacional, como uma ferramenta essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados, apoio à tomada de decisão e promoção de ganhos em saúde (OMS, 2021; DGS, 2017).

A participação em reuniões de equipa, constituem momentos privilegiados de partilha, reflexão e articulação interdisciplinar, um verdadeiro contributo para a qualidade e continuidade dos cuidados prestados. Estas reuniões integraram igualmente momentos de formação interna sobre temáticas como Violência Doméstica, Gestão do Risco e Autismo, o que corrobora a importância da atualização contínua de conhecimentos e de competências dos profissionais. A formação contínua em contexto de trabalho é considerada uma estratégia fundamental para o desenvolvimento profissional e para a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa (OE, 2019; *International Council of Nurses*, 2021).

Outra atividade desenvolvida consistiu na participação na reorganização interna da gestão de horários da equipa, ao nível do aumento de vagas/camas em ECCI, associado ao módulo de inverno da resposta sazonal da ULS.

Dando, assim, cumprimento ao preconizado pela OE (2018; Regulamento n.º 428/2018), no âmbito da competência supracitada, procedeu-se à elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, integrando conhecimentos sobre os determinantes da saúde na sua conceção. Consideraram-se variáveis socioeconómicas e ambientais na análise da realidade, o que permitiu identificar os principais determinantes dos problemas de saúde e reconhecer as necessidades da população. Utilizaram-se indicadores

epidemiológicos para sustentar a identificação dos problemas de saúde, tendo também mobilizado conhecimentos na construção e sistematização de indicadores relevantes para o diagnóstico. Este processo contribuiu para a definição do perfil de saúde da comunidade e para a disponibilização de informação pertinente aos diferentes setores e parceiros institucionais. Com base no diagnóstico realizado, estabeleceram-se prioridades em saúde, recorrendo a critérios objetivos e articulando a tomada de decisão com as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde. Com base no perfil de saúde foram definidos objetivos e delineadas estratégias ajustadas às necessidades identificadas. Formularam-se objetivos mensuráveis, orientados para a melhoria do estado de saúde da comunidade, e conceberam-se estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e adequadas ao contexto. Foram tidos em consideração os recursos disponíveis e as características socioculturais da população, valorizando a participação dos cidadãos e a articulação com diferentes setores. Houve participação na conceção, planeamento e implementação de intervenções dirigidas a problemas de saúde pública, procurando otimizar os recursos existentes e promover o trabalho em parceria. Reconhece-se a importância da articulação com diferentes intervenientes e do apoio à tomada de decisão baseada na evidência científica. Participou-se na monitorização e avaliação dos programas e projetos de intervenção, com recurso a indicadores que permitiram analisar a sua eficácia e identificar ganhos em saúde. Este processo permitiu ajustar objetivos, estratégias e intervenções, bem como contribuir para a atualização do perfil de saúde da comunidade enquanto instrumento de acompanhamento e comunicação.

Neste âmbito, destaca-se o projeto “Adolescência, Conhecimento e Escolhas Sexuais Saudáveis”, uma Intervenção na Comunidade, no decorrer da identificação de uma necessidade de saúde em contexto escolar, que constitui o trabalho de investigação. A elaboração deste projeto implicou a análise da realidade local, a definição de prioridades, a formulação de objetivos e a construção de estratégias de intervenção adequadas às características da população-alvo, traduzindo a aplicação prática da metodologia do Planeamento em Saúde.

2.2.2 Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

A capacitação de grupos e comunidades constituiu um eixo central da intervenção desenvolvida, particularmente no âmbito da saúde escolar e da promoção da literacia em saúde. A implementação do projeto “Adolescência, Conhecimento e Escolhas Sexuais

Saudáveis”, em contexto escolar, permitiu desenvolver intervenções educativas estruturadas, dirigidas à promoção da literacia em saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes.

A intervenção assentou nos princípios da educação sexual abrangente, visando promover o conhecimento, corrigir concepções erradas e favorecer a tomada de decisões informadas e responsáveis. Os conteúdos abordados incluíram relações interpessoais, direitos humanos e valores, igualdade de género, consentimento e segurança, competências pessoais, desenvolvimento humano e saúde sexual e reprodutiva. Esta abordagem contribuiu para a promoção de competências pessoais e sociais, nomeadamente ao nível da comunicação, tomada de decisão, respeito pelo outro e adoção de comportamentos protetores. Ainda no âmbito da saúde escolar, foram dinamizadas sessões de educação para a saúde dirigidas a diferentes grupos etários. No pré-escolar, foi abordada a temática da higiene oral no âmbito do Projeto SOBE, contribuindo para a promoção de hábitos saudáveis desde a infância. Nos 2.º e 3.º ciclos, houve participação no Projeto “Mais Contigo”, focado na promoção da saúde mental, reconhecendo a importância da intervenção precoce e integrada nesta área. Já no ensino secundário regular e profissional, foi implementado o projeto na área da sexualidade, com adequação dos conteúdos às características e necessidades dos adolescentes.

A intervenção educativa foi estruturada em quatro sessões presenciais, desenvolvidas em contexto escolar, dirigidas aos alunos do 10.º ano de escolaridade. Todas as sessões foram planeadas previamente pela investigadora, com supervisão da orientadora de estágio da UUC, tendo por base as recomendações da UNESCO (2018) relativas à Educação Sexual Integral, o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Referencial de Educação para a Saúde da Direção-Geral da Educação. As metodologias ativas utilizadas basearam-se em princípios construtivistas da aprendizagem, favorecendo a participação, a reflexão crítica e a interação entre pares. Foi privilegiada uma metodologia participativa e centrada no adolescente, para se poder promover a reflexão crítica, a discussão orientada e a participação ativa dos alunos.

2.2.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

O estágio permitiu também a participação em diferentes programas e projetos de saúde, contribuindo para o alinhamento das intervenções com as orientações estratégicas nacionais e locais.

Participou-se numa formação solicitada à UCCT relativa à administração da vacina BCG em recém-nascidos, no contexto da atualização da norma e do retorno da sua administração aos Cuidados de Saúde Primários, reconhecendo a necessidade de atualização de conhecimentos e uniformização de práticas na equipa. No decurso do estágio, desenvolveram-se competências no âmbito da vacinação, com especial enfoque na aplicação da Norma n.º 006/2016 da DGS, atualizada em 2023, relativa à estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG, consolidando conhecimentos técnico-científicos e a sua aplicação na prática clínica. Procedeu-se à avaliação da elegibilidade para vacinação em crianças pertencentes a grupos de risco, com base nos critérios definidos, tendo em consideração fatores individuais, familiares e contextuais. Reconheceu-se a importância da avaliação sistemática do risco em todos os contactos com os serviços de saúde, enquanto oportunidade privilegiada para a identificação precoce de situações de vulnerabilidade. De igual modo, participou-se no processo de registo e encaminhamento de crianças elegíveis, compreendendo a relevância do correto registo da informação clínica e da articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Neste sentido, contribuiu-se para a valorização da ação do enfermeiro na garantia da acessibilidade e oportunidade da vacinação, nomeadamente na administração atempada da vacina BCG após exclusão de contraindicações. Refletiu sobre a importância desta estratégia na prevenção de formas graves de tuberculose na infância, reconhecendo que a vacinação dirigida a grupos de risco constitui uma medida fundamental de saúde pública. Esta postura reflexiva levou a compreender ainda que esta abordagem se integra numa estratégia mais vasta de controlo da tuberculose, que inclui o diagnóstico precoce, o rastreio de contactos e o tratamento adequado, conforme preconizado pela OMS. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de intervenção baseada em normas e evidência científica, o que veio consubstanciar a importância do papel do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção da doença em contexto comunitário.

Neste percurso formativo, desenvolveu-se intervenção em cuidados domiciliários e na continuidade de cuidados, através da realização de visitas domiciliárias no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Neste contexto, participou-se na admissão de novos utentes, com registo na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e no SClínico, o que permitiu consolidar competências na organização e continuidade dos cuidados. Realizaram-se também visitas no âmbito do Estatuto do Cuidador Informal, em articulação com a assistente social, nas quais foram avaliadas as necessidades do cuidador e da pessoa dependente, por aplicação da Escala de Zarit e definição do plano individual do cuidador.

Segundo a OCDE (2020), os cuidados de longa duração englobam um conjunto de cuidados pessoais, cuidados de enfermagem e serviços de apoio prestados a indivíduos que, durante um período prolongado, dependem de ajuda para realizar atividades da vida diária. Os cuidadores familiares desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados de longa duração a nível mundial. Estima-se que cerca de 80% destes cuidados na Europa sejam assegurados por cuidadores informais (não remunerados) (European Commission, 2018).

A análise das motivações subjacentes à prestação de cuidados por cuidadores informais torna-se cada vez mais relevante, tendo em conta o aumento da esperança média de vida na Europa, frequentemente associado a mais anos vividos com problemas de saúde. Nos países europeus, entre cerca de 10% e 25% da população presta cuidados informais, dependendo da definição adotada, se inclui apenas cuidados a coabitantes ou também a não coabitantes (Lungu et al., 2026). Estes cuidadores, frequentemente mulheres de meia-idade ou mais velhas que cuidam de pais idosos ou cônjuges, constituem a base dos sistemas de cuidados de longa duração. Os cuidados informais são, assim, considerados uma forma custo-efetiva de permitir que as pessoas idosas permaneçam no domicílio e evitem a institucionalização (Lungu et al., 2026). No entanto, esta dependência dos cuidados familiares acarreta custos, uma vez que os cuidadores podem enfrentar impactos no emprego, na saúde e no bem-estar (Lungu et al., 2026). Nos últimos anos, tem-se verificado um reconhecimento crescente da importância de apoiar os cuidadores informais para garantir a sustentabilidade dos sistemas de cuidados de longa duração, refletido em políticas europeias que defendem a disponibilização de formação, aconselhamento e apoio financeiro a estes cuidadores (Lungu et al., 2026). Neste sentido, o enfermeiro deve também apoiar quem presta cuidados a um ente querido no domicílio.

Dando continuidade às experiências vivenciadas neste meu percurso formativo, foi elaborado um Projeto de Intervenção em Saúde Escolar para a UCC Tondela, em conformidade com as necessidades identificadas pela equipa, subordinado ao tema “*Adolescência, Conhecimentos e Escolhas Sexuais Saudáveis*”. Este projeto foi considerado piloto na Escola Profissional de Tondela e envolveu um trabalho em parceria com a Psicóloga da Câmara Municipal de Tondela, para se poder, conjuntamente, promover uma abordagem multidisciplinar e ajustada ao contexto local. Assim, desenvolvi competências ao nível do diagnóstico da situação, em conformidade com os princípios que regem a Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, como uma área individualizada na disciplina de Enfermagem, que tem como foco cuidados aos grupos, às comunidades e às populações.

No âmbito da supracitada intervenção em saúde escolar, desenvolveram-se atividades baseadas nos princípios da educação sexual abrangente, que visa promover o conhecimento, corrigir concepções erradas e capacitar os jovens para a tomada de decisões informadas. Esta abordagem assenta na disponibilização de informação adequada à idade, cientificamente rigorosa e culturalmente relevante sobre o corpo, a saúde, as relações e os direitos, contribuindo para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais essenciais, o que vai ao encontro dos princípios defendidos pela UNESCO (2018). Esta intervenção procurou promover a autoconsciência, o respeito pelo outro e a reflexão crítica sobre atitudes, valores e comportamentos, através de momentos estruturados de partilha e discussão. Foram também trabalhadas competências como a comunicação, a tomada de decisão e a procura de ajuda, com vista à promoção de relações saudáveis e à adoção de comportamentos protetores.

A evidência científica (Kågesten et al., 2021; Rodríguez-García et al., 2025) demonstra que intervenções desta natureza, quando bem estruturadas e implementadas, contribuem para o adiamento do início da atividade sexual, redução de comportamentos de risco e aumento da utilização de métodos contraceptivos, não estando associadas ao aumento da atividade sexual precoce. Programas que integram simultaneamente a promoção do adiamento da atividade sexual e a educação para o uso de contraceção revelam maior eficácia do que abordagens centradas exclusivamente na abstinência. Neste sentido, a intervenção desenvolvida integrou conteúdos diversificados, nomeadamente: relações interpessoais (família, amizade, relações amorosas e comunicação), direitos humanos e valores (respeito, diversidade e responsabilidade), igualdade de género (normas, estereótipos e prevenção da violência), consentimento e segurança (integridade corporal, privacidade e uso seguro das tecnologias), competências pessoais (tomada de decisão e comunicação), desenvolvimento humano (puberdade, imagem corporal e reprodução) e saúde sexual e reprodutiva (contraceção, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e acesso a cuidados de saúde). Desta forma, a intervenção contribuiu para a promoção da literacia em saúde dos adolescentes, capacitando-os para escolhas mais informadas, responsáveis e saudáveis no âmbito da sua vida afetiva e sexual.

Ainda no âmbito da Saúde Escolar e da promoção da literacia em saúde, participou-se em sessões de Educação para a Saúde dirigidas a diferentes níveis de ensino. No pré-escolar, foi abordada a temática da higiene oral no âmbito do *Projeto SOBE*. Os indicadores de saúde oral em Portugal, avaliados através de estudos de prevalência das doenças orais com representatividade nacional e regional, têm registado uma evolução positiva ao longo dos anos, particularmente na última década. Neste contexto, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO 2021-2025) da DGS (2021) visa assegurar a

continuidade das estratégias já implementadas na área da promoção da saúde, bem como na prevenção e no tratamento precoce das doenças orais. Estas estratégias, de carácter integrador e ajustadas à realidade nacional e aos serviços públicos disponíveis, fundamentam-se no princípio da eficiência das intervenções a desenvolver. O PNPSO 2021-2025 organiza-se em dois eixos estratégicos fundamentais a prevenção e o diagnóstico e tratamento das doenças orais, sendo ainda complementado por um eixo transversal focado na monitorização, auditoria, avaliação e na promoção da formação profissional, da investigação e do conhecimento (DGS, 2021). Se o principal objetivo do programa é promover a saúde oral ao longo de todas as fases da vida, assegurando eficiência, equidade e uma progressiva universalização, através das suas intervenções, como o Projeto SOBE, o do EEEEC-ESCSP contribui para a melhoria do estado de saúde oral da população, através da redução das doenças orais, que são particularmente suscetíveis a medidas preventivas.

De igual modo, nos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico, foi integrado o Projeto “Mais Contigo”, focado na saúde mental. De acordo com o Governo português, no seu Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, *“a saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos”*, independentemente da sua faixa etária, documentando que *“as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos”* (p. 104). As perturbações de saúde mental são frequentes e tendem a manifestar-se precocemente ao longo da vida. No entanto, uma grande parte das crianças e jovens em todo o mundo não tem acesso aos serviços de saúde mental de que necessita (OMS & UNICEF, 2024). As mesmas entidades realçam que não existe um modelo único ideal para a organização destes serviços que seja aplicável a todos os contextos. Ainda assim, todos os países, independentemente dos recursos disponíveis, podem adotar medidas para melhorar a organização e reforçar a prestação de cuidados de saúde mental dirigidos à população mais jovem (OMS & UNICEF, 2024). Assim, a integração de equipas comunitárias multidisciplinares, com competências na área da saúde da criança e do adolescente, constitui uma estratégia relevante para aproximar os cuidados especializados dos jovens, promover maior acessibilidade, continuidade de cuidados e intervenção centrada na pessoa, incluída no seu sistema de relações. A composição destas equipas e os serviços prestados podem variar, devendo ser adaptados às necessidades específicas da população, tal como se processou no âmbito do Projeto “Mais Contigo”, respondendo, deste modo, às necessidades da população alvo.

No ensino secundário regular e no leccionado em contexto de ensino profissional, implementei o Projeto “Adolescência, Conhecimentos e Escolhas Sexuais Saudáveis”,

reforçando competências na educação para a saúde e adequação da intervenção às diferentes faixas etárias. É pertinente ter como linha condutora que a adolescência corresponde a uma etapa marcada por profundas transformações físicas, hormonais e psicológicas, associadas à puberdade, influenciando significativamente o desenvolvimento e o interesse pela sexualidade. Estes pressupostos encontram suporte em evidência nacional recente. De acordo com o estudo de Dias e Nunes (2024), a educação sexual deve ser entendida numa perspetiva holística, promovendo uma vivência positiva e gratificante da sexualidade entre os jovens. Os resultados obtidos, a partir de uma amostra de adolescentes entre os 13 e os 19 anos da Área Metropolitana do Porto, evidenciam níveis globalmente satisfatórios de conhecimento, com 84% das respostas corretas. Os autores registam que o aumento da idade está associado a maiores níveis de conhecimento e a uma redução de crenças limitantes e atitudes negativas face à sexualidade. O estudo demonstra a influência da identidade de género, sendo que as raparigas tendem a apresentar níveis mais elevados de conhecimento, enquanto os rapazes evidenciam maior prevalência de crenças limitantes. Estes dados reforçam a importância de intervenções educativas ajustadas às características dos jovens, a sustentar ainda mais a necessidade de abordagens integradas, informadas e sensíveis às diferenças individuais no âmbito da promoção da saúde sexual e reprodutiva.

A exploração da sexualidade, em contexto escolar no âmbito do Projeto “Adolescência, Conhecimentos e Escolhas Sexuais Saudáveis”, ocorreu com base na comunicação, no consentimento e na adoção de comportamentos seguros. Assumiu grande relevância capacitar os jovens com conhecimentos adequados, permitindo-lhes vivenciar a sua sexualidade de forma responsável e informada, prevenir situações de risco, como gravidezes não planeadas e IST. Foi-lhes transmitido que o consentimento sexual é muito importante nas relações de intimidade, consistindo no acordo livre e esclarecido entre ambas as pessoas envolvidas; que requer que os parceiros estejam confortáveis e que comuniquem claramente os seus limites, preferências e decisões relativamente às práticas sexuais. De igual modo, explicou-se de forma clara e com uma linguagem acessível que a adoção de práticas de sexo seguro consiste em proteger as relações sexuais, prevenindo a ocorrência de gravidez não desejada e a transmissão de IST. Neste contexto, foram informados que existem diversos métodos contraceptivos eficazes na prevenção da gravidez, com destaque para o preservativo como o único método que assegura uma dupla proteção, atuando simultaneamente na prevenção da gravidez e das IST. Foram também informados que o acesso a métodos contraceptivos pode ser realizado através de consultas de planeamento familiar, disponibilizadas gratuitamente no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, designadamente em centros de saúde, hospitais e espaços de atendimento jovem.

Em caso de dúvida, os jovens podem ainda recorrer a linhas de apoio específicas, o que lhes facilita o acesso à informação e aos serviços. Todas as intervenções alicerçaram-se na premissa de que falar sobre uma sexualidade positiva implica encará-la como uma dimensão saudável e integrante da vida humana. Por outras palavras, a promoção de experiências sexuais positivas assenta no incentivo à adoção de comportamentos seguros e conscientes, contribuindo significativamente para o bem-estar holístico dos jovens. Em vez de centrar a intervenção exclusivamente na redução do risco, a intervenção permitiu desconstruir estigmas, medos e tabus associados à sexualidade.

A promoção da saúde mental e da saúde sexual e reprodutiva nos jovens constitui uma prioridade fundamental no âmbito das políticas de saúde pública em Portugal. De acordo com as orientações da DGS (2022), torna-se essencial investir em estratégias que capacitem os jovens para adotarem comportamentos saudáveis, promovendo o seu bem-estar físico, psicológico e social ao longo do ciclo de vida. A saúde mental assume um papel central no desenvolvimento equilibrado dos jovens, influenciando a sua capacidade de lidar com desafios, estabelecer relações saudáveis e tomar decisões informadas. Por sua vez, a promoção da saúde sexual e reprodutiva contribui para o desenvolvimento de uma vivência responsável, segura e consciente da sexualidade, baseada no respeito, na autonomia e no acesso à informação fidedigna. Neste contexto, a intervenção deve assentar numa ação transdisciplinar e multissetorial, ou seja, envolver diferentes áreas do saber e setores da sociedade, como a saúde, no caso a Enfermagem, a educação, a ação social e a comunidade. Esta articulação permite uma resposta mais integrada e eficaz às necessidades dos jovens, garantir-lhes a equidade no acesso aos cuidados e reforçar as estratégias de prevenção, a literacia em saúde e a intervenção precoce. Deste modo, a promoção destas dimensões da saúde melhora a qualidade de vida dos jovens e contribui para o desenvolvimento de uma sociedade mais informada, saudável e inclusiva (DGS, 2022).

A literacia em saúde constitui um determinante fundamental da saúde, estando níveis baixos associados a piores resultados em saúde, comportamentos de risco, maior utilização dos serviços e custos mais elevados. Por este motivo, a promoção da literacia em saúde integra a agenda global da OMS (2016) como estratégia para reduzir desigualdades em saúde, tendo sido também incorporada em políticas e planos nacionais e internacionais. A literacia em saúde refere-se à capacidade do indivíduo para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde no quotidiano, de forma a tomar decisões informadas e adotar comportamentos saudáveis. No entanto, este conceito vai além da dimensão individual, resultando da interação entre as competências pessoais e o contexto onde a pessoa se insere, compreendendo os sistemas e a forma como a informação é comunicada

(Sørensen et al., 2012). Estudos demonstram que a baixa literacia em saúde é prevalente em vários países, afetando uma parte significativa da população, como é o caso dos adolescentes (Mei et al., 2023; Pelikan et al., 2022; Rajah et al., 2019).

Destaca-se ainda que a escola assume um papel indispensável ao nível da promoção da literacia em saúde. Os enfermeiros em colaboração com os professores, em particular, têm uma posição privilegiada ajudar as crianças e jovens no seu desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental, bem como para promover-lhes conhecimentos, atitudes e comportamentos saudáveis (DGS, 2022). Para além disso, a sua ligação com as famílias e a comunidade permite uma intervenção mais ampla. O modelo das Escolas Promotoras de Saúde destaca a importância de ambientes escolares que favoreçam a saúde, através de políticas adequadas, ambientes de suporte, desenvolvimento de competências pessoais, envolvimento comunitário e articulação com os serviços de saúde. Estes fatores contribuem de forma significativa para a melhoria da literacia em saúde e do bem-estar de alunos e professores.

Apesar da sua relevância, a literacia em saúde dos professores ainda apresenta níveis reduzidos em vários contextos, existindo diferenças associadas a fatores sociodemográficos. Assim, torna-se essencial investir na promoção da literacia em saúde em contexto escolar, considerando tanto as competências individuais como o ambiente educativo, de forma a melhorar os resultados em saúde e o bem-estar global.

2.2.4 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

No âmbito do estágio realizado na USP, inserida na área de atuação da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, foram desenvolvidas atividades que contribuíram significativamente para a consolidação de competências nesta área.

Durante este período, realizaram-se de visitas de avaliação a Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e a estabelecimentos de ensino, com o objetivo de analisar as condições de organização, funcionamento e infraestruturas. Estas avaliações incidiram sobre áreas prioritárias de risco, designadamente ao nível da salubridade, da segurança, da ergonomia, das condições térmicas, da qualidade do ar, ruído e da segurança alimentar, o que possibilitou identificar situações suscetíveis de intervenção e melhoria, indo ao encontro do preconizado pela OE (2018, Regulamento n.º 428/2018).

Colaborou-se igualmente na análise e elaboração de relatórios técnicos decorrentes dessas visitas, o que permitiu sistematizar a informação recolhida e contribuir para a definição de recomendações corretivas ajustadas às necessidades identificadas. A integração na equipa multiprofissional revelou-se fundamental, com participação ativa em reuniões de equipa de enfermagem e da USP, o que favoreceu a articulação entre os profissionais e a partilha de informação relevante para a tomada de decisão em saúde pública.

No âmbito da promoção da saúde, dinamizaram-se de sessões de educação para a saúde em contexto escolar, subordinadas à temática do socorrismo, primeiros socorros e Suporte Básico de Vida, com adequação dos conteúdos às diferentes faixas etárias. A OMS (OMS) reconhece a importância de educar indivíduos de todas as idades em temas essenciais de saúde, incluindo a capacidade de responder a situações de emergência (Böttiger et al., 2017). Os primeiros socorros desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados imediatos a pessoas feridas ou doentes, antes da chegada de assistência médica especializada. Os cursos de primeiros socorros têm como objetivo dotar a população de competências que permitam atuar em situações de emergência, recorrendo a conhecimentos e técnicas básicas, sem dependência de equipamentos ou formação médica especializada. Em consonância com as recomendações da OMS, vários investigadores têm vindo a analisar a eficácia da formação em primeiros socorros em crianças em idade escolar, enquanto estratégia para melhorar o conhecimento sobre primeiros socorros e a gestão de situações traumáticas na população em geral (Tse & Alexiou, 2021).

Mais recentemente, o estudo de Tse et al. (2023) teve como principal objetivo analisar a eficácia do ensino de primeiros socorros a crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, em contexto escolar. Os autores procuraram responder a duas questões centrais: a capacidade destas crianças adquirir competências em primeiros socorros e gestão de trauma através dos seus professores, e o tempo de retenção dos conhecimentos adquiridos. Para tal, foi desenvolvido um estudo experimental piloto com intervenção educativa, realizado numa escola primária na Grécia com 60 crianças. Tse et al. (2023) concluíram que a formação em primeiros socorros, quando ministrada pelos professores em colaboração com os enfermeiros, em contexto escolar, contribui para a melhoria dos conhecimentos em primeiros socorros e gestão de trauma em crianças desta faixa etária.

Houve ainda participação na coordenação da Resposta Sazonal em Saúde, no planeamento, organização e operacionalização das respostas no módulo de verão e de inverno, ajustadas às necessidades emergentes da população bem como desenvolvimento

de um diagnóstico de saúde relativo à infeção por *Campylobacter*, com análise epidemiológica dos dados e apresentação dos resultados à equipa multiprofissional. A infeção por *Campylobacter* está associada a um conjunto variado de manifestações clínicas, que incluem desde enterite aguda até infeções extraintestinais e complicações que podem surgir após a fase infecciosa (Marques, 2024). A forma mais frequente de apresentação corresponde a um quadro gastrointestinal agudo autolimitado, caracterizado por diarreia, febre e dor abdominal, sendo habitualmente causado pelas espécies *Campylobacter jejuni* e *Campylobacter coli* (Marques, 2024). Na maioria dos casos, a enterite por *Campylobacter* apresenta uma evolução benigna e autolimitada, não sendo necessária terapêutica antimicrobiana. Contudo, nas últimas décadas tem-se verificado um aumento significativo da resistência aos antibióticos, particularmente às fluoroquinolonas e aos macrólidos, em espécies termófilas deste género, o que levanta preocupações quanto à eficácia dos tratamentos disponíveis, tanto em contexto humano como veterinário (Marques, 2024). A resistência antimicrobiana acarreta consequências relevantes a vários níveis. Ao nível individual, associa-se a um aumento da morbilidade e mortalidade (Marques, 2024). No contexto dos serviços de saúde, traduz-se numa maior utilização de recursos e num acréscimo dos custos. Já ao nível societal, condiciona a definição de orientações terapêuticas, o que conduz frequentemente à adoção de terapêuticas empíricas de largo espectro. No seu estudo de âmbito nacional, Marques (2024) analisou 43 estirpes clínicas de *Campylobacter spp.*, isoladas de amostras de fezes e sangue de doentes com gastroenterite, provenientes da rede de vigilância nacional, entre janeiro de 2022 e maio de 2023. As estirpes foram caracterizadas através de testes de suscetibilidade aos antibióticos (fenotípico) e por sequenciação genómica completa (WGS). A maioria das estirpes correspondia a *Campylobacter jejuni* (84,3%), seguida de *Campylobacter coli* (15,7%). A infeção foi mais frequente em crianças entre 1 e 4 anos e no sexo masculino. Verificaram-se padrões sazonais distintos, com maior incidência de *C. jejuni* no inverno e de *C. coli* no verão. Foram observados níveis elevados de resistência à ciprofloxacina e à tetraciclina em ambas as espécies. No caso da eritromicina, a resistência foi mais expressiva em *C. coli*. Estas resistências estiveram associadas a alterações genéticas específicas, identificadas através da análise genómica. A análise por sequenciação permitiu ainda identificar diversos perfis genéticos (MLST) e detetar agrupamentos de estirpes que sugerem a ocorrência de possíveis surtos não identificados pelos sistemas de vigilância tradicionais. Os resultados obtidos reforçam a importância da utilização de métodos genotípicos, como o WGS, na vigilância epidemiológica da campilobacteriose, sustentando a necessidade de evolução dos sistemas de monitorização em Portugal (Marques, 2024).

No âmbito da vigilância de doenças transmissíveis, ocorreu participação na elaboração de procedimentos normativos e respetivos processos de auditoria, relacionados com a investigação epidemiológica de casos de Campilobacteriose e de Doença Invasiva Pneumocócica. A investigação epidemiológica de doenças transmissíveis, como a campilobacteriose e a Doença Invasiva Pneumocócica, assume um papel central no âmbito da vigilância em saúde pública, pois permite a identificação precoce de casos, a análise dos padrões de distribuição e a implementação de medidas de controlo adequadas. De acordo com a DGS (2023), a vigilância epidemiológica baseia-se na recolha sistemática, análise e interpretação de dados de saúde, fundamentais para a proteção da saúde da população. No caso da campilobacteriose, enquanto infeção frequentemente associada ao consumo de alimentos contaminados, a investigação epidemiológica revela-se essencial para a identificação de fontes de infeção e interrupção das cadeias de transmissão, contribuindo para a prevenção de novos casos (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2023). Por sua vez, a Doença Invasiva Pneumocócica, pela sua gravidade e impacto em grupos vulneráveis, exige uma vigilância rigorosa, com notificação obrigatória e investigação detalhada dos casos, permitindo orientar estratégias de vacinação e controlo da doença (DGS, 2023). De igual modo, a OMS (2021) destaca que sistemas eficazes de vigilância epidemiológica são fundamentais para a deteção precoce de surtos e para se implementarem respostas adequadas em saúde pública. Assim, a participação na investigação epidemiológica destas patologias contribui para o aprofundamento do conhecimento sobre a sua distribuição e determinantes, bem como para colocar em prática medidas de prevenção e de controlo, reforçando a intervenção do enfermeiro especialista na proteção da saúde da população.

Por conseguinte, houve participação na realização de inquéritos epidemiológicos associados a estas patologias, em articulação com o Médico de Saúde Pública, assegurando o registo no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências na área da vigilância e controlo de doenças transmissíveis. A integração no Observatório Local de Saúde permitiu-me colaborar na análise do diagnóstico de situação de saúde da população da área de influência, bem como na preparação da sua apresentação ao Conselho de Administração, a reforçar a minha compreensão sobre o planeamento em saúde a nível populacional.

No âmbito da promoção da saúde, houve participação no desenvolvimento e implementação de um projeto alusivo ao Dia Mundial da Diabetes, subordinado ao tema “Diabetes e bem-estar no trabalho”. Neste contexto, colaborou-se na elaboração de materiais informativos, na participação em consultas de avaliação do risco de diabetes e na dinamização de um *workshop* dirigido à promoção de estilos de vida saudáveis. *A posteriori*,

foi realizada a avaliação do projeto, com monitorização dos resultados e apresentação à equipa.

Por fim, participou-se em reuniões da Equipa Local de Saúde Escolar, quer ao nível da articulação de intervenções, quer no planeamento de atividades para o novo ano letivo, em colaboração com diferentes parceiros, o que reforçou a importância do trabalho intersectorial na promoção da saúde em contexto escolar.

O conjunto de experiências desenvolvidas ao longo do estágio permitiu consolidar competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nomeadamente ao nível da avaliação do estado de saúde da comunidade, capacitação de grupos, participação em programas de saúde e cooperação na vigilância epidemiológica. A diversidade de contextos e intervenções favoreceu o desenvolvimento de uma prática mais integrada, crítica e orientada para ganhos em saúde, evidenciando a relevância da enfermagem comunitária na promoção da saúde, prevenção da doença e proteção da saúde coletiva.

2.3 Síntese Crítica do Desenvolvimento de Competências

O percurso formativo desenvolvido em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Pública constituiu uma experiência relevante para o desenvolvimento e consolidação de competências no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Este percurso possibilitou uma articulação efetiva entre o conhecimento teórico e a prática de cuidados nos diversos contextos de atuação nos dois estágios, tendo-se refletido claramente numa evolução progressiva e sustentada no domínio das competências de Enfermeiro Especialista.

Entre as principais aprendizagens adquiridas, destacam-se o desenvolvimento de competências ao nível da avaliação do estado de saúde da comunidade, do planeamento em saúde e da implementação de intervenções dirigidas a grupos específicos, com particular enfoque na promoção da literacia em saúde, no caso mais concreto, a promoção de literacia em saúde a adolescentes no espaço escolar. A participação ativa no projeto de intervenção na área da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes permitiu consolidar conhecimentos técnico-científicos, bem como compreender a importância de intervenções educativas estruturadas, centradas nas necessidades reais desta população, num aqui e agora. Concomitantemente, o trabalho em equipa multiprofissional revelou-se essencial para o desenvolvimento de competências relacionais, mormente ao nível da comunicação, da articulação interinstitucional e da tomada de decisão partilhada, porque a promoção da

saúde no indivíduo, grupos e comunidade não é uma tarefa solitária, mas sim feita em colaboração.

Mas como todos os percursos de formação, emergem sempre desafios, especialmente na fase inicial de adaptação aos diferentes contextos da prática de cuidados, em particular na área da saúde pública. A necessidade de mobilizar conhecimentos teóricos para a intervenção prática, bem como a compreensão da dimensão populacional dos cuidados, constituiu desafios relevantes. Estas exigências requereram um esforço acrescido de integração, análise crítica e capacidade de adaptação às especificidades dos contextos, assumindo-se, simultaneamente, como parte integrante do processo de especialização.

Face a estas exigências, foram mobilizadas estratégias de superação centradas numa postura proativa e reflexiva permanente. Destacam-se a procura contínua de evidência científica, acompanhamento e supervisão tutorial, a participação ativa nas dinâmicas das equipas e a valorização do *feedback* como instrumento de melhoria. Estas estratégias contribuíram para transformar dificuldades iniciais em oportunidades de desenvolvimento profissional e pessoal. A ausência de experiência prévia, em algumas áreas de atuação, não se constituiu como um obstáculo, mas antes como um ponto de partida para um processo evolutivo sustentado e em direção a uma prática especializada.

Este percurso pode ser compreendido à luz do modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2005), que descreve uma progressão do nível de iniciado para níveis mais diferenciados de competência, sustentada na experiência prática e na reflexão crítica. Ao longo do estágio, observaram-se ganhos crescentes de autonomia, de segurança na tomada de decisão e da capacidade de integrar conhecimentos em contextos complexos e diferenciados.

A partilha de saberes e a proximidade com profissionais experientes tiveram impacto no meu desenvolvimento profissional.

Em síntese, a experiência de estágio contribuiu de forma expressiva para o desenvolvimento de competências essenciais à intervenção em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, reforçando o compromisso com a promoção da saúde, a prevenção da doença, a capacitação das populações e a melhoria contínua dos ganhos em saúde.

**Parte II Componente de Investigação - Adolescência, Conhecimento
e Escolhas Sexuais Saudáveis**

3. Introdução

A adolescência corresponde a uma etapa do ciclo vital compreendida entre os 10 aos 19 anos caracterizada por profundas transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais, que influenciam a forma como os adolescentes se sentem, pensam, tomam decisões e interagem com o mundo à sua volta (OMS, 2025). Trata-se de um período crucial para a consolidação de comportamentos e estilos de vida, com impacto significativo na saúde presente e futura.

A transição da infância para a adolescência é uma fase complexa da vida, associada a grandes mudanças físicas, emocionais, cognitivas e sociais, e caracterizada por um desenvolvimento dinâmico, no qual a relação com o meio ambiente modera os recursos individuais responsáveis pelo bem-estar e pela saúde (OMS, 2014). Embora, do ponto de vista da saúde, a adolescência seja considerada uma das melhores fases da vida, existe uma tendência para subestimar fatores de risco que podem comprometer o estado de saúde e o bem-estar, tanto a curto como a longo prazo, predispondo ao aparecimento de doenças (Guo et al., 2025; Mastorci et al., 2024).

Esta transição, se não for vivida de forma adequada, pode tornar-se o momento em que a vulnerabilidade se desenvolve em detrimento dos mecanismos adaptativos, conduzindo a problemas psicológicos como ansiedade, depressão, perturbações alimentares e comportamentos aditivos (Guo et al., 2025; Mastorci et al., 2024). Esta interação entre riscos e saúde tem um impacto profundo nos mecanismos de resiliência e vulnerabilidade (Guo et al., 2025; Mastorci et al., 2024).

Em comparação com a infância, a adolescência caracteriza-se por uma maior criticidade, mas também por um grande potencial, daí o conceito de “janela de vulnerabilidade temporal” (Mastorci et al., 2024, p. 2). Durante esta fase de crescimento e transformação, todos os sistemas do corpo redefinem a sua dinâmica e conexões: desde funções neuronais até às cognitivas e emocionais, passando pelos sistemas motivacionais e

comportamentais (DuPaul et al., 2024). Estas alterações, a nível biológico, podem conduzir a processos de resiliência, ou seja, de adaptação às mudanças vividas pelo adolescente ou, em alternativa, a processos de instabilidade, com comportamentos disfuncionais e de risco, como o consumo de tabaco, álcool e outras substâncias (DuPaul et al., 2024).

Tal instabilidade poderá estar ligada à redefinição das estruturas neurobiológicas, nomeadamente ao fenómeno da “poda sináptica”, que implica um reajuste neural. Este novo neurodesenvolvimento pode originar perturbações mentais ou, mais genericamente, mal-estar psicológico com repercussões a curto e longo prazo na vida adulta (Kennedy et al., 2018).

Embora muitas vezes seja considerada uma fase saudável da vida, a adolescência é marcada por níveis significativos de mortalidade, doença e lesões. Grande parte destes problemas é evitável ou tratável (Waite-Jones & Rodriguez, 2022). Nesta fase, os adolescentes estabelecem padrões de comportamento, como, por exemplo, relacionados com a alimentação, a atividade física, o consumo de substâncias e a atividade sexual, que podem proteger a sua saúde e a das pessoas à sua volta, ou, pelo contrário, colocá-la em risco, no presente e no futuro (Waite-Jones & Rodriguez, 2022).

Para crescerem e se desenvolverem com saúde, os adolescentes necessitam de informação, incluindo educação sexual abrangente e adequada à sua idade; oportunidades para desenvolver competências para a vida; serviços de saúde que sejam aceitáveis, equitativos, apropriados e eficazes; e ambientes seguros e de apoio (DuPaul et al., 2024). Precisam também de oportunidades para participar de forma significativa na conceção e implementação de intervenções destinadas a melhorar e manter a sua saúde. Alargar estas oportunidades é essencial para responder às necessidades e direitos específicos dos adolescentes (DuPaul et al., 2024).

A adolescência constitui, assim, um período de profundas transformações físicas, emocionais e sociais, durante o qual os jovens exploram novas sensações e aprendem a lidar com diferentes emoções. A compreensão da sexualidade assume um papel fundamental para um desenvolvimento saudável nesta fase da vida, apresenta implicações positivas como a redução do risco de IST, a capacidade de tomar decisões informadas, o estabelecimento de relações saudáveis, o aumento da autoestima e da confiança, a prevenção de gravidezes não planeadas e a construção de bases para relações satisfatórias no futuro (Moreira et al., 2023). Neste sentido, é essencial que os adolescentes tenham acesso à informação correta e atualizada sobre sexualidade, de forma a possibilitar escolhas informadas e responsáveis (Moreira et al., 2023). A adolescência é uma fase marcada pelo aparecimento dos primeiros sinais físicos de maturidade sexual e pelo início

cada vez mais precoce de contactos sexuais (Moreira et al., 2023). No entanto, muitos adolescentes não se encontram devidamente preparados para lidar com estas experiências, o que pode originar consequências negativas para o seu desenvolvimento (Moreira et al., 2023).

Face a este enquadramento, torna-se pertinente desenvolver e avaliar o impacto de uma intervenção educativa em saúde sexual, dinamizada por uma UCC, dirigida aos alunos do 10.º ano de escolaridade de uma escola do concelho. Este projeto tem como objetivo promover a literacia em saúde sexual, bem como desenvolver competências pessoais e sociais que permitam aos adolescentes adotar comportamentos responsáveis e viver a sua sexualidade de forma saudável e informada.

4. Estado da arte

O conceito de saúde tem raízes na Grécia Antiga e sofreu inúmeras alterações ao longo dos séculos. Em particular, no campo médico-científico, passou-se de uma visão de saúde como “ausência de doença” para uma definição mais ampla: um “estado de completo bem-estar físico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença” (Mastorci et al., 2024, p. 2). Embora esta definição seja hoje amplamente aceita pela comunidade científica, não é fácil avaliar o verdadeiro estado de saúde de uma população, e ainda menos quantificá-lo, especialmente numa fase sensível como a transição da infância para a adolescência (Mastorci et al., 2024).

A definição de saúde infantil e durante esta transição tem sido pouco valorizada em comparação com a dos adultos. Apesar da evolução da perspectiva, de um foco exclusivo na morbidade e mortalidade para uma avaliação mais abrangente da saúde, incluindo aspetos psicossociais, os fatores específicos da infância e adolescência continuam, em geral, excluídos. Importa sublinhar que a saúde das crianças, mesmo desde o período fetal (segundo a hipótese de Barker, 2006), tem impactos a curto, médio e longo prazo, com efeitos durante a transição para a adolescência e também na idade adulta (Mastorci et al., 2024). Melhorar a saúde durante a infância, através de ações nos diversos contextos sociais, escola, família e comunidade, contribuirá para uma transição mais robusta para a adolescência, reduzindo a sua fragilidade (Mastorci et al., 2024).

De acordo com uma nova perspectiva, a saúde infantil é o grau em que crianças e adolescentes individuais ou em grupos conseguem ou são capacitadas para: (a) desenvolver e concretizar o seu potencial; (b) satisfazer as suas necessidades; e (c) desenvolver capacidades que lhes permitam interagir com os seus ambientes biológicos, físicos e sociais (Mastorci et al., 2024). Esta definição entende a saúde como um recurso positivo, que oferece às crianças e aos adolescentes a capacidade de interagir com o meio envolvente e responder ativamente aos desafios e mudanças da vida. Além disso, considera

essencial o desenvolvimento da capacidade de manter e otimizar o estado de saúde ao longo do tempo (Mastorci et al., 2024).

No entanto, muitos adolescentes carecem de conhecimentos adequados sobre saúde sexual e reprodutiva (SSR), o que pode levar a ansiedade, confusão e dificuldade em lidar com estas transições (Gui et al., 2025). Esta falta de conhecimento também limita a capacidade dos adolescentes para identificar e responder a riscos, como o assédio sexual ou relações pouco saudáveis, aumentando, assim, a probabilidade de consequências negativas, como gravidezes não planeadas e infecções sexualmente transmissíveis (Gui et al., 2025).

A corroborar, a OMS (2025) refere que os adolescentes enfrentam, frequentemente, uma variedade de desafios em termos de saúde e sociais. Por exemplo, o início da atividade sexual sem o conhecimento e as competências adequadas para se protegerem expõe os adolescentes a um risco acrescido de gravidez indesejada, aborto inseguro e infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH/SIDA). A elevada prevalência de casamentos e gravidezes precoces em alguns Estados-Membros está associada a maiores taxas de mortalidade e morbilidade materna, bem como à mortalidade neonatal e infantil entre adolescentes (OMS, 2025).

Além disso, a gravidez na adolescência está associada a um risco mais elevado de problemas de saúde, como anemia, infecções sexualmente transmissíveis (IST), aborto inseguro, hemorragias pós-parto e perturbações mentais (como a depressão) (Abreu et al., 2025). As adolescentes grávidas enfrentam também consequências sociais negativas, sendo muitas vezes obrigadas a abandonar a escola, o que reduz a sua empregabilidade e tem implicações económicas a longo prazo. As necessidades não satisfeitas de planeamento familiar, sobretudo no que diz respeito ao espaçamento entre gravidezes, são elevadas entre adolescentes (OMS, 2024).

A gravidez na adolescência é um fenómeno global com causas bem conhecidas e consequências graves a nível da saúde, sociais e económicas (OMS, 2024). Embora a taxa global de natalidade na adolescência (*Adolescent Birth Rate, ABR*) tenha diminuído, as taxas de mudança têm sido desiguais entre regiões e países. Verifica-se que a gravidez na adolescência é mais prevalente entre adolescentes com menor nível de escolaridade e com baixos recursos económicos. Estes grupos vulneráveis registam igualmente um progresso mais lento na redução de gravidezes precoces, o que acentua desigualdades já existentes (OMS, 2024).

A corroborar, a UNICEF (2024) documenta que a maternidade precoce pode ter consequências graves para as raparigas adolescentes. Em 2023, estimou-se que, a nível

global, cerca de 13% das raparigas adolescentes e mulheres jovens deram à luz antes dos 18 anos de idade. A maternidade precoce, ou seja, a gravidez e o parto durante a adolescência, pode comprometer de forma significativa o desenvolvimento saudável das raparigas na transição para a vida adulta, com impactos negativos na educação, na saúde e nas perspetivas de vida. Muitas adolescentes grávidas são pressionadas ou forçadas a abandonar a escola, o que afeta negativamente as suas oportunidades educativas e profissionais. A gravidez precoce pode ainda acarretar consequências sociais, como a estigmatização e a perda de estatuto no seio familiar e comunitário (UNICEF, 2024). Em muitos casos, pode conduzir à rejeição e violência por parte de familiares, colegas e parceiros, além de estar associada ao casamento precoce e forçado. As raparigas adolescentes, em especial as que se encontram na adolescência precoce, são particularmente vulneráveis às consequências físicas da gravidez e do parto, uma vez que os seus corpos podem ainda não estar biologicamente preparados. Entre as complicações mais graves que podem enfrentar a curto e longo prazo incluem-se: a fístula obstétrica, a eclâmpsia, a endometrite puerperal e as infeções sistémicas. A nível mundial, as condições maternas estão entre as principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade e de mortalidade entre as raparigas adolescentes nas faixas etárias dos 15 aos 19 anos de idade (UNICEF, 2024).

O casamento infantil e o abuso sexual de menores aumentam significativamente o risco de gravidez não desejada entre raparigas. Há, no entanto, uma crescente atenção internacional acerca da melhoria do acesso a cuidados maternos de qualidade para adolescentes grávidas e com filhos (OMS, 2024). Por conseguinte, a OMS trabalha com parceiros para promover políticas públicas, apoiar programas, produzir evidência científica e reforçar a capacidade de resposta dos países no combate à gravidez na adolescência. OMS, 2024).

Em 2020, em Portugal, ocorreram 1 763 partos de mães adolescentes (até aos 19 anos), representando cerca de 2,1 % do total de nascimentos nesse ano (Ministério da Saúde, 2020). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2025), para os anos de 2022, 2023 e 2024 (Tabela 1), verifica-se que os nados vivos de mães adolescentes em Portugal ocorrem predominantemente nas faixas etárias mais próximas da maioridade. No ano de 2024, a maior incidência de nascimentos ocorreu aos 19 anos (717 nados-vivos), seguido dos 18 anos (393) e 17 anos (223). Estas três faixas etárias representam quase 90% dos nascimentos de mães adolescentes nesse ano. Em 2023, o padrão mantém-se, com os 19 anos a registarem 719 nascimentos, 18 anos com 441 e 17 anos com 260; verificou-se um ligeiro aumento face a 2024, especialmente nas idades de 17 e 18 anos. Em 2022, os valores mais altos foram 19 anos (696), 18 anos (437) e 17 anos (228). Em

comparação com 2023, houve uma redução ligeira nos totais, mantendo-se o predomínio de mais casos nas idades finais da adolescência. Na globalidade, foi nas faixas etárias dos 18 e dos 19 anos se se registou a maioria de nados vivos entre adolescentes nos três anos analisados. As idades mais precoces (13-15 anos) apresentam valores mais baixos, mas não desprezáveis do ponto de vista da saúde pública. A idade de adolescentes com mais nascimentos de forma consistente foi os 19 anos, superando os 700 casos em 2023 e 2024.

Tabela 3. Nascidos-vivos de mães adolescentes por idade da mãe (2020-2024)

Anos de dados de referência ¹	Idade da Mãe	Nascidos-vivos
2024	13 anos	4
	14 anos	16
	15 anos	66
	16 anos	129
	17 anos	223
	18 anos	393
	19 anos	717
2023	13 anos	3
	14 anos	20
	15 anos	66
	16 anos	137
	17 anos	260
	18 anos	441
	19 anos	719
2022	13 anos	2
	14 anos	19
	15 anos	68
	16 anos	141
	17 anos	228
	18 anos	437
	19 anos	696

Fonte: Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (INE), Nados-vivos.

Notas: ¹ Dados referentes a 2024 apurados com base em informação registada nas Conservatórias do Registo Civil até março de 2025. ² Valores de 1980 a 2006 retificados em março de 2020, em resultado de validações adicionais à série de microdados. Última atualização destes dados: 29 de abril de 2025.

Como refere a Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC, 2020, p. 72),
“os adolescentes são um grupo vulnerável na área da saúde sexual e reprodutiva especialmente pelos riscos de gravidez não desejada, aborto e de infeções sexualmente transmissíveis”. Ainda segundo a mesma entidade, a *“gravidez na adolescência continua a ser tema de preocupação a nível mundial, uma vez que está associada ao abandono escolar, à rotura de projetos de vida, ao trabalho indiferenciado e precário, o que a torna um problema de saúde pública”* (SPDC, 2020, p. 72).

A nível nacional, os métodos contraceptivos mais usados pelas adolescentes são “o preservativo masculino e a pílula” (SPDC, 2020, p. 72).

A OMS (2025) promove a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) dos adolescentes para enfrentar estes desafios e presta apoio técnico aos Estados-Membros no reforço e melhoria

dos sistemas de saúde, com vista à disponibilização de Serviços de Saúde Amigos para Adolescentes.

Para muitos adolescentes que necessitam de serviços de SSR, como informação adequada, acesso à contraceção e tratamento de IST, estes serviços ou não estão disponíveis, ou são prestados de forma que os faz sentir-se indesejados ou constrangidos. Os serviços de saúde devem ser sensíveis às necessidades e características de desenvolvimento dos adolescentes para que estes se sintam motivados a utilizá-los. A OMS (2024, 2025) promove a criação de Serviços de Saúde Amigos para Adolescentes como resposta a estas questões, facilitando o acesso dos adolescentes aos cuidados de que necessitam.

Apesar de estar comprovado que uma educação abrangente em SSR melhora os conhecimentos e atitudes dos adolescentes, a sua implementação, em muitos casos, enfrenta diversos obstáculos (Hirvonen et al., 2021). Em muitas escolas, os conteúdos de SSR são lecionados por professores que, muitas vezes, não possuem formação adequada ou confiança para abordar o tema. Além disso, fatores como a escassez de materiais didáticos, o tempo de aula limitado e a sobrecarga curricular dificultam a integração eficaz da educação em SSR. Persistem ainda tabus culturais relativamente à discussão da saúde sexual, o que limita ainda mais a comunicação aberta em contexto escolar (Hirvonen et al., 2021).

O acesso à informação aumentou significativamente com o desenvolvimento da indústria da *internet*. Atualmente, os alunos têm acesso facilitado à *internet*, onde se deparam com diversas fontes de informação sobre a SSR. No entanto, a sua reduzida literacia em saúde e a dificuldade em avaliar a validade científica e fiabilidade dessas informações continuam a ser desafios significativos (Manby et al., 2022). Para enfrentar estes desafios, é necessário implementar educação *online* em SSR que seja adequada à idade e baseada em evidências (Manby et al., 2022). Comparada à educação tradicional, a educação *online* em SSR pode ultrapassar limitações de recursos, oferecendo conteúdos flexíveis e acessíveis, sem depender de professores a tempo inteiro ou materiais físicos (Manby et al., 2022). Além disso, como referem os mesmos autores, o anonimato proporcionado pela aprendizagem *online* ajuda a mitigar o estigma e os tabus culturais, criando um ambiente mais aberto para abordar temas de SSR. Esta abordagem utiliza formatos diversificados, incluindo funcionalidades interativas e elementos multimédia, proporcionando uma experiência de aprendizagem dinâmica e envolvente Guo et al., 2025; Manby et al., 2022. Tal facilita não só a compreensão de temas complexos de SSR, como também aumenta a motivação dos alunos e melhora a sua participação. A flexibilidade da

aprendizagem *online* permite ainda que os alunos ajustem (Guo et al., 2025; Manby et al., 2022).

Responder às necessidades de SSR de adolescentes é essencial para apoiar uma transição saudável para a vida adulta. No entanto, adolescentes tendem a subutilizar os serviços de SSR disponíveis, especialmente a Consulta de Planeamento Familiar. A evidência tem destacado barreiras estruturais significativas no acesso aos cuidados de saúde, como barreiras interpessoais e ideias preconcebidas erróneas que desencorajam a procura de cuidados em SSR numa fase crucial da vida (Melesse et al., 2020).

Os profissionais de saúde, no caso mais específico os Enfermeiros Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, desempenham um papel fundamental no apoio às necessidades de SSR dos adolescentes, especialmente em contexto de Comunidade em UCC. No entanto, as relações entre adolescentes e profissionais de saúde são frequentemente complexas. Muitos adolescentes evitam procurar cuidados ou manter-se em acompanhamento após experienciar, ou simplesmente ouvir falar, de atitudes e comportamentos negativos por parte dos profissionais de saúde (Jonas et al., 2018).

Entre os projetos internacionais de referência destaca-se o “SexEd – Educação Sexual para Jovens”, citado pela UNESCO (2018) e implementado em vários países europeus. Este programa demonstrou que intervenções educativas em saúde sexual, quando integradas no contexto escolar e dinamizadas por equipas multidisciplinares (incluindo enfermeiros, psicólogos e educadores), têm impacto significativo nos adolescentes. Os resultados evidenciam aumento da utilização de preservativos, adiamento do início da vida sexual e maior capacidade dos jovens em identificar situações de coação, violência ou ausência de consentimento. Estes efeitos sustentam a importância de metodologias participativas, baseadas em evidência e culturalmente adaptadas ao público-alvo.

Investigação mostra que um atendimento julgador, repreensivo e pouco acolhedor afasta os adolescentes e jovens da procura de serviços relacionados com SSR e VIH, bem como da adesão às consultas médicas (Jonas et al., 2017, 2018, 2019; Muller et al., 2018). Por outro lado, interações marcadas pela gentileza e respeito estão associadas a uma maior probabilidade de maior assiduidade às consultas (Toska et al., 2024). Embora muitos profissionais de saúde estejam motivados para responder às necessidades dos adolescentes, a prestação de serviços e o tipo de interação com os seus adolescentes utentes pode entrar em conflito com as suas crenças pessoais, valores morais e normas sociais mais amplas (Flacking & Dykes, 2017; Muller et al., 2018).

No âmbito da ESR, os enfermeiros podem desempenhar um papel relevante na promoção da saúde dos adolescentes, contribuindo para o reforço dos seus conhecimentos e atitudes sobre sexualidade (Ermitão et al., 2022). Tendo por base esta realidade, os autores desenvolveram um projeto com a finalidade de contribuir para o aumento do conhecimento sobre sexualidade em adolescentes do 9.º ano de escolaridade, pertencentes a uma escola da área de intervenção de uma UCC da ULS de Almada/Seixal (Ermitão et al., 2022). O projeto foi desenvolvido com base nas etapas da Metodologia de Planeamento em Saúde. O diagnóstico de situação foi realizado através do Questionário sobre as Perceções dos Alunos relativamente à Educação Sexual. A amostra, não probabilística e por conveniência, foi constituída por 16 adolescentes. O projeto foi sustentado no referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O diagnóstico de situação revelou conhecimentos deficitários sobre saúde e também um comportamento de procura de cuidados pouco adequados. Para resolver os principais problemas de saúde identificados, foi utilizada a educação para a saúde como estratégia principal. Após a intervenção: mais de 80% dos alunos responderam corretamente às questões relacionadas com o tema; cerca de 72% identificaram dois comportamentos sexuais de risco; e 53% referiram os profissionais de saúde como a principal fonte de informação sobre a SSR. Este projeto, segundo os seus autores, permitiu aumentar o conhecimento dos adolescentes no âmbito da educação sexual, através da intervenção de enfermagem em contexto comunitário (Ermitão et al., 2022).

Um estudo realizado com estudantes do ensino secundário avaliou o nível de conhecimento sobre sexualidade e função reprodutiva antes e após a implementação de um programa de educação sexual desenvolvido por uma equipa multidisciplinar (Zamponi et al., 2024). Os resultados demonstraram que muitos adolescentes obtêm informação principalmente através das redes sociais, enquanto a escola e a família representam fontes menos frequentes. Verificou-se ainda que o nível de conhecimento inicial sobre sexualidade e reprodução era limitado, sendo ligeiramente superior nas raparigas quando comparadas com os rapazes. Após a intervenção educativa, observou-se um aumento significativo do conhecimento em ambos os sexos, evidenciando a eficácia dos programas de educação sexual realizados em contexto escolar. Os autores destacam que a inexistência de programas estruturados leva frequentemente os jovens a recorrer a fontes pouco fiáveis, o que pode contribuir para desinformação e adoção de comportamentos sexuais de risco. Assim, a implementação de programas de educação sexual nas escolas, com informação transmitida por profissionais especializados, revelou-se fundamental para melhorar o conhecimento dos adolescentes e reduzir as diferenças de género existentes nesta área (Zamponi et al., 2024).

Um estudo de âmbito nacional analisou o nível de conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade (Moreira et al., 2023), com uma amostra de 289 estudantes uma escola da região norte de Portugal, aos quais foi aplicado um questionário *online* que incluía informações sociodemográficas e um questionário de conhecimentos sobre sexualidade. A maioria dos participantes era do sexo feminino e tinha idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos, apresentando um nível médio de conhecimento. Os resultados demonstraram que os níveis mais baixos de conhecimento se verificaram nas dimensões relacionadas com a primeira relação sexual e preocupações sexuais, sobretudo entre os rapazes, bem como na dimensão das infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA, onde as raparigas apresentaram melhor desempenho. Por outro lado, os melhores resultados foram observados nas dimensões relacionadas com sexualidade e prazer sexual, com melhor desempenho das raparigas, e no aconselhamento e cuidados em saúde sexual e reprodutiva, onde os rapazes obtiveram pontuações superiores. Os autores concluem que a educação para a sexualidade deve ser abordada de forma contínua ao longo do ciclo de vida, sendo fundamental garantir que os adolescentes tenham acesso a informação adequada e atualizada sobre questões relacionadas com a sexualidade (Moreira et al., 2023).

Em Portugal, a Lei n.º 60/2009 define a obrigatoriedade da educação sexual nas escolas, articulando-se com o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 e o Referencial de Educação para a Saúde da Direção-Geral da Educação (DGE, 2019). Estas políticas reconhecem a importância da ESI e propõem um modelo intersectorial que inclui a escola, os serviços de saúde e a comunidade. Contudo, a implementação prática tem sido desigual, estando condicionada pela disponibilidade dos docentes, articulação com as UCC e a existência de contextos escolares prioritários (DGS, 2022).

Apesar de avanços legislativos e pedagógicos, os indicadores nacionais mostram que persistem desafios. A gravidez na adolescência, embora em queda, continua a ser mais prevalente em zonas rurais e entre jovens com baixos níveis de escolaridade (INE, 2023). A taxa de incidência de DST entre jovens tem vindo a aumentar, refletindo comportamentos sexuais desprotegidos e falta de acesso a serviços amigáveis (ECDC, 2022). A ausência de programas regulares, a escassez de formação docente e a fraca integração da saúde nas escolas contribuem para este cenário.

A corroborar, Abreu et al. (2024) reforçam que a adolescência constitui um período de maior vulnerabilidade à adoção de comportamentos sexuais de risco, sendo esta fase marcada por mudanças físicas, emocionais e sociais que influenciam a tomada de decisões. Em Portugal, como documentam os mesmos autores, verifica-se que os adolescentes

iniciam a atividade sexual em idades cada vez mais precoces, o que torna pertinente avaliar o seu nível de conhecimento sobre infeções sexualmente transmissíveis e métodos de prevenção numa fase inicial do seu desenvolvimento. O seu estudo observacional transversal, realizado com 750 alunos do 9.º ano de escolaridade do concelho de Vila Nova de Gaia, evidenciou que a média de idade dos participantes era de 14,4 anos, tendo cerca de 19,9% já iniciado a atividade sexual. O nível de conhecimento dos adolescentes sobre as IST era globalmente reduzido, apresentando uma pontuação média de 7,08 num total de 18 valores possíveis. Embora o preservativo e a imunização fossem reconhecidos como medidas preventivas, persistiram diversas concepções erradas que podem comprometer a adoção de comportamentos seguros. Abreu et al. (2024) constaram ainda que níveis mais elevados de conhecimento estavam associados a atitudes mais responsáveis face à probabilidade de envolvimento em relações sexuais. O estudo revelou que os adolescentes recorrem frequentemente a pares e à *internet* como principais fontes de informação, em detrimento de fontes credíveis e profissionais de saúde (Abreu et al., 2024).

As UCC, enquanto estruturas de proximidade integradas nas Unidades Locais de Saúde, têm um papel determinante na promoção da saúde escolar. Através da colaboração com agrupamentos de escolas e equipas multidisciplinares, as UCC implementam projetos de literacia, prevenção e acompanhamento dos jovens. Intervenções com base em metodologias ativas, lideradas por profissionais de saúde como enfermeiros especialistas, têm demonstrado impacto positivo na mudança de atitudes e na adoção de comportamentos sexuais seguros (DGS, 2018; Carvalho et al., 2017).

5. Metodologia

O presente trabalho de projeto configurou-se como uma intervenção em saúde de natureza comunitária, desenvolvida em contexto escolar, com abordagem quantitativa, descritiva e quase-experimental, sustentada na metodologia do planeamento em saúde. Esta abordagem permitiu estruturar a intervenção de forma sistemática, integrando as etapas de diagnóstico de necessidades, definição de prioridades, planeamento, implementação e avaliação, orientadas para a obtenção de ganhos em saúde na população-alvo.

5.1 Tipo de estudo/intervenção

Trata-se de um estudo quantitativo, quase-experimental, com avaliação em dois momentos: pré-intervenção pós-intervenção. O estudo teve como finalidade analisar o impacto de uma estratégia de educação para a saúde na melhoria dos conhecimentos, atitudes e crenças dos adolescentes relativamente à saúde sexual e reprodutiva.

A avaliação pré-intervenção decorreu em dezembro de 2025 e a avaliação pós-intervenção em fevereiro de 2026, permitindo analisar eventuais alterações após a implementação do programa educativo.

5.2 Contexto e população-alvo

O estudo foi desenvolvido numa escola da área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade, envolvendo duas turmas do 10.º ano de escolaridade. A amostra foi não probabilística, de conveniência, integrando os alunos elegíveis das duas turmas que apresentaram consentimento do encarregado de educação, assentiram participar e completaram os procedimentos previstos.

5.3 Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado no presente estudo consistiu num questionário estruturado, de natureza anónima, e aplicado aos participantes em contexto escolar. O instrumento teve como principal objetivo recolher informação relativa às características sociodemográficas, atitudes e comportamentos dos adolescentes no domínio da sexualidade.

O questionário encontra-se organizado em duas partes distintas (Anexo I).

A primeira parte incluiu variáveis de caracterização sociodemográfica nomeadamente idade, sexo, zona de residência e escolaridade dos progenitores, bem como questões relacionadas com a vivência da sexualidade, incluindo satisfação com a sexualidade, existência de relações sexuais, idade da primeira relação sexual, idade do/a parceiro/a, utilização de métodos contraceptivos, fonte de aconselhamento, uso atual de contraceção e recurso à pílula do dia seguinte.

A segunda parte corresponde à avaliação das atitudes sexuais dos participantes, sendo utilizada a Escala de Atitudes Sexuais - Versão Adolescentes (EAS-A), adaptação para a população portuguesa por Gouveia (2008) a partir da *Sexual Attitudes Scale* de Hendrick e Hendrick (1987), com a devida autorização do autor (Anexo II). A versão utilizada é composta por 14 itens, respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos, entre 1 (“completamente em desacordo”) e 5 (“completamente de acordo”) que procuram avaliar diferentes dimensões das atitudes, crenças e perceções dos adolescentes relativamente à sexualidade. Os itens abordam diversas perspetivas, incluindo a aceitação de relações sexuais ocasionais, a importância do compromisso e do envolvimento emocional, a valorização do prazer, bem como conceções mais instrumentais ou afetivas da sexualidade. São igualmente exploradas atitudes face à multiplicidade de parceiros, ao significado do sexo e à necessidade de ligação emocional nas relações íntimas. Cada item é apresentado sob a forma de uma afirmação, à qual os participantes respondem de acordo com o seu grau de concordância. Esta estrutura permite captar a intensidade das atitudes individuais face às diferentes dimensões da sexualidade. Importa referir que alguns itens (12, 13 e 14) são invertidos, refletindo uma perspetiva mais relacional e afetiva da sexualidade, sendo posteriormente recodificados para efeitos de análise, de forma a garantir a coerência na interpretação dos resultados (Gouveia, 2008). A utilização desta escala possibilitou uma análise global das atitudes sexuais dos adolescentes, ou seja, permitiu identificar tendências mais permissivas ou mais conservadoras, bem como compreender a forma como os jovens conceitualizam e vivenciam a sexualidade.

4.4 Planeamento da intervenção

A intervenção foi planeada de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, tendo por base o diagnóstico de necessidades previamente identificado em contexto escolar. A sua conceção assentou nas recomendações da UNESCO (2018) relativas à Educação Sexual Integral, no Programa Nacional de Saúde Escolar e no Referencial de Educação para a Saúde da Direção-Geral da Educação, assegurando a adequação dos conteúdos às necessidades da população-alvo.

O objetivo geral da intervenção consistiu em promover a literacia em saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes, favorecendo a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de atitudes mais informadas e a adoção de comportamentos responsáveis. Para esse efeito, privilegiaram-se metodologias participativas e centradas nos alunos, valorizando a interação, a reflexão crítica e a adequação dos conteúdos à faixa etária e ao contexto sociocultural dos participantes.

A intervenção educativa foi estruturada em quatro sessões presenciais, desenvolvidas em contexto escolar e dirigidas aos alunos do 10.º ano de escolaridade. As sessões foram previamente planeadas pela investigadora, sob supervisão da orientadora de estágio da Unidade de Cuidados na Comunidade, recorrendo a metodologias ativas fundamentadas nos princípios construtivistas da aprendizagem. Foram privilegiadas estratégias pedagógicas que promoveram a participação ativa dos alunos, a discussão orientada e a reflexão crítica entre pares.

As três sessões abordaram os seguintes temas:

- _ Sexualidade;
- _ Contraceção;
- _ Consentimento;
- _ Mitos e crenças associados à saúde sexual e reprodutiva.

A Tabela 4 apresenta uma síntese dos objetivos, conteúdos, estratégias pedagógicas e recursos utilizados em cada sessão.

Tabela 4- Planeamento da intervenção educativa em saúde sexual e reprodutiva

Etapa	Sessão	Título	Conteúdos abordados	Objetivos da sessão	Responsáveis
1.^a Fase	Pré-avaliação	Diagnóstico inicial	Aplicação do questionário pré-teste	• Avaliar os conhecimentos prévios e as atitudes dos alunos relativamente à sexualidade, métodos contraceptivos, infeções sexualmente transmissíveis e relações interpessoais. • Explorar o conceito de sexualidade como dimensão do bem-estar.	Professores
2.^a Fase	Sessão 1 (45 min)	<i>Sexualidade é mais do que pensas!</i>	Sexualidade, consentimento e relações saudáveis	• Promover a reflexão sobre o consentimento, o respeito mútuo e as relações saudáveis. • Consolidar os conteúdos através de um jogo interativo de verdadeiro/falso (Microsoft Forms).	Enfermeiros da UCC e Psicóloga da Câmara Municipal de Tondela
2.^a Fase	Sessão 2 (45 min)	<i>Gravidez e DST – Como evitar?</i>	Gravidez na adolescência, infeções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos	• Apresentar os diferentes métodos contraceptivos e esclarecer dúvidas frequentes. • Promover a aprendizagem através da atividade «Vende o teu método!». • Reforçar os conhecimentos sobre a prevenção da gravidez na adolescência e das infeções sexualmente transmissíveis.	Enfermeiros da UCC
2.^a Fase	Sessão 3 (45 min)	<i>Mitos, Likes e Verdades</i>	Mitos e desinformação nas redes sociais sobre sexualidade	• Desmistificar crenças erradas relacionadas com a sexualidade. • Desenvolver o pensamento crítico perante a informação divulgada nas redes sociais.	Enfermeiros da UCC
3.^a Fase	Avaliação	Avaliação da intervenção	Aplicação do questionário pós-teste e avaliação da satisfação	• Avaliar os conhecimentos adquiridos após a intervenção. • Avaliar a satisfação dos participantes relativamente à intervenção educativa.	Enfermeiros da UCC e/ou Professores

4.5. Procedimentos de implementação

A intervenção foi desenvolvida em contexto escolar, após articulação prévia com a direção da escola e com os docentes envolvidos. As sessões decorreram em sala de aula, com duração aproximada de 45 minutos cada (Anexo III).

Para garantir a fidelidade da implementação, todas as sessões seguiram um plano previamente elaborado e recorreram aos mesmos conteúdos, materiais pedagógicos, apresentação multimédia e estratégias educativas. A intervenção foi dinamizada pela mesma enfermeira investigadora em todas as turmas, o que garantiu a uniformidade na transmissão dos conteúdos. Não foram introduzidas alterações aos conteúdos programáticos, tendo apenas sido realizados pequenos ajustes ao ritmo das sessões, em função da participação dos alunos e da gestão do tempo.

Em todas as sessões efetuou-se o registo da assiduidade dos participantes, verificando-se a presença da totalidade dos alunos. O tempo previsto para cada sessão foi integralmente cumprido. A participação nas atividades propostas revelou-se elevada, com a colaboração de todos os alunos nas dinâmicas desenvolvidas. Como exemplo dessa participação, os alunos elaboraram, de forma colaborativa, um cartaz no âmbito de uma das atividades, posteriormente afixado na escola (Anexo IV).

A avaliação da intervenção incluiu a aplicação do pós-teste imediatamente após a última sessão, bem como a recolha do grau de satisfação dos participantes e de eventuais sugestões de melhoria, realizada no final da intervenção.

Durante todas as sessões, o professor responsável pela disciplina permaneceu na sala exclusivamente para assegurar o acompanhamento disciplinar da turma, sem intervir na dinamização das atividades nem na discussão dos conteúdos.

No que respeita aos procedimentos éticos, os questionários foram preenchidos individualmente, de forma anónima e sem qualquer identificação nominal, o que garantiu a confidencialidade dos dados recolhidos. Os alunos foram distribuídos pela sala de modo a preservar a privacidade das respostas. Sempre que necessário, a investigadora prestou esclarecimentos individuais exclusivamente relacionados com a compreensão das questões, sem exercer qualquer influência sobre as respostas.

A dinamização das sessões baseou-se em metodologias ativas e participativas, centradas nos alunos, com o objetivo de promover o seu envolvimento, estimular a expressão de dúvidas e facilitar a aquisição de conhecimentos. A participação dos alunos foi incentivada ao longo de toda a intervenção e a facilitação das atividades ficou a cargo dos profissionais de saúde envolvidos.

4.6 Procedimentos estatísticos

Os dados recolhidos através do Google Forms foram inicialmente organizados no Microsoft Excel e, posteriormente, exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29, para tratamento estatístico.

Numa primeira fase, realizou-se a análise descritiva dos dados, com recurso ao cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como de medidas de tendência central, nomeadamente a média, e de medidas de dispersão, como o desvio-padrão.

Procedeu-se, igualmente, à análise das propriedades psicométricas da Escala de Atitudes Sexuais - Versão Adolescentes (EAS-A), nomeadamente da sua fiabilidade, considerada uma característica essencial para garantir a qualidade dos dados obtidos (Coutinho, 2021). A fiabilidade de um instrumento refere-se à consistência das medições realizadas, permitindo verificar se os resultados obtidos são estáveis e replicáveis quando o instrumento é aplicado em condições semelhantes (Coutinho, 2021). No presente estudo, a consistência interna da EAS-A foi avaliada através do coeficiente *Alpha de Cronbach* (α), considerado um dos indicadores mais adequados para este tipo de instrumentos (Pestana & Gageiro, 2014). Este coeficiente varia entre 0 e 1, sendo que valores mais elevados correspondem a uma maior consistência interna dos itens.

Numa segunda fase, procedeu-se à análise inferencial. Inicialmente, verificaram-se os pressupostos de normalidade das pontuações obtidas na EAS-A através do teste de *Shapiro-Wilk*, da análise dos gráficos Q-Q e da avaliação da assimetria e da presença de valores extremos (*outliers*). Após a confirmação dos pressupostos estatísticos, recorreram-se a testes paramétricos, nomeadamente ao teste t de Student e à análise de variância (ANOVA), de acordo com os objetivos do estudo e as características das variáveis em análise.

4.7 Procedimentos éticos

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, tendo obtido parecer ético favorável (Parecer n.º 31/SUB/2025), garantindo o cumprimento dos princípios éticos aplicáveis à investigação com seres humanos (Anexo V). Paralelamente, o estudo foi registado no Sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar do Ministério da Educação, tendo obtido autorização para a sua realização em contexto escolar (Anexo VI).

Ao longo de todo o processo de investigação foram salvaguardados os princípios éticos fundamentais, nomeadamente, o respeito pela autonomia, beneficência, não

maleficência e justiça. Atendendo ao facto de a maioria dos participantes ser menor de idade, foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido, por escrito, dos respetivos encarregados de educação antes da participação no estudo. Relativamente aos participantes maiores de idade, foi solicitado e obtido o respetivo consentimento informado. Em ambos os casos, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, a natureza voluntária da participação e o direito de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Foi ainda assegurado o assentimento dos adolescentes menores de idade, respeitando a sua vontade de participar no estudo.

A confidencialidade e o anonimato dos dados foram garantidos em todas as fases da investigação, não tendo sido recolhidos elementos que permitissem a identificação dos participantes. Os dados foram utilizados exclusivamente para fins científicos, tratados de forma agregada e em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados e a legislação nacional aplicável. O acesso aos dados ficou restrito à investigadora e à orientadora, tendo sido armazenados em suporte digital protegido por palavra-passe durante o período legalmente previsto, após o qual serão eliminados de forma segura.

Foi ainda definido, previamente ao início da intervenção, um procedimento de atuação para situações de eventual revelação de abuso sexual, violência no namoro, coerção sexual ou qualquer outra circunstância suscetível de colocar em risco a integridade física ou psicológica dos participantes. Nessas situações, seria assegurada uma abordagem individual e confidencial, em conformidade com as orientações da DGS e com os procedimentos instituídos pela UCC e pela escola. Sempre que necessário, seria efetuado o encaminhamento para os profissionais ou entidades competentes, designadamente o Enfermeiro de Saúde Escolar, o Psicólogo, o Médico Assistente, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou outras entidades legalmente competentes, em cumprimento do dever legal de proteção dos menores.

5. Resultados

5.1 Caracterização sociodemográfica dos alunos

Participaram no estudo 34 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, sendo a média de idades de 16,21 anos ($DP=1,10$). Verificou-se uma acentuada predominância de participantes do sexo masculino, correspondente a 32 adolescentes (94,1%), enquanto dois participantes eram do sexo feminino (5,9%). Relativamente à zona de residência, 13 participantes (38,2%) residiam numa aldeia, oito (23,5%) numa vila e 13 (38,2%) numa cidade. Estes resultados evidenciam uma distribuição equilibrada entre as categorias aldeia e cidade (Tabela 4).

Tabela 5. Caracterização sociodemográfica

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	2	5,9
	Masculino	32	94,1
Idade	M=16,21 ($\pm 1,09$) anos		
Residência	Cidade	13	38,2
	Vila	8	23,5
	Aldeia	13	38,2

Legenda: M - Média; $\pm$ - Desvio padrão

Quanto à escolaridade dos progenitores, obtiveram-se 32 respostas válidas. Relativamente ao pai, 16 participantes (50,0% das respostas válidas) indicaram o ensino secundário, seis (18,8%) o ensino superior e dez (31,2%) níveis de escolaridade inferiores ao ensino secundário. No caso da mãe, 17 participantes (53,1%) referiram o ensino secundário, oito (25,0%) o ensino superior e sete (21,9%) níveis inferiores ao ensino secundário (Tabela 5).

Tabela 6. Grau de escolaridade dos pais

Escolaridade dos pais	Categoria	n	%
Pai	4ª classe ou menos	-	-
	5º-6º ano	5	15,6
	7º-9º ano	5	15,6
	10º-12º ano	16	50,0
	Superior ao 12º ano	6	18,8
Mãe	4ª classe ou menos	1	3,1
	5º-6º ano	1	3,1
	7º-9º ano	5	15,6
	10º-12º ano	17	53,1
	Superior ao 12º ano	8	25,0

5.2 Comportamentos e saúde sexual

A maioria dos adolescentes refere estar satisfeita com a sua sexualidade (79,4%), e maioritariamente não tiveram relações sexuais (66,7%).

A idade indicada para a primeira relação sexual variou entre os 11 e os 18 anos, com uma média de 14,58 anos (DP=1,78). A idade do parceiro ou parceira na primeira relação variou entre os 13 e os 23 anos, apresentando uma média de 16,45 anos (DP=2,54).

Entre os 12 participantes que responderam à questão relativa à utilização de contraceção na primeira relação sexual, oito (66,7%) indicaram ter utilizado um método contraceptivo e quatro (33,3%) referiram não o ter utilizado. Relativamente à fonte de aconselhamento, esta é predominantemente proveniente de familiares (62,5%), seguindo-se os amigos (25,0%) e outras fontes (12,5%).

No que diz respeito à utilização atual de métodos contraceptivos, 50,0% referem utilizá-los sempre, 16,7% referem utilizá-los apenas ocasionalmente e 33,3% indicam não utilizar qualquer método. O preservativo foi o único método referido (100%).

Quanto à questão sobre contraceção de emergência, verifica-se que 18,2% dos adolescentes já utilizaram da pílula do dia seguinte recorreram a este método (Tabela 6).

Tabela 7. Comportamentos e saúde sexual

Variável	Categoria	n	%
Satisfação sexual	Nem satisfeito nem insatisfeito	7	20,6
	Satisfeito	27	79,4
Relações sexuais	Não	22	66,7
	Sim	12	33,3
Contraceção (1ª vez)	Não	4	33,3
	Sim	8	66,7
Quem aconselhou	Amigos	2	25,0
	Familiares	5	62,5
	Outro	1	12,5
Uso atual método contraceptivo	Não	4	33,3
	Sim, às vezes	2	16,7
	Sim, sempre	6	50,0
Método utilizado	Preservativo	10	100,0
Pílula do dia seguinte	Não	9	81,8
	Sim	2	18,2

A idade da primeira relação sexual varia entre os 11 e os 18 anos, com uma média de $14,58 \pm 1,78$ anos. Relativamente à idade do/a parceiro/a, os valores situam-se entre os 13 e os 23 anos, correspondendo-lhe uma média de $16,45 \pm 2,54$ anos. (Tabela 7) Estes resultados evidenciam uma dispersão moderada na idade de iniciação sexual e uma maior variabilidade na idade do/a parceiro/a.

Tabela 8. Idade da primeira relação sexual e idade do/a parceiro/a

Variável	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão ($\pm$)
Idade da primeira relação sexual	12	11	18	14,58	1,78
Idade do/a parceiro/a	11	13	23	16,45	2,54

5.3 Consistência interna da escala EAS-A

A consistência interna da EAS-A foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach. Considerando os 14 itens da escala, obteve-se um valor de $\alpha=0,782$, indicativo de consistência interna aceitável na amostra estudada.

Contudo, os itens 2 e 6 revelaram correlações item-total corrigidas muito reduzidas, sugerindo fraca associação com o resultado global. Apesar do ligeiro aumento do alfa estimado após a sua eliminação, os itens foram mantidos por integrarem a estrutura original da escala. Estes resultados devem ser interpretados com prudência devido à reduzida dimensão amostral. (Tabela 8).

O resultado total da escala, calculado a partir dos 14 itens, apresentou uma global de 3,24 (DP=0,60).

Tabela 9. Consistência interna da EAS-A

Itens	Média	Dp (±)	r/item total	r ²	α sem item
1. Não preciso de estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela	3,21	1,29	,535	,286	,756
2. As relações sexuais ocasionais são aceitáveis	2,50	0,89	,014	,000	,795
3. Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros(as)	3,65	1,32	,513	,263	,758
4. É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo	3,59	1,15	,318	,101	,776
5. O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro	2,91	1,21	,426	,181	,767
6. O sexo é, principalmente, uma atividade física	3,15	1,01	,048	,002	,796
7. É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa	2,88	1,09	,398	,158	,769
8. O sexo é mais divertido com alguém que não amamos	3,65	1,25	,466	,217	,763
9. A masturbação é algo agradável e inofensivo	3,15	1,25	,320	,102	,777
10. O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável	2,88	1,09	,543	,295	,757
11. O sexo é, parcialmente, uma função corporal, tal como o comer	2,94	1,15	,674	,454	,744
12. O sexo sem amor não faz sentido	3,26	1,23	,485	,235	,761
13. As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais	3,74	1,21	,440	,194	,765
14. Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas	3,79	1,00	,303	,092	,777
					α global: 0,782

5.4 Análise descritiva das atitudes sexuais

A análise dos valores médios da EAS-A, apresentados na Tabela 9, evidencia que os itens com médias mais elevadas correspondem, principalmente, às atitudes que valorizam a componente relacional e emocional da sexualidade. Destacam-se, em particular, o item 14 (“Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas”), com a média mais elevada ($M=3,79\pm1,00$) e o item 13 (“As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais”), com uma média de $3,74\pm1,21$. Por outro lado, observam-se também valores elevados nos itens 3 “Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros(as)” e 8 (“O sexo é mais divertido com alguém que não amamos”, ambos com média de 3,65, bem como no item 4 (“É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo”) ($M=3,59\pm1,15$).

Tabela 10. Estatística descritiva da EAS-A

Itens		Média	±
1	Não preciso de estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais com ela	3,21	1,29
2	As relações sexuais ocasionais são aceitáveis	2,50	0,89
3	Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros(as)	3,65	1,32
4	É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período de tempo	3,59	1,15
5	O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro	2,91	1,21
6	O sexo é, principalmente, uma atividade física	3,15	1,01
7	É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito dessa pessoa	2,88	1,09
8	O sexo é mais divertido com alguém que não amamos	3,65	1,25
9	A masturbação é algo agradável e inofensivo	3,15	1,25
10	O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável	2,88	1,09
11	O sexo é, parcialmente, uma função corporal, tal como o comer	2,94	1,15
12	O sexo sem amor não faz sentido	3,26	1,23
13	As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais	3,74	1,21
14	Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas	3,79	1,00

No momento pré-intervenção, o resultado global da EAS-A variou entre 1,50 e 4,40, com uma média de 3,24 (DP=0,60), mediana de 3,36 e intervalo interquartil de 0,60. O intervalo de confiança de 95% para a média situou-se entre 3,03 e 3,44.

Relativamente às subescalas, a dimensão Permissividade apresentou uma média de 3,04 (DP=0,68), a dimensão Instrumentalidade uma média de 3,25 (DP=0,75) e a dimensão Afetividade uma média de 3,60 (DP=0,89). A dimensão Afetividade apresentou, assim, o valor médio mais elevado no primeiro momento de avaliação (Tabela 10).

Tabela 11 Resultados descritivos da EAS-A no pré-intervenção

Dimensão	n	Mínimo	Máximo	Média	DP
Permissividade	34	1,50	5,00	3,04	0,68
Instrumentalidade	34	1,40	4,60	3,25	0,75
Afetividade	34	1,00	5,00	3,60	0,89
EAS-A global	34	1,50	4,40	3,24	0,60

A distribuição dos participantes quanto a já terem iniciado a vida sexual variou de acordo com a zona de residência. Entre os residentes em cidade, 46,2% reportaram já ter tido relações sexuais, enquanto nos residentes em vila essa percentagem foi de 37,5% e nas aldeias de 16,7% (Tabela 11).

Tabela 12. Relação entre a zona de residência e a existência de relações sexuais

Zona de residência	Ter tido relações sexuais		
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)
Cidade	7 (53,8%)	6 (46,2%)	13 (100,0%)
Vila	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (100,0%)
Aldeia	10 (83,3%)	2 (16,7%)	12 (100,0%)
Total	22 (66,7%)	11 (33,3%)	33 (100,0%)

5.5 Análise inferencial

A distribuição do resultado global da EAS-A no momento pré-intervenção foi analisada através do teste de Shapiro-Wilk. O resultado não foi estatisticamente significativo, $W=0,943$, $p=0,078$, pelo que não se rejeitou a hipótese de normalidade. A inspeção do histograma e do gráfico Q-Q revelou, contudo, alguns desvios nos extremos da distribuição, pelo que os resultados paramétricos foram interpretados com prudência (Tabela 12).

Tabela 13 Teste da normalidade

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p
EAS-A Total	.943	34	.078

5.6 Comparação entre o pré e o pós-intervenção

No resultado global da EAS-A, verificou-se um aumento da média entre o momento pré-intervenção ($M=3,24$; $DP=0,60$) e o momento pós-intervenção ($M=3,43$; $DP=0,62$), correspondente a uma diferença de 0,20 pontos.

A comparação efetuada através do teste t para amostras independentes não revelou uma diferença estatisticamente significativa, $t(66)=-1,33$, $p=0,190$, IC95% da diferença entre -0,49 e 0,10.

Na dimensão Permissividade, a média aumentou de 3,04 ($DP=0,68$) para 3,14 ($DP=0,84$), correspondendo a uma diferença de 0,09 pontos. Esta diferença não foi estatisticamente significativa, $t(66)=-0,50$, $p=0,616$, IC95% [-0,46; 0,28].

Na dimensão Instrumentalidade, a média aumentou de 3,25 (DP=0,75) para 3,50 (DP=0,86), com uma diferença de 0,26 pontos. A diferença não alcançou significância estatística, $t(66)=-1,31$, $p=0,196$, IC95% [-0,65; 0,14].

Na dimensão Afetividade, a média aumentou de 3,60 (DP=0,89) para 3,90 (DP=1,03), representando uma diferença de 0,30 pontos. Esta diferença também não foi estatisticamente significativa, $t(66)=-1,30$, $p=0,198$, IC95% [-0,77; 0,16] (Tabela 13).

Tabela 14. Comparação dos resultados da EAS-A antes e depois da intervenção

Resultado	Pré (M±DP)	Pós (M±DP)	IC95%	t(gf)	p
EAS-A global	3,24±0,60	3,43±0,62	[-0,49; 0,10]	-1,33 (66)	0,190
Permissividade	3,04±0,68	3,14±0,84	[-0,46; 0,28]	-0,50 (66)	0,616
Instrumentalidade	3,25±0,75	3,50±0,86	[-0,65; 0,14]	-1,31 (66)	0,196
Afetividade	3,60±0,89	3,90±1,03	[-0,77; 0,16]	-1,30 (66)	0,198

5.7 Atitudes sexuais segundo a experiência sexual

Para analisar diferenças nas atitudes sexuais em função da experiência sexual (ter ou não tido relações sexuais), recorreu-se ao teste t de Student para amostras independentes.

Os resultados evidenciam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-0,012$; $p=0,990$), verificando-se valores médios praticamente idênticos ($M=3,20$) em ambos os casos (Tabela 14).

Tabela 15. Teste t de Student - Atitudes sexuais vs. já ter tido relações sexuais

Ter tido relações sexuais	Não		Sim		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
EAS-A global	3,20	0,42	3,20	0,81	-0,012	0,990

5.8 Zona de residência e atitudes sexuais

Foi realizada a análise de variância (ANOVA) para avaliar a existência de diferenças nos níveis de atitudes sexuais em função da zona de residência (cidade, vila e aldeia). Os resultados indicaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $F(2,31)=2,44$, $p=0,104$. Embora a dimensão do efeito ($\eta^2=0,136$) sugira uma magnitude moderada, a associação entre a zona de residência e os níveis de atitudes sexuais não atingiu significância estatística. As comparações *post hoc* de Tukey mostraram que nenhuma das diferenças entre pares de grupos foi estatisticamente significativa: cidade vs. vila ($p=0,116$), cidade vs. aldeia ($p=0,253$) e vila vs. aldeia ($p=0,798$). Observa-se,

contudo, tendo em conta os resultados da Tabela 12, que os adolescentes residentes em vila apresentaram, em média, valores superiores face aos residentes em cidade (diferença média=0,528), mas sem relevância estatisticamente significativa (Tabela 15).

Tabela 16. Comparações múltiplas (Tukey HSD) - Atitudes sexuais vs. zona de residência

Comparação	Diferença média	Erro-padrão	p
Cidade vs. Vila	-0,528	0,257	0,116
Cidade vs. Aldeia	-0,363	0,224	0,253
Vila vs. Aldeia	0,165	0,257	0,798

5.9 Zona de residência e experiência sexual

Não se identificou associação estatisticamente significativa entre a zona de residência e a experiência sexual, teste exato de Fisher-Freeman-Halton, $p=0,298$. Este resultado deve ser interpretado com prudência devido à reduzida dimensão da amostra e às baixas frequências observadas em algumas células.

6. Discussão

A adolescência, definida pela OMS (2025) como o período entre os 10 e os 19 anos, corresponde a uma fase marcada por profundas transformações físicas, cognitivas e psicossociais, que influenciam diretamente os comportamentos e as decisões dos adolescentes. A amostra deste estudo, com uma média de idades de 16,21 anos, insere-se precisamente nesta fase de desenvolvimento intermédio da adolescência, caracterizada por maior autonomia, exploração identitária e início de comportamentos relacionados com a sexualidade.

O presente estudo teve como finalidade caracterizar atitudes e comportamentos relacionados com a saúde sexual dos adolescentes e analisar as alterações observadas após uma intervenção educativa desenvolvida em contexto escolar. A interpretação dos resultados deve, contudo, considerar a reduzida dimensão da amostra, a sua composição marcadamente masculina e as limitações metodológicas associadas à comparação entre os momentos pré e pós-intervenção.

A amostra foi constituída por 34 adolescentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos e média de 16,21 anos. A predominância do sexo masculino (94,1%), constitui uma limitação relevante dado que reduz a heterogeneidade da amostra e impede uma análise consistente das diferenças segundo o sexo, sobretudo tendo em conta que a literatura aponta para diferenças de género ao nível dos conhecimentos e comportamentos em saúde sexual, com as raparigas a apresentarem, em geral, níveis superiores de conhecimento e maior adoção de comportamentos preventivos (Moreira et al., 2023). Consequentemente, os resultados representam sobretudo a experiência de adolescentes do sexo masculino e não devem ser generalizados a outros grupos sem a devida prudência.

Ainda assim, a diversidade de contextos de residência (cidade, vila e aldeia) pode refletir diferentes influências socioculturais, reconhecendo-se que o ambiente desempenha um papel modulador no desenvolvimento e bem-estar dos adolescentes (OMS, 2014).

A adolescência é frequentemente descrita como uma fase de elevada vulnerabilidade, mas também de oportunidade para a adoção de comportamentos saudáveis (Mastorci et al., 2024). Neste estudo, apesar da maioria dos adolescentes referir satisfação com a sua sexualidade (79,4%), verifica-se que uma parte significativa ainda não iniciou a atividade sexual (66,7%). A ausência de experiência sexual não deve ser classificada como um resultado intrinsecamente positivo nem como indicador de desenvolvimento saudável. A saúde sexual não depende apenas do início ou adiamento da atividade sexual, mas da capacidade de tomar decisões livres, informadas, consentidas e seguras, de acordo com o desenvolvimento, os valores e as circunstâncias de cada adolescente.

Entre os adolescentes que forneceram informação sobre a idade da primeira relação sexual, a média foi de 14,58 anos, com valores entre os 11 e os 18 anos. Este resultado evidencia uma considerável variabilidade na idade de iniciação sexual e identifica a presença de participantes que iniciaram atividade sexual em idades precoces, o que está em linha com a literatura que alerta para o início cada vez mais precoce destes comportamentos (Moreira et al., 2023). A sua interpretação deve ser prudente, sobretudo devido ao reduzido número de respostas válidas e à natureza autorreferida da informação. Ainda assim, estes dados reforçam a pertinência de iniciar a educação sexual antes do momento provável de iniciação sexual, de modo a assegurar que os adolescentes dispõem previamente de conhecimentos sobre contraceção, infeções sexualmente transmissíveis, consentimento, relações interpessoais e acesso aos serviços de saúde. A evidência científica demonstra que o início precoce da atividade sexual, sobretudo quando não acompanhado de conhecimentos e competências adequadas, está associado a um maior risco de gravidez não planeada e infeções sexualmente transmissíveis (OMS, 2025; Gui et al., 2025).

Neste sentido, os resultados deste estudo mostram indicadores positivos, nomeadamente a utilização de métodos contraceptivos na primeira relação sexual (66,7%) e o uso exclusivo do preservativo como método atual (100%). Estes dados vão ao encontro das recomendações da Sociedade Portuguesa da Contraceção, que identifica o preservativo como um dos métodos mais utilizados pelos adolescentes. No entanto, a inconsistência no uso atual de contraceção (apenas 50% refere utilização sistemática) e o recurso à pílula do dia seguinte (18,2%) sugerem comportamentos de risco episódicos, corroborando a literatura que refere que os adolescentes tendem a subestimar os riscos associados à sua saúde (Guo et al., 2025; Mastorci et al., 2024). Estes comportamentos podem estar

relacionados com a própria imaturidade neurobiológica característica da adolescência, nomeadamente o desenvolvimento incompleto das funções executivas e do controlo de impulsos, associado à maturação tardia do córtex pré-frontal que contribui para a maior propensão para comportamentos de risco e tomada de decisões impulsivas nesta fase da vida. (Kennedy et al., 2018). Estes resultados reforçam a necessidade de intervenções que ultrapassem a transmissão de informação e incluam competências práticas relacionadas com negociação do preservativo, planeamento contraceutivo, consentimento, acesso confidencial aos serviços e tomada de decisão.

Outro aspeto relevante prende-se com as fontes de informação sobre sexualidade. Neste estudo, a família surge como principal fonte de aconselhamento (62,5%), o que reforça a importância do contexto familiar na educação sexual. A literatura demonstra que a comunicação sexual aberta entre pais e adolescentes está associada a comportamentos sexuais mais seguros, incluindo maior probabilidade de utilização de contraceção e preservativo (Widman et al., 2016). No entanto, a literatura indica que muitos adolescentes recorrem também a fontes menos fiáveis, como a internet ou os pares, devido à falta de programas estruturados e acessíveis (Manby et al., 2022; Zamponi et al., 2024). Esta realidade evidencia a necessidade de reforçar a educação sexual formal e baseada em evidência.

As atitudes face à sexualidade revelam uma dualidade interessante: por um lado, os adolescentes valorizam o envolvimento emocional e relacional (itens com médias mais elevadas), por outro, demonstram atitudes permissivas relativamente à multiplicidade de parceiros e à dissociação entre sexo e afeto. Esta ambivalência é consistente com a literatura, que descreve a adolescência como um período de construção e negociação de valores e crenças (DuPaul et al., 2024). Importa ainda salientar que, no presente estudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas atitudes sexuais entre adolescentes com e sem experiência sexual ($p=0,990$). Este resultado sugere que as atitudes podem não depender diretamente da experiência, mas antes de fatores como educação, contexto social e acesso à informação, tal como referido em estudos anteriores (Moreira et al., 2023).

Após a intervenção educativa, verificou-se um aumento da média global das atitudes sexuais dos adolescentes (EAS-A), de 3,24 para 3,43, bem como um aumento das médias nas três subescalas: Permissividade (3,04 para 3,14), Instrumentalidade (3,25 para 3,50) e Afetividade (3,60 para 3,90). Apesar desta evolução descritiva favorável, nenhuma das diferenças observadas atingiu significância estatística. Estes resultados corroboram a evidência disponível, que demonstra que as intervenções de educação para a sexualidade tendem a produzir melhorias nas atitudes dos adolescentes, embora os efeitos observados

sejam, por norma, moderados e heterogêneos, bem como variam em função da duração, da intensidade, da metodologia e do contexto de implementação das intervenções (Couto et al., 2023; Barriuso-Ortega et al., 2024; Rodríguez-García et al., 2025).

No presente estudo, as diferenças observadas foram de pequena magnitude, sem diferenças estatisticamente significativas para excluir a possibilidade de serem atribuídas à variabilidade amostral. Estes resultados encontram-se em consonância com a meta-análise de Barriuso-Ortega et al. (2024), que refere que, apesar de as intervenções em educação sexual promoverem melhorias nos conhecimentos e nas atitudes, nem todos os estudos demonstram diferenças estatisticamente significativas, sobretudo quando incluem amostras reduzidas ou intervenções de curta duração.

A ausência de significância estatística não deve, contudo, ser interpretada como prova da inexistência de efeito da intervenção, mas também não permite concluir a sua eficácia. Conforme a evidência consultada, a interpretação dos resultados não deve assentar única e exclusivamente no valor de p , ou seja, deve incluir a magnitude do efeito, a precisão das estimativas, o desenho do estudo e o contexto científico em que os resultados são produzidos (Wasserstein et al., 2019). Neste estudo, a reduzida dimensão da amostra limitou o poder estatístico, com aumento da probabilidade de erro do tipo II, isto é, de não detetar diferenças que possam efetivamente existir. Acresce que o anonimato dos participantes impossibilitou o emparelhamento individual entre os momentos de avaliação, impediu a análise da evolução intraindividual das atitudes sexuais e reduziu a sensibilidade estatística para identificar alterações decorrentes da intervenção.

Relativamente à associação entre as atitudes sexuais e a experiência sexual, não foram identificadas diferenças entre os participantes com e sem experiência sexual, quer no resultado global da EAS-A, quer nas subescalas de Permissividade, Instrumentalidade e Afetividade. Estes resultados sugerem que, nesta amostra, o início da atividade sexual não constituiu um fator diferenciador das atitudes sexuais. Este resultado corrobora a literatura, que evidencia que as atitudes face à sexualidade são influenciadas por múltiplos determinantes, designadamente, por fatores familiares, socioculturais, escolares, religiosos e relacionais, não sendo explicadas exclusivamente pela experiência sexual dos adolescentes (Loureiro et al., 2021; Rodríguez-García et al., 2025). Deste modo, a ausência de diferenças entre os grupos poderá refletir a natureza multifatorial das atitudes sexuais e a influência de variáveis que não foram objeto de avaliação no presente estudo.

Na globalidade, os resultados evidenciam uma tendência favorável após a intervenção educativa, refletida no aumento das pontuações médias da EAS-A e das respetivas subescalas. Contudo, a ausência de significância estatística, associada às

limitações metodológicas do estudo, impõe prudência na interpretação destes achados. Do mesmo modo, não foram identificadas diferenças entre os participantes com e sem experiência sexual, pelo que, nesta amostra, a experiência sexual não constituiu um fator diferenciador das atitudes sexuais avaliadas. Todavia, estes resultados não permitem concluir que a experiência sexual não influencia as atitudes sexuais, nem que estas dependam predominantemente da educação, do contexto familiar ou do acesso à informação. A reduzida dimensão da amostra, em particular do grupo de participantes sexualmente ativos, bem como a variabilidade observada entre os grupos, limitaram a capacidade para identificar diferenças eventualmente existentes.

A ausência de significância estatística poderá refletir diferentes fatores, que importa interpretar à luz da evidência científica. De acordo com a Teoria do Comportamento Planeado, as atitudes constituem um dos determinantes da intenção comportamental, mas a sua influência é mediada por outros fatores, como as normas subjetivas e a perceção de controlo sobre o comportamento (Ajzen, 1991). Neste sentido, atitudes mais favoráveis não se traduzem, necessariamente, na adoção de determinados comportamentos, do mesmo modo que adolescentes com experiências sexuais distintas podem apresentar atitudes semelhantes. Acresce que as atitudes refletem processos cognitivos e socioculturais complexos, influenciados por fatores familiares, escolares, culturais e relacionais, cuja interação ultrapassa a experiência sexual isoladamente. Por outro lado, a utilização da pontuação global da EAS-A poderá ter reduzido a sensibilidade para identificar diferenças subtis entre grupos de pequena dimensão. Estas interpretações constituem hipóteses fundamentadas na literatura, não podendo ser confirmadas pelos resultados do presente estudo.

Não obstante estas limitações, os resultados assumem relevância no contexto da saúde pública, uma vez que a evidência demonstra que as atitudes e os comportamentos relacionados com a sexualidade, adquiridos durante a adolescência, influenciam a saúde sexual e reprodutiva ao longo do ciclo de vida (Waite-Jones & Rodriguez, 2022). Em Portugal, apesar da redução progressiva da taxa de gravidez na adolescência nas últimas décadas, este fenómeno continua a constituir um desafio em contextos de maior vulnerabilidade social, o que reforça a importância de estratégias de promoção da saúde sexual dirigidas aos adolescentes. Neste contexto, os resultados obtidos sustentam a necessidade de implementar intervenções de educação para a sexualidade precoces, continuadas e baseadas na evidência, bem como de desenvolver estudos com amostras de maior dimensão, maior duração e metodologias que permitam o emparelhamento das avaliações individuais, de forma a aumentar o poder estatístico e a robustez da evidência produzida sobre o impacto destas intervenções nas atitudes dos adolescentes.

Neste contexto, a educação sexual em meio escolar assume um papel fundamental. A evidência demonstra que programas estruturados e dinamizados por equipes multidisciplinares revelam eficácia na melhoria do conhecimento, atitudes e comportamentos dos adolescentes (Zamponi et al., 2024; UNESCO, 2018). No entanto, a sua implementação continua a enfrentar desafios, como a falta de formação dos professores, limitações curriculares e persistência de tabus culturais (Hirvonen et al., 2021).

As UCC e os Enfermeiros Especialistas desempenham um papel central na promoção da literacia em saúde sexual. A evidência demonstra que intervenções baseadas em educação para a saúde aumentam significativamente o conhecimento dos adolescentes e promovem comportamentos mais seguros (Ermitão et al., 2022). Os resultados deste estudo reforçam a importância de intervenções educativas em saúde sexual, especialmente em contexto escolar, que sejam contínuas, baseadas em evidência e adaptadas às necessidades dos adolescentes. Estas intervenções devem promover não só o conhecimento, mas também competências pessoais e sociais, contribuindo para uma vivência da sexualidade mais informada, responsável e saudável.

Apesar de não ter sido demonstrada uma alteração estatisticamente significativa após a intervenção, os resultados identificam necessidades relevantes para a prática de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. A existência de iniciação sexual em idades precoces, a ausência de contraceção na primeira relação, a utilização ocasional ou inexistente de métodos e o recurso à contraceção de emergência justificam a continuidade das intervenções de educação sexual em contexto escolar.

Estas intervenções devem ser iniciadas antes da atividade sexual, adaptadas à idade e ao desenvolvimento dos adolescentes e orientadas não apenas para a transmissão de informação, mas também para o desenvolvimento de competências.

Os resultados obtidos demonstram que a zona de residência não apresentou uma influência estatisticamente significativa nas atitudes sexuais dos adolescentes, uma vez que não foram encontradas diferenças entre os grupos de residentes em cidade, vila e aldeia. Embora os adolescentes residentes em vila tenham apresentado valores médios ligeiramente superiores, as análises *post hoc* revelaram que estas diferenças não possuem relevância estatística, o que não permite afirmar que o contexto residencial determine atitudes sexuais distintas nesta amostra. Estes resultados vão ao encontro da evidência científica recente, que aponta para a natureza multifatorial das atitudes sexuais na adolescência. De acordo com a revisão sistemática realizada por Koumba Maguena et al. (2025), os comportamentos e atitudes sexuais dos adolescentes são influenciados por diversos fatores individuais, familiares, sociais e culturais, destacando-se a comunicação

familiar, a influência dos pares, os valores socioculturais e o acesso à informação, mais do que a localização geográfica em si.

Por outro lado, a crescente digitalização da sociedade e a expansão do acesso às tecnologias de informação têm contribuído para uma maior uniformização das experiências e dos conhecimentos relacionados com a sexualidade entre adolescentes de diferentes contextos geográficos. Neste sentido, Michielsen et al. (2024) verificaram que os jovens europeus têm acesso a fontes de educação sexual cada vez mais diversificadas, nomeadamente através de recursos digitais, o que tende a reduzir as diferenças tradicionalmente associadas ao local de residência.

Adicionalmente, Kabelka et al. (2025) referem que as perceções e atitudes dos adolescentes relativamente à sexualidade são fortemente influenciadas pela qualidade da educação sexual recebida e pelo ambiente educativo, fatores que se revelam mais determinantes do que as características geográficas da área de residência. Esta evidência poderá ajudar a explicar a ausência de diferenças significativas observada no presente estudo.

Contudo, importa salientar que a dimensão do efeito observada ($\eta^2 = 0,136$), no presente estudo, sugere uma magnitude moderada da associação entre as variáveis. Embora não tenha sido alcançada significância estatística, este resultado pode indicar a existência de tendências que não foram plenamente identificadas devido à reduzida dimensão da amostra. Assim, a inexistência de diferenças significativas deve ser interpretada com prudência. De igual modo, a literatura evidencia que a influência da zona de residência nas atitudes sexuais nem sempre é inexistente. Um estudo desenvolvido por Cosco et al. (2025) identificou diferenças em algumas atitudes relacionadas com a sexualidade entre jovens provenientes de diferentes contextos residenciais, embora os resultados variassem em função de outras características sociodemográficas, como o sexo e os contextos socioculturais. Estes achados sugerem que o efeito do local de residência pode manifestar-se de forma indireta ou em interação com outras variáveis. Por conseguinte, os resultados do presente estudo sugerem que as atitudes sexuais dos adolescentes são determinadas predominantemente por fatores educativos, relacionais e socioculturais, mais do que pela distinção entre cidade, vila ou aldeia. Tal reforça a importância de promover estratégias de educação sexual abrangentes e acessíveis a todos os jovens, independentemente do contexto geográfico em que se inserem.

Os enfermeiros especialistas podem desempenhar um papel relevante na avaliação das necessidades, planeamento, implementação e monitorização destes programas, em articulação com a escola, famílias e outros profissionais. No entanto, a relevância

profissional da intervenção não deve ser confundida com demonstração da sua eficácia. Para sustentar ganhos em saúde, é necessário definir indicadores mensuráveis, utilizar instrumentos alinhados com os objetivos e assegurar avaliações metodologicamente adequadas.

A interpretação dos resultados deve considerar várias limitações. A amostra foi pequena, não probabilística e proveniente de uma única escola, limitando a generalização. A forte predominância masculina impediu uma análise equilibrada segundo o sexo. O número reduzido de adolescentes sexualmente ativos condicionou as análises dos comportamentos e aumentou a instabilidade das estimativas.

Os dados foram autorreferidos e abordaram uma temática sensível, podendo estar sujeitos a desejabilidade social, omissões, erros de recordação ou respostas inconsistentes. A aplicação em meio escolar e a eventual presença de colegas ou profissionais pode também ter influenciado a privacidade percebida.

Conclusão

O estudo permitiu caracterizar algumas atitudes e práticas relacionadas com a saúde sexual num grupo específico de adolescentes. A EAS-A apresentou consistência interna aceitável, embora alguns itens tenham revelado fraca relação com o resultado global. Observaram-se aumentos descritivos no resultado global e nas subescalas após a intervenção, mas essas diferenças não foram estatisticamente significativas no procedimento utilizado e apresentaram dimensões do efeito pequenas.

Não foram identificadas diferenças significativas nas atitudes segundo a experiência sexual ou a zona de residência, nem associação estatisticamente significativa entre residência e experiência sexual. Estes resultados devem ser interpretados como ausência de evidência suficiente nesta amostra, e não como demonstração de inexistência de relação.

O estudo reforça a pertinência da educação sexual em contexto escolar e identifica áreas que justificam continuidade de intervenção. Contudo, os dados disponíveis não sustentam afirmações conclusivas sobre eficácia, melhoria dos conhecimentos, alteração dos comportamentos ou ganhos de literacia.

O presente relatório de estágio permitiu evidenciar o percurso de desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, refletindo uma integração progressiva entre o conhecimento teórico, a prática clínica e a investigação. A realização do estágio em contexto de Unidade de Saúde Pública e Unidade de Cuidados na Comunidade possibilitou uma compreensão abrangente das dinâmicas de intervenção na comunidade, bem como a identificação de necessidades de saúde prioritárias.

O desenvolvimento do projeto de intervenção, com foco na promoção da saúde e na literacia em saúde, revelou-se pertinente face às necessidades identificadas, permitindo a implementação de estratégias ajustadas à população-alvo. Em particular, o enfoque na

sexualidade nos adolescentes constituiu uma área de intervenção relevante, tendo contribuído para a melhoria dos conhecimentos, atitudes e práticas, e para a capacitação dos participantes na adoção de comportamentos mais saudáveis.

A realização do estudo de investigação permitiu aprofundar a compreensão da problemática em análise, sustentando as intervenções desenvolvidas em evidência científica e promovendo uma prática de enfermagem mais fundamentada. Esta articulação entre prática e investigação revelou-se essencial para a tomada de decisão clínica e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo do percurso, foram desenvolvidas competências do Enfermeiro Especialista, nomeadamente ao nível da avaliação de necessidades em saúde, planeamento, implementação e avaliação de intervenções comunitárias, bem como na promoção da literacia em saúde, trabalho em equipa e articulação intersectorial. A experiência proporcionou, igualmente, um espaço de reflexão crítica sobre a prática, contribuindo para a construção da identidade profissional enquanto enfermeiro especialista.

Apesar das limitações inerentes ao contexto de estágio, nomeadamente relacionadas com o tempo disponível e a dimensão da amostra, considera-se que os objetivos propostos foram globalmente alcançados. O trabalho desenvolvido evidencia o contributo da enfermagem comunitária na promoção da saúde e prevenção da doença, reforçando o papel do enfermeiro especialista como agente de mudança na comunidade.

Em síntese, este percurso formativo constituiu uma oportunidade significativa de crescimento pessoal e profissional, consolidando competências especializadas e reforçando o compromisso com uma prática de enfermagem baseada na evidência, centrada na pessoa e orientada para a melhoria contínua dos cuidados.

Referências bibliográficas

- Abreu, C., Sá, L., & Santos, P. (2024). Adolescents' knowledge and misconceptions about sexually transmitted infections: A cross-sectional study in middle school students in Portugal. *Healthcare*, 12(22), 2283. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222283>
- Ajzen, I. (2020). *The theory of planned behavior: Frequently asked questions*. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 314–324. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>
- Álvarez, L. (2012). Los estilos de vida: Del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30, 95–101. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.7817>
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Meléndez, R. M. O. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8, 16–23. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.4.248>
- Barriuso-Ortega, S., Fernández-Hawrylak, M., & Heras-Sevilla, D. (2024). *Sex education in adolescence: A systematic review of programmes and meta-analysis*. *Children and Youth Services Review*, 166, 107926. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2024.107926>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Böttiger, B. W., Semeraro, F., Altemeyer, K.-H., Breckwoldt, J., Kreimeier, U., Rücker, G., Andres, J., Lockey, A., Lippert, F., Georgiou, M., et al. (2017). KIDS SAVE LIVES: School children education in resuscitation for Europe and the world. *European Journal of Anaesthesiology*, 34(12), 792–796. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000713>

- Couto, M., Oliveira, C., Fernandes, S., & Mark, K. (2023). *Sexual education interventions in adolescents: A systematic review*. *Nursing Practice Today*, 10(2), 157–169.
<https://doi.org/10.18502/npt.v10i2.12830>
- Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro. (2013). *Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, 1.ª série(193), 6050–6061.
<https://files.dre.pt/1s/2013/10/19300/0605006061.pdf>
- Despacho n.º 11418/2017, de 29 de dezembro. (2017). *Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável*. Diário da República, 2.ª série(249), 29595–29598. <https://files.dre.pt/2s/2017/12/249000000/2959529598.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015–2020*. Diário da República, 2.ª série(102), 13550–13553.
<https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 6401/2016, de 6 de maio. (2016). Diário da República, 2.ª série(94), 15239.
<https://files.dre.pt/2s/2016/05/094000000/1523915239.pdf>
- Despacho n.º 8297-C/2019, de 18 de setembro. (2019). *Regulamento de enquadramento do apoio às crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1 na escola*. Diário da República, 2.ª série(179, suplemento), 412(5)–412(7).
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/8297-c-2019-124793123>
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026*. Diário da República, 2.ª série(187).
<https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Dias, B. P., & Nunes, J. (2024). *Era da (des)informação: conhecimentos e crenças sobre saúde sexual e reprodutiva em adolescentes portugueses*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13929>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 (Norma n.º 015/2015)*. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose em Portugal: Dados definitivos 2020*. Ministério da Saúde.
https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/relat%C3%A3%C2%B3rio-tuberculose_dgs2021.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional de saúde 2030: Saúde sustentável – de tod@s para tod@s*. <https://content.pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/11/1-Plano-Nacional-de-Saude-2030-%E2%80%93Versao-Integral.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma n.º 006/2016, de 29 de junho (atualizada a 24 de março de 2023): Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG*. <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030231.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma n.º 006/2016, de 29 de junho (atualizada a 24 de março de 2023): Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG*. <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030231.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa Nacional para a Tuberculose – Relatório e dados epidemiológicos*. <https://www.dgs.pt/tuberculose/relatorios-e-publicacoes.aspx>
- DuPaul, G. J., Evans, S. W., Cleminshaw-Mahan, C. L., & Fu, Q. (2024). School-based intervention for adolescents with ADHD: Predictors of effects on academic, behavioral, and social functioning. *Behavior Therapy*, 55(4), 680–697. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.01.010>
- Ermitão, V., Gonçalves, M. do C., & Costa, A. (2022). Adolescents health promotion in the context of sex education: Community intervention project. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 91–102. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.188>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Campylobacteriosis – Annual epidemiological report*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/campylobacteriosis>
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, & London School of Economics and Political Science. (2018). *Informal care in Europe: Exploring formalisation, availability and quality*. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/78836>
- Fawcett, J., & Gigliotti, E. (2001). Using conceptual models of nursing to guide nursing research: The case of the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 339–345. <https://doi.org/10.1177/089431840101400411>
- Flacking, R., & Dykes, F. (2017). Perceptions and experiences of using a nipple shield among parents and staff - an ethnographic study in neonatal units. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1183-6>
- Gadam, S., Pattinson, C. L., Rossa, K. R., Soleimanloo, S. S., Moore, J., Begum, T., Srinivasan, A. G., & Smith, S. S. (2023). Interventions to increase sleep duration in young people: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 70, 101807. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2023.101807>
- Gouveia, P. A. G. (2008). *Um olhar sobre o comportamento sexual e a virgindade na adolescência em Portugal: Estudo comparativo* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada].
- Guo, R., Pan, W., Zhao, W., Zhao, M., & Wang, J. (2025). Effectiveness of an online sexual and reproductive health educational program on knowledge, attitudes, and

- behaviours among senior primary school students: A cluster randomized controlled trial. *Reproductive Health*, 22(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02071-5>
- Haruna, H., Hu, X., Chu, S. K. W., Mellecker, R. R., Gabriel, G., & Ndekao, P. S. (2018). Improving sexual health education programs for adolescent students through game-based learning and gamification. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 2027. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092027>
- Hirvonen, M., Purcell, C., Elliott, L., Bailey, J. V., Simpson, S. A., McDaid, L., Moore, L., & Mitchell, K. R. (2021). Peer-to-peer sharing of social media messages on sexual health in a school-based intervention: Opportunities and challenges identified in the STASH feasibility trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2), e20898.
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). Nascidos-vivos de mães adolescentes por residência. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=pgi&selTab=tab10&xlang=pt
- International Council of Nurses. (2021). *Guidelines on continuing professional development*. ICN.
- Kågesten, A., & van Reeuwijk, M. (2021). Healthy sexuality development in adolescence: Proposing a competency-based framework to inform programmes and research. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 1996116. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1996116>
- Kelly, J., Low, M., Glinski, C. D., Laurenzi, C., Gittings, L., Myende, P., Joska, R., Gqaleni-Ntozonke, B., Taleni, B., Marikeni, Z., Sidloyi, L., Saliwe, B., & Toska, E. (2024). Perspectives from the frontline: Nurses' experiences of adolescent engagement in sexual and reproductive health services. *Health Education Journal*, 83(8), 878–891. <https://doi.org/10.1177/00178969241261150>
- Kennedy, B., Chen, R., Valdimarsdóttir, U., Montgomery, S., Fang, F., & Fall, K. (2018). Childhood bereavement and lower stress resilience in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 63(1), 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.002>
- Loureiro, F., Ferreira, M., Sarreira-de-Oliveira, P., & Antunes, V. (2021). *Interventions to promote a healthy sexuality among school adolescents: A scoping review*. *Journal of Personalized Medicine*, 11(11), 1155. <https://doi.org/10.3390/jpm11111155>
- Lungu, D. A., Ionescu-Corbu, A., Pennucci, F., & Tibu, F. (2026). Informal caregivers' perspectives on caring for elderly people in Romania: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 26(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12913-026-14085-1>
- Manby, L., Aicken, C., Delgrange, M., & Bailey, J. V. (2022). Effectiveness of eHealth interventions for HIV prevention and management in sub-Saharan Africa: Systematic

- review and meta-analyses. *AIDS and Behavior*, 26(2), 457–469.
<https://doi.org/10.1007/s10461-021-03402-w>
- Marques, S. (2024). *Vigilância de base laboratorial da campilobacteriose: Transição do fenótipo para o genótipo* (Dissertação de mestrado). Instituto de Higiene e Medicina Tropical. <http://hdl.handle.net/10362/167786>
- Mastorci, F., Lazzeri, M. F. L., Vassalle, C., & Pingitore, A. (2024). The transition from childhood to adolescence: Between health and vulnerability. *Children*, 11(8), 989.
<https://doi.org/10.3390/children11080989>
- Mei, X., Chen, G., Zuo, Y., Wu, Q., Li, J., & Li, Y. (2023). Changes in the health literacy of residents aged 15–69 years in central China: A three-round cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1092892. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1092892>
- Ministério da Saúde. (2020). Gravidez na adolescência. <https://hff.min-saude.pt/gravidez-na-adolescencia/>
- Moreira, M. T., Rocha, E., Lima, A., Pereira, L., Rodrigues, S., & Fernandes, C. S. (2023). Knowledge about sex education in adolescence: A cross-sectional study. *Adolescents*, 3, 431–445. <https://doi.org/10.3390/adolescents3030030>
- Navarro, D., Guevara, M., & Paz, M. (2023). Análisis y evaluación del Modelo de Promoción de la Salud. *Temperamentvm*, 19, e14224. <https://doi.org/10.58807/tmptvm20235777>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). *The Neuman systems model* (5th ed.). Pearson.
- OECD. (2020). *Long-term care and health care insurance in OECD and other countries*. https://www.oecd.org/en/publications/long-term-care-and-health-care-insurance-in-oecd-and-other-countries_3eabc286-en.html
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. OE.
- Organização Mundial da Saúde. (2024, 10 de abril). Adolescent pregnancy.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Pedro, A. R., Brandão, D., Raposo, B., Cunha, A. S., & Escoval, A. (2024). How to improve informal caregiver's quality of life and health literacy? – A NGT approach. *European Journal of Public Health*, 34(Suppl 3), ckae144.1620.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1620>
- Pelikan, J. M., Link, T., Straßmayr, C., Waldherr, K., Alfes, T., Bøggild, H., et al. (2022). Measuring comprehensive, general health literacy in the general adult population: The development and validation of the HLS(19)-Q12 instrument in seventeen countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 14129. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114129>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2014). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson.

- Portugal. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro*. Diário da República, 1.^a série, n.º 38. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Portugal. (2021). *Diário da República n.º 240/2021, 1.º suplemento, Série I de 14 de dezembro de 2021*.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2021/12/24000/0010400118.pdf>
- Portugal. Ministério da Saúde. (2009). *Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril*. Diário da República, 2.^a série, n.º 74.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa nacional de promoção da saúde oral 2021–2025*. Direção-Geral da Saúde.
https://criancaefamilia.spp.pt/media/5mbf2kih/programa-nacional-saude-oral-2021_2025.pdf
- Rajah, R., Hassali, M. A. A., & Murugiah, M. K. (2019). A systematic review of the prevalence of limited health literacy in Southeast Asian countries. *Public Health*, 167, 8–15.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.09.028>
- Regulamento n.º 428/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. *Diário da República*, n.º 135/2018, Série II, 16 de julho de 2018, 19354–19359.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 454/2026. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, n.º 26/2019, Série II, 6 de fevereiro de 2019, 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Rodríguez-García, A., Botello-Hermosa, A., Borrallo-Riego, Á., & Guerra-Martín, M. D. (2025). *Effectiveness of comprehensive sexuality education to reduce risk sexual behaviours among adolescents: A systematic review*. *Sexes*, 6(1), Article 6.
<https://doi.org/10.3390/sexes6010006>
- Rodríguez-García, A., Botello-Hermosa, A., Borrallo-Riego, Á., & Guerra-Martín, M. D. (2025). Effectiveness of comprehensive sexuality education to reduce risk sexual behaviours among adolescents: A systematic review. *Sexes*, 6(1), 6.
<https://doi.org/10.3390/sexes6010006>
- Rojas-Torres, I. L., Garizábalo Dávila, C. M., Ruidíaz Gómez, K. S., Fernández Aragón, S. P., Perea-Rojas, D. M., Rodelo Olmos, G. M., & Liñán Meléndez, N. I. (2025). Effectiveness of Nola Pender's Health Promotion Model: A comprehensive approach for enhancing healthy behaviors and quality of life in adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(10), 1506.
<https://doi.org/10.3390/ijerph22101506>

- Santos, M. G. D., Pleutim, N. I., Queiroz-Cardoso, A. I., Ramalho, L. D. S., Souza, V. S., & Teston, E. F. (2025). Use of the Health Promotion Model by nursing in primary care: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(2), e20240096. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0096>
- Sociedade Portuguesa da Contraceção, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2020). Consenso sobre contraceção 2020. https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_website.pdf
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tse, E., & Alexiou, G. (2021). First aid training to school students: Should younger children be trained? *Indian Pediatrics*, 58(11), 1099–1100.
- Tse, E., Plakitsi, K., Voulgaris, S., & Alexiou, G. A. (2023). Schoolteachers teach first aid and trauma management to young primary school children: An experimental study with educational intervention. *Children*, 10(6), 1076. <https://doi.org/10.3390/children10061076>
- Turner, S. B., & Kaylor, S. D. (2015). Neuman Systems Model as a conceptual framework for nurse resilience. *Nursing Science Quarterly*, 28(3), 213–217. <https://doi.org/10.1177/0894318415585620>
- UNESCO. (2018). *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/sexual-health/international-technical-guidance-on-sexuality-education.pdf>
- UNICEF. (2024). Early childbearing can have severe consequences for adolescent girls. <https://data.unicef.org/topic/child-health/early-childbearing/>
- Unidade de Saúde Pública do ACES Dão Lafões. (2023). *Manual de acolhimento da Unidade de Saúde Pública do ACES Dão Lafões* (3.^a edição). Viseu: ACES Dão Lafões.
- Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões. (2023). *Apresentação*. <https://www.ulsvdl.min-saude.pt/instituicao/apresentacao/>
- Vaz, I., & Oliveira, L. (2020). The European health literacy survey: Results on outpatient care for the elderly in Northern Portugal. In *EDULEARN20 Proceedings* (pp. 2914–2924).
- Waite-Jones, J. M., & Rodriguez, A. M. (2022). Psychosocial approaches to child and adolescent health and wellbeing. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-99354-2>

- Wasserstein, R. L., Schirm, A. L., & Lazar, N. A. (2019). *Moving to a world beyond "p < 0.05". The American Statistician, 73*(Suppl. 1), 1–19.
<https://doi.org/10.1080/00031305.2019.1583913>
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S. M., Nesi, J., & Garrett, K. (2016). *Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: A meta-analysis. JAMA Pediatrics, 170*(1), 52–61.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2731>
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2024). *Mental health of children and young people: Service guidance*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/376646>
- World Health Organization. (2014). *Adolescent health epidemiology*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Strengthening quality of care in health services*.
<https://www.who.int/activities/strengthening-quality-of-care-by-improving-wash-and-waste-management-in-health-care-facilities>
- World Health Organization. (2021). *Strengthening quality of care in health services*. WHO.
- World Health Organization. (2025). Adolescent health. <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>
- World Health Organization. (2025). Adolescent sexual reproductive.
<https://www.who.int/southeastasia/activities/adolescent-sexual-reproductive-health>
- Yu, M., Liu, R., Zhao, Q., Wang, J., Bai, Y., Yang, X., Liu, S., Okan, O., Hua, B., Dai, N., Xu, S., & Guo, S. (2025). The impact of personal health literacy and school health literacy environments on schoolteachers' health outcomes. *Frontiers in Public Health, 13*, 1570615. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1570615>
- Zamponi, V., Mazzilli, R., Nimbi, F. M., Ciocca, G., French, D., Limoncin, E., Lombardo, F., Sesti, F., Todaro, E., Tenuta, M., Caserta, D., Tubaro, A., Gianfrilli, D., & Faggiano, A. (2024). Sexual and reproductive health: Level of knowledge and source of information in adolescence. *The Journal of Sexual Medicine, 21*(10), 872–877.
<https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae094>

Anexos

QUESTIONÁRIO

O meu nome é Alexandra Cabral, sou aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, e encontro-me atualmente a desenvolver um Projeto no âmbito da minha dissertação de mestrado. O tema da investigação incide sobre a promoção da literacia em saúde sexual entre adolescentes do 10.º ano de escolaridade, de escolas do Concelho de Tondela, no contexto da intervenção em saúde escolar dinamizada na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Tondela com o título: **“Adolescência, Conhecimento e Escolhas sexuais Saudáveis”**. O principal objetivo é avaliar o impacto de uma intervenção educativa no conhecimento, atitudes e comportamentos relacionados com a sexualidade, contribuindo assim para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), gravidezes não planeadas e situações de risco emocional e relacional. O questionário é anónimo e será aplicado em dois momentos (antes e após a intervenção), com duração estimada de 10 a 15 minutos. Foi construído com base em escalas internacionalmente validadas e tem como finalidade exclusiva a utilização científica no âmbito da presente investigação académica. Desde já agradeço a vossa atenção e disponibilidade, colocando-me inteiramente ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Parte I

I – DADOS PESSOAIS

1- Idade _____ anos.

2- Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro: _____ Prefiro ☐ não dizer

3- Zona de Residência: ☐ Cidade ☐ Vila ☐ Aldeia

4- Grau de escolaridade:

	Pai	Mãe
4ª Classe ou Menos	☐	☐
5º a 6º Ano	☐	☐
7º a 9º Ano	☐	☐
10º a 12º Ano	☐	☐
Superior ao 12º Ano	☐	☐

II – HÁBITOS SEXUAIS

5- Encontras-te satisfeito(a) com a tua sexualidade?

- ☐ Insatisfeito
☐ Nem, satisfeito nem insatisfeito
☐ Satisfeito

6- Alguma vez tiveste relações sexuais?

(Nota: não há uma idade de referência para início de atividade sexual)

☐ Não ☐ Sim

Se respondeste **Não** passa para a Parte II.

6.1- Com que idade tiveste a primeira relação sexual? _____ anos.

6.2- Qual a idade do teu parceiro(a)? _____ anos.

6.3- Utilizaste algum método contraceutivo?

☐ Não ☐ Sim (Qual?) _____

Se respondeste **sim**, quem aconselhou?

☐ Amigos / colegas

☐ Familiares (mãe, pais, irmão,...)

☐ Médico e/ou Enfermeiro

☐ Outro: _____

7- Atualmente utilizas algum método contraceptivo?

☐ Não

☐ Sim, às vezes

☐ Sim, sempre

8- Se Sim, qual o método contraceptivo que utilizas?

☐ Pílula

☐ Preservativo

☐ Outro (Qual?) _____

9- Alguma vez recorreste à “pílula do dia seguinte”?

☐ Não ☐ Sim

Se respondeste **sim**, Quantas vezes nos últimos 12 meses? _____

Parte II

Escala de Atitudes Sexuais – Versão Adolescentes (EAS-A)

Agora estamos interessados em falar sobre as suas atitudes sexuais. Leia atentamente as afirmações que se seguem e indique, relativamente a cada uma delas, qual o grau que corresponde às suas opiniões, pensamentos e sentimentos. Faça uma cruz (X) no número apropriado, atendendo às seguintes significações: **1= completamente em desacordo; 2= parcialmente em desacordo; 3= Não sei/nem concordo nem discordo 4= Parcialmente de acordo; 5= Completamente de acordo**

1- Não preciso de estar comprometido com uma pessoa para ter relações sexuais	1	2	3	4	5
2- As relações sexuais ocasionais são aceitáveis.	1	2	3	4	5
3- Gostaria de ter relações sexuais com muitos parceiros (as).	1	2	3	4	5
4- É correto ter relações sexuais com mais do que uma pessoa no mesmo período	1	2	3	4	5
5- O sexo é, em primeiro lugar, obter prazer através do outro.	1	2	3	4	5
6- O sexo é, principalmente, uma atividade física.	1	2	3	4	5
7- É possível gostar de ter relações sexuais com uma pessoa não gostando muito	1	2	3	4	5
8- O sexo é mais divertido com alguém que não amamos.	1	2	3	4	5
9- A masturbação é algo agradável e inofensivo	1	2	3	4	5
10- O sexo só pelo sexo é perfeitamente aceitável.	1	2	3	4	5
11- O sexo é, parcialmente, uma função corporal, tal como o comer.	1	2	3	4	5
12- O sexo sem amor não faz sentido.	1	2	3	4	5
13- As pessoas deviam, no mínimo, ser amigas antes de terem relações sexuais.	1	2	3	4	5
14- Para que o sexo seja bom é necessário ter sentido para as pessoas.	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela tua colaboração!

Secção específica com indicação de Suporte e Recursos Adicionais:

“Caso sinta necessidade de apoio emocional ou psicológico durante este processo, recomenda-se que procure ajuda nos seguintes centros de apoio:

Centro de Apoio Psicológico [Serviço de Aconselhamento Psicológico da Linha SNS24 – Eu sinto.me], Telefone: [808 24 24 24], Email: [Contacto diretamente da plataforma <https://eusinto.me/chat/>], Website: [<https://eusinto.me/>]

Linha de Apoio à Saúde Mental [Conversa Amiga], Telefone: [210 489 010], Horário de Atendimento: [Dias úteis das 9h às 18h]”

RE: pedido de autorização para uso da escala EAS-versão adolescentes

De Patrícia Gouveia <pgouveia@egasmoniz.edu.pt>

Data qua, 15/10/2025 13:03

Para Ricardo Pais Antunes <ricardopais@essv.ipv.pt>

Cc Alexandra cabral <anax.cabral@hotmail.com>

Boa tarde Ricardo,

Tem o meu consentimento para utilização da Escala EAS-Versão Adolescente, no âmbito do seu estudo.

Gostaria muito de poder ler o seu trabalho final.

Cumprimentos,
Patrícia Gouveia



PATRÍCIA GOUVEIA, PhD

Assistant Professor - Instituto Universitário Egas Moniz
Collaborator Member of Egas Moniz Interdisciplinary
Research Center

Campus Universitário - Quinta da Granja
Monte de Caparica
2829-511 Caparica

(+351) 212 946 700
egasmoniz.com.pt

De: Ricardo Pais Antunes <ricardopais@essv.ipv.pt>

Enviado: 15 de outubro de 2025 11:32

Para: Patrícia Gouveia <pgouveia@egasmoniz.edu.pt>

Cc: Alexandra cabral <anax.cabral@hotmail.com>

Assunto: pedido de autorização para uso da escala EAS-versão adolescentes

Exma. Sra. Professora Doutora Patricia Gouveia,

Venho por este meio requerer autorização para uso da escala EAS-versão adolescentes, por si validada, no projeto de intervenção comunitária “Adolescência, Conhecimento e Escolhas sexuais Saudáveis” na Escola Profissional de Tondela, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

O estudo tem como objetivo geral, promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais para uma vivência saudável da sexualidade e avaliar o impacto de uma intervenção educativa em saúde sexual dos adolescentes do 10.º ano escolaridade. Tem parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu e registo no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar da Direção-Geral da Educação (DGE) do Ministério da Educação.

Muito grato pela sua disponibilidade e estou ao dispor para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Ricardo Pais Antunes PhD, MSc, RN
Professor Adjunto | *Associate Professor*
Departamento de Enfermagem | *Nursing Department*



**Politécnico
de Viseu**
Saúde

Instituto
Politécnico
Polytechnic
University
Viseu

Instituto Politécnico de Viseu | *Polytechnic University of Viseu*

Escola Superior de Saúde | *School of Health*

Rua Dom João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102

3500-843 VISEU – Portugal

+351 232 480 500 | www.essv.ipv.pt

De: UCC Tondela <ucc.tondela@ulsmdl.min-saude.pt>

Enviado: 13 de janeiro de 2026 10:18

Para: miguel.rodrigues@eptondela.pt <miguel.rodrigues@eptondela.pt>

Assunto: RE: Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Intervenção em Saúde Escolar

Obrigada Dr. Miguel,

Fica então agendada para dia 16.01 se possível nas vossas instalações, pois nas instalações provisórias do Centro de Saúde é difícil. Agradecemos a atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Paula Carvalho

UCC de Tondela

Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela

Av. 25 de abril

3460-541 Tondela

232814042

ucc.tondela@arscentro.min-saude.pt



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES, E.P.E.

Av. Rei D. Duarte

3504-509 Viseu | Portugal

Tel.: +351 232 420 500

<http://www.chtv.min-saude.pt/>

De: miguel.rodrigues@eptondela.pt <miguel.rodrigues@eptondela.pt>

Enviado: 13 de janeiro de 2026 10:09

Para: UCC Tondela <ucc.tondela@ulsvdl.min-saude.pt>

Cc: 'José Lemos' <dpedagogico@eptondela.pt>; 'Ana Rodrigues (SPO EPTondela)' <ana.rodrigues@eptondela.pt>

Assunto: RE: Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Intervenção em Saúde Escolar

Bom dia,

Agradecemos o V/ email.

Optamos pelo dia 16/01, às 10.00 horas, para a realização da reunião, a respeito do projecto em epígrafe.

Questionamos sobre se a reunião ocorrerá nas nossas ou nas vossas instalações?

Obrigado

Melhores cumprimentos,

Miguel Rodrigues

Diretor



+351 232 819 410 | Av. Visconde De Tondela, 28 - 3460-526 TONDELA
www.eptondela.pt - geral@eptondela.pt

ESCOLA PROFISSIONAL
DE TONDELA



Os Fundos Europeus mais próximos de si.



Cofinanciado pela
União Europeia



SELO DE
CONFORMIDADE
EQAVET

De: UCC Tondela <ucc.tondela@ulsvdl.min-saude.pt>

Enviada: 13 de janeiro de 2026 09:27

Para: miguel.rodrigues@eptondela.pt

Assunto: RE: Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Intervenção em Saúde Escolar

Ex.mo Senhor

Dr. Miguel Rodrigues

Vimos por este meio agradecer a sua disponibilidade na integração do projeto "Sexualidade". Como proposta para agendar a reunião solicitada, sugerimos duas datas: 16.01 pelas 10h ou 21.01 pelas 14.30, facilitando assim o agendamento.

Com os melhores cumprimentos,

Paula Carvalho

UCC de Tondela

Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela

Av. 25 de abril

3460-541 Tondela

232814042

ucc.tondela@arscentro.min-saude.pt





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES, E.P.E.

Av. Rei D. Duarte

3504-509 Viseu | Portugal

Tel.: +351 232 420 500

<http://www.chtv.min-saude.pt/>

De: miguel.rodriques@eptondela.pt <miguel.rodriques@eptondela.pt>

Enviado: 9 de janeiro de 2026 15:01

Para: UCC Tondela <ucc.tondela@ulsmdl.min-saude.pt>

Cc: 'José Lemos' <dpedagogico@eptondela.pt>; 'Ana Rodrigues (SPO EPTondela)' <ana.rodriques@eptondela.pt>; spo@eptondela.pt <spo@eptondela.pt>

Assunto: RE: Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Intervenção em Saúde Escolar

Cara Enf^a Paula Margarida Carvalho,

Boa tarde,

Apresentamos as nossas desculpas pelo atraso na resposta.

No seguimento da S/ comunicação vimos manifestar-vos o nosso interesse em acolher a iniciativa e na implementação na nossa Escola do projecto em epígrafe.

Para tanto, solicitamos que nos indique datas possíveis para a realização de uma reunião que serviria para troca de impressões e esclarecimento de algumas dúvidas que eventualmente possam surgir a este respeito.

Gratos pela atenção.

Melhores cumprimentos,

Miguel Rodrigues

Diretor



+351 232 819 410 | Av. Visconde De Tondela, 28 - 3460-526 TONDELA
www.eptondela.pt - geral@eptondela.pt

ESCOLA PROFISSIONAL
DE TONDELA



Os Fundos Europeus mais próximos de si.



Cofinanciado pela
União Europeia



SELO DE
CONFORMIDADE
EQAVET

De: geral@eptondela.pt <geral@eptondela.pt>

Enviada: 12 de dezembro de 2025 15:19

Para: miguel.rodrigues@eptondela.pt

Assunto: FW: Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Intervenção em Saúde Escolar

Com os melhores cumprimentos,



+351 232 819 410 | Av. Visconde De Tondela, 28 - 3460-526 TONDELA
www.eptondela.pt - geral@eptondela.pt

ESCOLA PROFISSIONAL
DE TONDELA



Os Fundos Europeus mais próximos de si.



Cofinanciado pela
União Europeia



SELO DE
CONFORMIDADE
EQAVET

De: UCC Tondela <ucc.tondela@ulsmdl.min-saude.pt>

Enviada: 12 de dezembro de 2025 15:15

Para: geral@eptondela.pt

Cc: ana.rodrigues@eptondela.pt

Assunto: FW: Pedido de Autorização para Implementação de Projeto de Intervenção em Saúde Escolar

Exmo. Senhor Diretor da Escola Profissional de Tondela,

Dr. Miguel Rodrigues,

No âmbito da orientação do Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Viseu (Instituto Politécnico de Viseu), a Enfermeira Alexandra Cabral, encontro-se a realizar estágio de mestrado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Tondela, onde pretende desenvolver o projeto de intervenção em saúde escolar intitulado: **“Adolescência, Conhecimento e Escolhas Sexuais Saudáveis”**.

O referido projeto foi concebido como uma intervenção educativa em saúde sexual dirigida aos alunos do 10.º ano de escolaridade, com o objetivo de promover a literacia em saúde sexual e prevenir comportamentos de risco, nomeadamente no que diz respeito às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), gravidezes não planeadas e situações de risco emocional e relacional.

Encontrando-se preparado para implementação e dispondo já da autorização da Direção Geral da Educação (Inquérito n.º 0012100026) e aprovação da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, o projeto encontra-se agora numa fase piloto. **Deste modo, solicitamos autorização para a sua realização junto de duas turmas do 10.º ano da Escola Profissional de Tondela.**

O objetivo a médio prazo será alargar esta intervenção a todas as turmas do 10.º ano do concelho de Tondela, permitindo uma abordagem estruturada, equitativa e continuada em contexto escolar.

A intervenção encontra-se organizada em três sessões educativas de 45 minutos cada, dinamizadas por profissionais de saúde da UCC de Tondela e aluna de

Mestrado e também com a intervenção da Psicóloga do Município de Tondela, com metodologias ativas, adequadas ao público-alvo.

Junto envia-se em anexo:

- O projeto inicial (em atualização),
- O quadro atualizado com os conteúdos e metodologias das sessões,
- O questionário final a aplicar aos alunos,
- Os pedidos de autorização destinados aos encarregados de educação.

Encontramo-nos inteiramente à disposição para uma reunião presencial ou online, de forma a apresentar em detalhe o projeto, esclarecer dúvidas e planear em conjunto a sua execução.

Agradecemos, desde já, a vossa atenção e colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Paula Margarida Ribeiro Gonçalves Carvalho,

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária,

Responsável pelo Programa de Saúde Escolar,

Orientadora de Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Alexandra Marisa Gonçalves Cabral

Mestranda em Enfermagem Comunitária

Escola Superior de Saúde de Viseu – IPV

Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela

Av. 25 de abril

3460-541 Tondela

232814042

ucc.tondela@arscentro.min-saude.pt



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES, E.P.E.

Av. Rei D. Duarte

3504-509 Viseu | Portugal

Tel.: +351 232 420 500

<http://www.chtv.min-saude.pt/>

“PROTEGER TAMBÉM PODE TER GRAÇA”

Frases criadas pelos alunos sobre métodos contracetivos

“Coloca uma vez, protege por anos!”

“Faz amor com conforto e
segurança!”

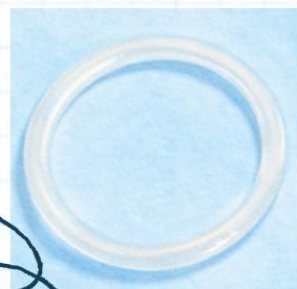


“Pílula em dia, rotina protegida:
tu tens o controlo nas tuas
mãos!”



“Um pequeno anel, uma grande
tranquilidade!”

“Tira o carro poem o carro na hora
que tu quiseses! — com o anel vaginal
é assim.”



“Sincroniza a tua vida com a
tua natureza!”



“Sedução sem riscos. Prazer bom é prazer
protegido. Use preservativo, porque cuidar
também excita!”

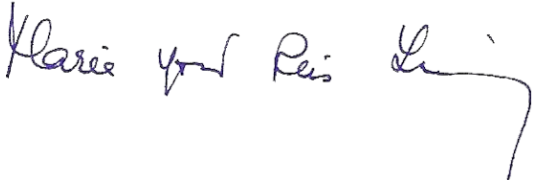
“Quando a proteção é perfeita, o
prazer é completo!”



Informação, respeito e escolhas conscientes também protegem.

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Adolescência, conhecimento e escolhas sexuais saudáveis
Proponentes do projeto	Alexandra Marisa Gonçalves Cabral
Investigador responsável	Professor Doutor Ricardo Pais
Data de submissão	29/07/2025
Data da aprovação do parecer	18/09/2025
A presidente da CE do IPV	 Maria João Reis Lima

PARECER N.º 31/SUB/2025

☒ PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
☐ PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
☐ PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos Com possibilidade de ressubmissão após consideração das recomendações

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

Intitulado “Adolescência, Conhecimento e Escolhas sexuais Saudáveis”, o presente projeto insere-se no âmbito do Estágio I – Intervenção na Comunidade em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), do Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela. Como justificação do estudo, é referida a pertinência em avaliar o impacto de uma intervenção educativa em saúde sexual, dinamizada por uma UCC, junto de todos os alunos inscritos no 10.º ano de escolaridade, bem como a importância de promover a literacia em saúde sexual e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais para uma vivência saudável da sexualidade.

O Objetivo Geral é o de promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais para uma vivência saudável da sexualidade e avaliar o impacto de uma intervenção educativa em saúde sexual dos adolescentes do 10.º ano de escolaridade.

Relativamente à fundamentação ética do estudo, a mesma reenvia, sobretudo, para ganhos em conhecimento/ inovação (e.g. promoção de comportamentos mais seguros, responsáveis e informados).

A data prevista de início dos trabalhos, que coincide com a data de início de recolha de dados, é 1 de outubro de 2025 (o que permitirá a avaliação por esta CE); a data de fim da recolha de dados / fim dos trabalhos, é 30.01.2026.

No que refere à metodologia, é indicado estarmos perante um estudo de natureza quantitativa, descritiva e quase-experimental, com recurso a uma abordagem pré e pós-intervenção. Sobre a população-alvo, é mencionado tratar-se de adolescentes inscritos na Escola Profissional da área de abrangência da UCC Tondela. A amostra será não probabilística por conveniência, envolvendo duas turmas do 10.º ano, com um total mínimo de 30 alunos.

Como critérios de inclusão, cumulativos, serão considerados adolescentes que tenham entre 15 e 18 anos de idade; frequentem regularmente o 10.º ano da escola selecionada; apresentem consentimento informado (assinado pelos) encarregados de educação. E serão excluídos do estudo os alunos que não se encontrem presentes nas sessões educativas (ausências superiores a 75%).

A investigação decorrerá na Escola Profissional de Tondela, e a recolha de dados efetuar-se-á através de um Questionário (providenciado em anexo, e sem problematização ética), utilizando a Escala de

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Atitudes Sexuais de Hendrick e Hendrick (1987) – versão portuguesa de Alferes (1995), e a Escala Instrumental de Suporte Social (Lin, 1986) – e versão portuguesa de Paixão & e Oliveira (1996).

Sobre a forma de garantia da anonimização e da confidencialidade dos dados recolhidos, é assegurado que os questionários serão identificados apenas por códigos; que os dados serão tratados de forma agregada, sem qualquer ligação à identidade dos respondentes; que toda a informação será guardada de forma segura, com acesso exclusivo à equipa responsável pela investigação; e que os questionários serão destruídos no final do projeto.

Sobre a voluntariedade e autonomia dos participantes, é mencionado que: os participantes serão informados dos objetivos e procedimentos do estudo de forma clara e acessível; que será solicitado consentimento informado por escrito aos encarregados de educação dos alunos menores de idade, conforme documento anexado; e que será garantido o direito de recusa ou desistência a qualquer momento, sem consequências negativas.

No que remete para eventuais descobertas acidentais ou danos para os participantes, é afirmado que, em caso de identificação de situações de vulnerabilidade ou risco, será garantido o encaminhamento para o Serviço de Psicologia e Orientação (SPO) da escola, respeitando os princípios da confidencialidade e proteção dos participantes, e que a equipa do projeto estará preparada para oferecer apoio imediato e adequar as intervenções conforme necessário.

Os benefícios do estudo para os participantes situam-se ao nível do incremento da literacia em saúde sexual, e não existem custos associados à participação no estudo ou compensações monetárias.

RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se que o estudo obtenha Parece Favorável.

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não ☒ Sim ☐

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

QUESTÕES ÉTICAS 1
SERES HUMANOS

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 1.6. São pacientes?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 2

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?
Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?
Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐

2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 3
ANIMAIS

3.1. Esta investigação envolve animais?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

3.2. Esses animais são vertebrados?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒

3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒

3.4. Esses animais são geneticamente modificados?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒

3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒

3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒

3.7. REQUISITOS – ANIMAIS

3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 4

PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

4.4.3.O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐

4.4.4.Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 5
OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

De: mime.noreply@min-educ.pt <mime.noreply@min-educ.pt>

Enviado: 8 de setembro de 2025 08:50

Para: Escola Superior de Saúde Viseu <essvgeral@essv.ipv.pt>; Ricardo Pais Antunes <ricardopais@essv.ipv.pt>

Assunto: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0012100026

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

O pedido de autorização do inquérito n.º 0012100026, com a designação *Adolescência, Conhecimento e Escolhas sexuais Saudáveis*, registado em 02-09-2025, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo. Senhor Ricardo João Correia da Cruz Pais Antunes,

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

Com os melhores cumprimentos,

David Sousa

Diretor-Geral

Direção-Geral da Educação

Observações:

a) A realização dos inquéritos fica subordinada à autorização prévia das Direções dos Agrupamentos de Escolas e Escolas Não Agrupadas do ensino público a contactar para a execução do estudo. Deve ser assegurada especial atenção ao modo, momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em contexto escolar, considerando o carácter exigente da tarefa e a elevada sensibilidade das informações envolvidas, designadamente relativas à saúde, à vida privada e a categorias especiais de dados, nos termos do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados – RGPD) e da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto (Lei de Proteção de Dados Pessoais).

b) A aplicação dos inquéritos deve concretizar-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamentos de Escolas/Escolas não Agrupadas e com os/as encarregados/as de educação ou representantes legais dos/as alunos/as inquiridos/as, garantindo, em todas as fases do processo, o consentimento informado, o respeito pelas normas de proteção de dados pessoais e a confidencialidade absoluta dos participantes.

c) Nos termos do Despacho n.º 15847/2007, de 23 de julho, e da legislação em vigor relativa à autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário, a Direção-Geral da Educação não é competente para aprovar projetos, inquéritos ou outras intervenções em meio escolar.

d) Compete exclusivamente aos órgãos de gestão das escolas (Direção, Conselho Pedagógico e Conselho Geral) a autorização para a realização de intervenções educativas, projetos, programas de formação, sensibilização, capacitação, workshops ou ateliers. Estas iniciativas devem ser inscritas nos respetivos documentos estratégicos de gestão e planificação, assegurando que não prejudicam o normal funcionamento das atividades letivas.

e) Atendendo ao caráter sensível do objeto do estudo e à população-alvo (alunos do 10.º ano), recomenda-se a introdução das seguintes melhorias no questionário:

Neutralidade e inclusão: substituir a designação “Sexo” por “Identidade de género”, mantendo as opções “Masculino / Feminino / Outro / Prefiro não dizer”. Perguntas sensíveis: acrescentar a opção “Prefiro não responder” em itens como a idade do/a parceiro/a (questão 6.2) e a utilização de métodos contracetivos (questões 6.3 e 7).

Coerência nas opções de resposta: uniformizar escalas de resposta, incluindo a opção “Não se aplica” em questões sobre contraceção para os alunos sem experiência sexual.

Parte II – Atitudes sexuais: simplificar a redação de algumas afirmações, tornando-as mais acessíveis a adolescentes, e incluir pelo menos uma afirmação positiva relativa à responsabilidade (ex.: “Usar preservativo é uma forma importante de proteger a saúde”).

Confidencialidade: reforçar no início da Parte I a indicação de que não existem respostas certas ou erradas e que as respostas individuais não serão acessíveis a professores, encarregados de educação, representantes legais ou colegas.

f) Considerando que a informação recolhida poderá revelar-se relevante para a definição de futuras medidas de promoção da literacia em saúde de crianças e

jovens, recomenda-se que os resultados do estudo sejam comunicados à Direção-Geral da Educação, de forma a possibilitar a eventual articulação de ações conjuntas entre a Direção-Geral da Educação e a Direção-Geral da Saúde.

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

Apêndices

Fw: Pedido de colaboração com a Câmara Municipal de Tondela

De Alexandra Marisa Goncalves Cabral <AMCabral@ulsvdl.min-saude.pt>

Data ter, 21/07/2026 16:27

Para Alexandra cabral <anax.cabral@hotmail.com>

Enviado de [Outlook para Android](#)

From: UCC Tondela <ucc.tondela@ulsvdl.min-saude.pt>

Sent: Tuesday, 06 January 2026 09:16:31

To: Paula Margarida Ribeiro Goncalves <PMGoncalves@ulsvdl.min-saude.pt>; Alexandra Marisa Goncalves Cabral <AMCabral@ulsvdl.min-saude.pt>

Subject: FW: Pedido de colaboração com a Câmara Municipal de Tondela

Com os melhores cumprimentos,

Ana Maria Cardoso S. Ribeiro

Coordenadora da UCC de Tondela

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela

Av. 25 de abril

3460-541 Tondela

232814042

ucc.tondela@arscentro.min-saude.pt





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES, E.P.E.

Av. Rei D. Duarte

3504-509 Viseu | Portugal

Tel.: +351 232 420 500

<http://www.chtv.min-saude.pt/>

De: Raquel Maria Seabra Nunes <raquel.seabra@cm-tondela.pt>

Enviado: 5 de janeiro de 2026 16:20

Para: UCC Tondela <ucc.tondela@ulsvdl.min-saude.pt>

Cc: Helena Rodrigues <helena.rodrigues@cm-tondela.pt>; Sandra Maria Antunes Almeida <sandra.almeida@cm-tondela.pt>

Assunto: RE: Pedido de colaboração com a Câmara Municipal de Tondela

Boa tarde e bom ano Enf. Ana Cardoso

Coordenadora da UCC de Tondela

A Câmara Municipal de Tondela manifesta total disponibilidade para apoiar institucionalmente esta iniciativa, reconhecendo a sua relevância educativa, comunitária e preventiva. Consideramos que o projeto apresenta um contributo significativo para a promoção do bem-estar e desenvolvimento saudável dos jovens do nosso concelho. Relativamente à articulação com a psicóloga, Dr^a Sandra Almeida, a quem dou conhecimento em C.c, através do qual poderão agendar uma reunião, presencial ou online, de acordo com a conveniência de ambas, para aprofundar a apresentação do projeto e avaliar possíveis formas de cooperação.

Com os melhores cumprimentos

Raquel Seabra Nunes

Diretora Departamento de Educação, Desenvolvimento Social, Desportivo e Cultural



TONDELA
MUNICÍPIO

MUNICÍPIO DE TONDELA
LARGO DA REPÚBLICA, 16 | 3460-001 TONDELA
TEL 232 811 110 | FAX 232 811 120



**Antes de imprimir esta mensagem assegure-se de que é realmente necessário.
O meio ambiente está nas nossas mãos.**

De: UCC Tondela <ucc.tondela@ulsvdl.min-saude.pt>

Enviada: 27 de novembro de 2025 11:17

Para: Presidencia <presidencia@cm-tondela.pt>; Geral <geral@cm-tondela.pt>

Cc: Sandra Maria Antunes Almeida <sandra.almeida@cm-tondela.pt>

Assunto: FW: Pedido de colaboração com a Câmara Municipal de Tondela

Com os melhores cumprimentos,

Ana Maria Cardoso S. Ribeiro

Coordenadora da UCC de Tondela

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela

Av. 25 de abril

3460-541 Tondela

232814042

ucc.tondela@arscentro.min-saude.pt



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES, E.P.E.

Av. Rei D. Duarte

3504-509 Viseu | Portugal

Tel.: +351 232 420 500

<http://www.chtv.min-saude.pt/>

De: Alexandra Marisa Goncalves Cabral <AMCabral@ulsvdl.min-saude.pt>

Enviado: 26 de novembro de 2025 17:08

Para: UCC Tondela <ucc.tondela@ulsvdl.min-saude.pt>

Cc: Paula Carvalho <zinho1973@gmail.com>

Assunto: Pedido de colaboração com a Câmara Municipal de Tondela

Exma. Senhora Presidente da Câmara Municipal de Tondela,
Dr.ª Carla Antunes Borges,

O meu nome é **Alexandra Cabral**, sou enfermeira na **UCSP Campo de Caramulo** e encontro-me a frequentar o **Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública**, na Escola Superior de Saúde de Viseu. Atualmente, encontro-me a realizar o meu **estágio de mestrado na UCC Tondela**, no âmbito do qual estou a desenvolver o projeto *“Adolescência, Conhecimento e Escolhas Sexuais Saudáveis”*.

O referido projeto foi concebido como **projeto piloto** a realizar junto das turmas do 10.º ano da **Escola Profissional de Tondela**, encontrando-se preparado para implementação e dispondo já da autorização da Direção Geral da Educação (Inquérito n.º 0012100026) e aprovação da **Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu**.

Embora, nesta fase inicial, o projeto se encontre pensado para uma escola específica, o objetivo é que possa, futuramente, **ser alargado a todos os estabelecimentos de ensino de Tondela que integrem o 10.º ano**, promovendo uma intervenção estruturada, contínua e equitativa junto da população adolescente.

Tendo em consideração a relevância educativa, comunitária e preventiva deste projeto, venho por este meio solicitar:

1. **O apoio institucional da Câmara Municipal de Tondela**, manifestando concordância com o desenvolvimento e futura expansão do projeto;
2. **A possibilidade de articulação com a psicóloga municipal**, cuja colaboração seria uma mais-valia, em particular na abordagem das dimensões emocionais e relacionais da sexualidade na adolescência, pelo que solicito o seu contacto.

Junto envio em anexo o **projeto completo** (ainda em atualização), onde constam os objetivos, enquadramento, metodologia e plano de intervenção.

Coloco-me inteiramente à disposição para agendar uma reunião breve, presencial ou online, para apresentar o projeto em maior detalhe e discutir possíveis formas de cooperação.

Agradeço antecipadamente toda a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Cabral

Enfermeira – UCSP Campo / Caramulo
Mestranda em Saúde Comunitária e Saúde Pública
Escola Superior de Saúde de Viseu

 961601013

 amcabral@ulsvdl.min-saude.pt

Os melhores cumprimentos,

*Enfermeira Alexandra Cabral
UCSP Campo / Caramulo*



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE VISEU DÃO-LAFÕES, E.P.E.

Av. Rei D. Duarte

3504-509 Viseu | Portugal

Tel.: +351 232 420 500

<http://www.chtv.min-saude.pt/>

Projeto:	“Adolescência, Conhecimento e Escolhas Sexuais Saudáveis”
Equipa coordenado:	UCC de Tondela + Camara Municipal Tondela + UCSP Campo Caramulo
Público-alvo:	Alunos do 10 ^a Ano
Modalidade:	Intervenção Educativa (3 sessões de 45min)

Objetivo: Promover competências pessoais e sociais para uma vivência Saudável da Sexualidade nos Jovens do 10ºAno

1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase
Diagnóstico	Intervenção Educativa	Avaliação
Aplicação de questionários sobre conhecimentos e atitudes.	1 – “Sexualidade é mais do que pensas!” Temas: Sexualidade, consentimento, relações saudáveis Objetivo: Explorar a sexualidade como dimensão do bem-estar e promover noções de consentimento e respeito mútuo Responsáveis: Enfermeiros UCCT + Psicóloga CMT + UCSP campo/Caramulo 	• Questionário de avaliação final dos conhecimentos e atitudes; • Questionário de satisfação.
	2 – “Gravidez? DST? Como Evitar?” Temas: Gravidez na adolescência, métodos contraceptivos, DST/IST Objetivo: Reforçar literacia em prevenção reprodutiva e infecciosa e esclarecer dúvidas sobre contraceção Responsáveis: Enfermeiros UCC + UCSP campo/Caramulo 	
	3 – “Mitos, Likes e Verdades!” Temas: Mitos sexuais e informação digital Objetivo: Desmistificar crenças erradas e promover Pensamento crítico Responsáveis: Enfermeiros UCC + UCSP campo/Caramulo 	

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Este documento é feito em duplicado, sendo que uma das cópias ficará com o participante e outra com o investigador.

Caro Senhor(a) Encarregado(a) de Educação:

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar uma investigação com o tema “Adolescência, Conhecimento e Escolhas Sexuais Saudáveis”, cujo os objetivos principais são promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais para uma vivência saudável da sexualidade e avaliar o impacto de uma intervenção educativa em saúde sexual dos adolescentes do 10.º ano escolaridade nas escolas da +área de abrangência da UCC Tondela.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração, através da sua resposta a um futuro questionário ao qual terá acesso. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados do seu educando e encarregado de educação, pois os investigadores consagram como obrigação o dever do sigilo profissional.

Se desejar qualquer esclarecimento, dúvida ou informação terá à sua disposição o seguinte contacto: E-mail – anax.cabral@hotmail.com

Agradeço a sua colaboração

A responsável pela investigação

Assinatura: _____ Data _____

Alexandra Marisa Goncalves Cabral (Enfermeira)

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Eu, _____, Encarregado de Educação de _____, depois de devidamente informado (a) autorizo participar no estudo “Adolescência, Conhecimento e Escolhas sexuais Saudáveis”.

_____, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do Encarregado de Educação:

“Sexualidade é mais do que que pensas”

O que é Sexualidade?

Realizado por:

Alexandra Cabral, aluna nº

Curso de Mestrado em Saúde Comunitária e saúde Pública

O que é a Sexualidade?

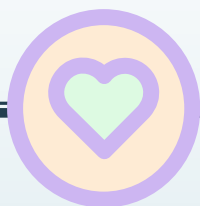


Q Sexualidade

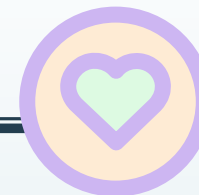
A Sexualidade é mais do
que atividade sexual!

afetos
liberdade **duvidas**
atração emoções
SEXUALIDADE
intimidade **carinho**
identidade prssoas
prazer **corpo**

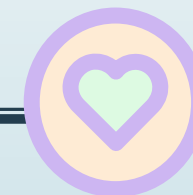
A Sexualidade é mais do que o atividade sexual



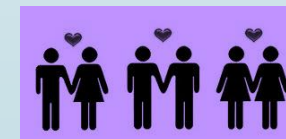
A **sexualidade** “é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual. Ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (OMS)



A sexualidade envolve emoções, vínculos, intimidade, valores, comunicação e afetos.



Desenvolve-se a ritmos diferentes em cada um de nós!



As 4 Dimensões da Sexualidade



Conceitos Importantes



Sexo (biológico)

São características cromossómicas, hormonais e anatómicas



Identidade de género

Como a pessoa se sente / se vê
(homem, mulher, não-binário, etc.)



Expressão de género

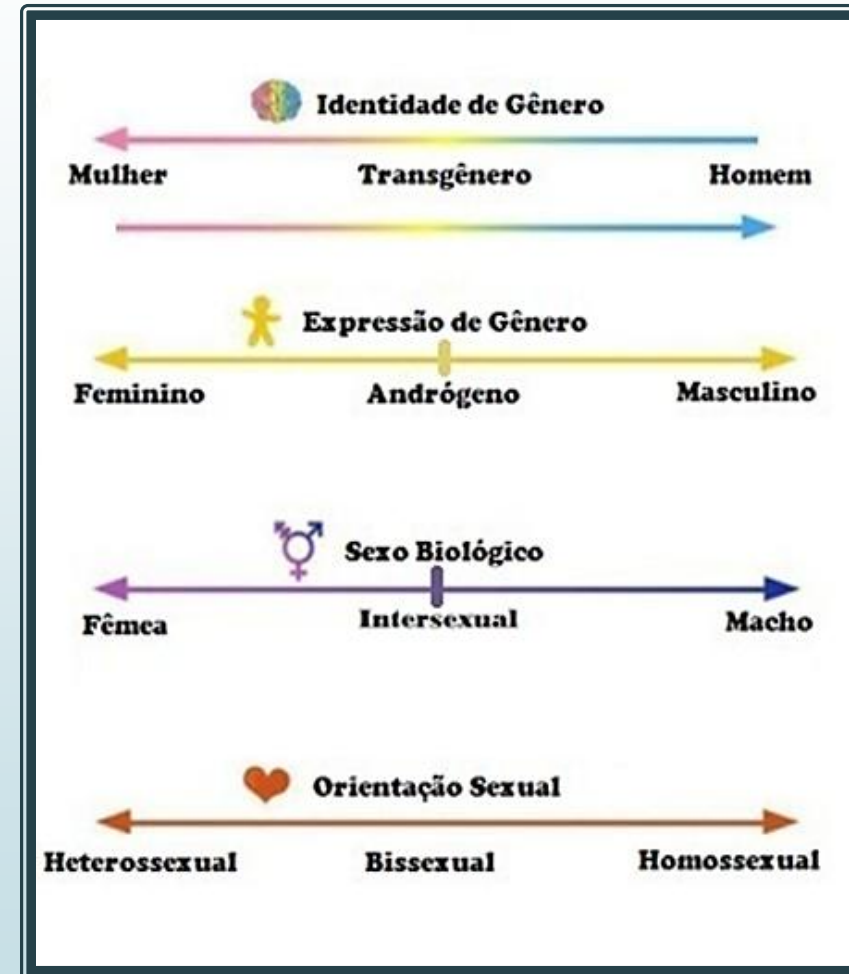
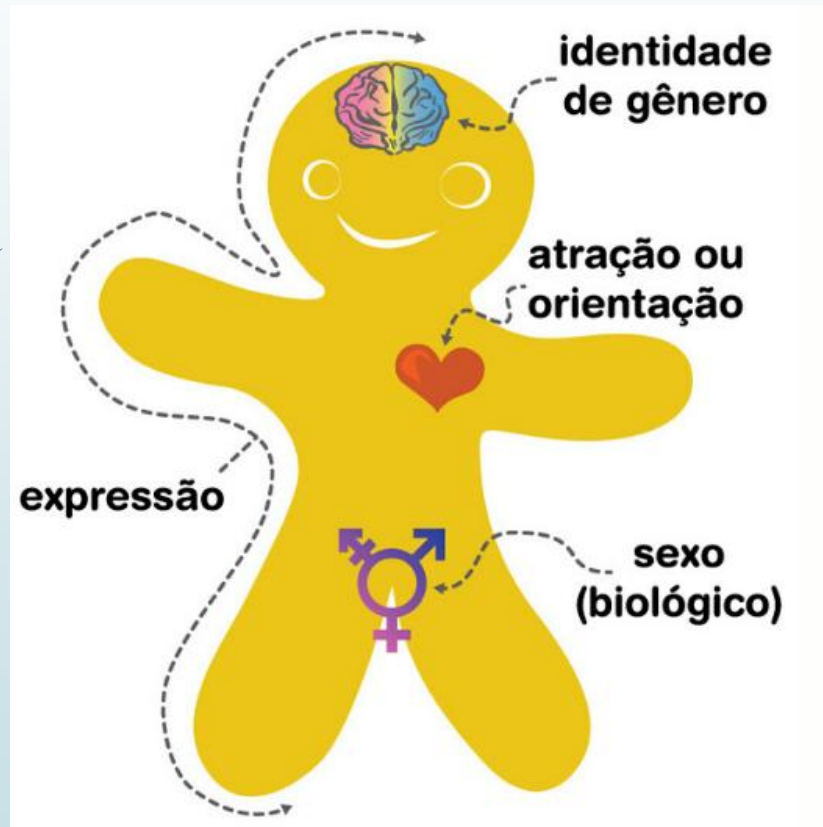
É como a pessoa mostra o género ao mundo
(voz, roupas, gestos, etc.)



Orientação sexual

Por quem sentimos atração afetiva/sexual.

Alguém conhece o biscoito do Género?



Afetos e Relações Saudáveis

Semáforo Emocional



A sexualidade inclui intimidade, vínculos afetivos, cuidado e conexão emocional.



Saúde Sexual

É um estado físico, emocional e mental de completo bem-estar sexual que requer uma relação positiva e de respeito perante a sexualidade e as relações sexuais, bem como a possibilidade de experiências sexuais gratificantes e seguras, sem coerção, discriminação ou violência. (OMS, 2006)

Saúde Sexual



- Cada pessoa sente e expressa a sexualidade à sua maneira
- Respeitar a diferença é essencial para relações saudáveis
- Podemos esperar o tempo que for preciso até nos sentirmos seguros da decisão de ter ou não relações sexuais
- Somos nós os responsáveis pela nossa felicidade e pelo nosso corpo

Início Precoce da Atividade Sexual

Iniciar a atividade sexual sem preparação pode trazer riscos:



Atividade: Verdadeiro ou Falso?

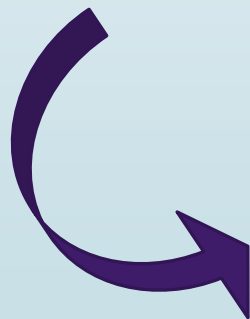
<https://forms.office.com/e/zCuw6Ccdhx?origin=lprLink>



Consentimento

O consentimento aplica-se à **atividade sexual** e significa que todas as pessoas envolvidas querem participar, sem pressão, chantagem, manipulação ou medo.

- ✓ Deve ser **claro** (não é silêncio)
- ✓ Deve ser **dado de livre vontade**
- ✓ Pode ser **retirado a qualquer momento**
- ✓ É necessário **em todas as relações**, mesmo entre namorados

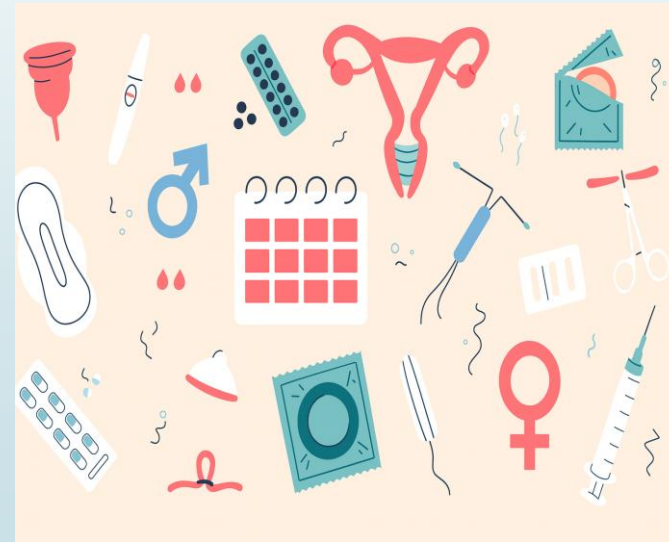


Se não há certeza, **não há consentimento.**

Consentimento



A circular illustration with a purple border. Inside, a pregnant woman with light skin and blonde hair is shown from the waist up, wearing a bright pink sleeveless dress. She is holding a red alarm clock with a white face and black numbers. The clock shows the time as approximately 10:10. The background of the illustration is a light blue gradient.



Sexualidade - 10 Ano

26/01/2026

Está convidado!

🕒 10 minutos

* Obrigatória

1. "A sexualidade só começa na puberdade." *

☐ Verdadeiro

☐ Falso

2. "Ter desejo ou curiosidade é normal durante a adolescência." *

☐ Verdadeiro

☐ Falso

3. "As emoções e sentimentos não fazem parte da sexualidade." *

☐ Verdadeiro

☐ Falso

4. "A sexualidade é igual para todas as pessoas." *

☐ Verdadeiro

☐ Falso

5. É possível viver a sexualidade de forma saudável sem ter relações sexuais." *

☐ Verdadeiro

☐ Falso

6. "O respeito pelo corpo e pelos limites do outro é parte da sexualidade." *

☐ Verdadeiro

☐ Falso

7. "Estar numa relação significa que o consentimento está garantido." *

☐ Verdadeiro

☐ Falso

8. E importante existir sentimento para ter uma relação sexual saudável? *

☐ Verdadeiro

☐ Falso

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

“Gravidez e DST: prevenção, riscos e o que fazer”

Gravidez e DST — como evitar?



Métodos Contracetivos

Como escolher o método adequado?

- EFICÁCIA
- REVERSIBILIDADE
- CUSTOS
- SEGURANÇA
- EFEITOS SECUNDÁRIOS
- ADAPTAÇÃO AO ESTILO DE VIDA



Decisão voluntária e
esclarecida



Aconselhamento com
o enfermeiro ou
médico

Atividade – “Vende o teu Método”

“Imaginem que este é o melhor método do mundo. Têm de o vender.”

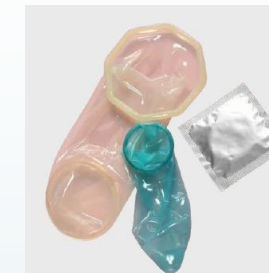
Cada grupo deve responder a:

- ✓ Como funciona?
- ✓ Vantagens
- ✓ Desvantagens
- ✓ Para quem pode ser uma boa opção?
- ✓ Protege ou não das DTS?
- ✓ Outras ...

Métodos Contracetivos



Métodos contracetivos



Irreversíveis/ Definitivos

Reversíveis

Vasectomia

Laqueação
de Trompas



Emergência
Naturais
Hormonais
Não Hormonais
Barreira



Métodos Contracetivos - conclusão

“Só o preservativo protege contra DST.”

“A pílula do dia seguinte é emergência, não rotina.”

“Combinar barreira + hormonal é o mais eficaz.”

E se não usei?

“Sem precaução → riscos reais”

Gravidez



DST



Gravidez na Adolescência

Uma gravidez não desejada, provoca grandes mudanças na vida de um adolescente!

Falta de
informação

Falta de
conhecimento
dos métodos
contracetivos

Pressão
dos pares

Em Portugal, no ano de 2020, ocorreram 1763 partos, cujas mães eram adolescentes (2,1%).

Gravidez na Adolescência

Perante esta situação existem várias opções:

1. Prosseguir com a gravidez e assumir a maternidade/ paternidade;
2. Prosseguir com a gravidez e, se esta for levada a termo, colocar o bebé em instituição oficial para adoção;
3. Interromper a gravidez, tendo em conta a legislação em vigor (Lei n.º 16/2007 – artigo 1º).



Interrupção voluntária da Gravidez

Por opção da **Mulher** – Nas primeiras 10 semanas de Gestação

Consulta prévia com
médico de família

Encaminhamento para
o hospital

Período de reflexão de
3 dias

IVG

Opção do método contraceutivo



Gravidez na Adolescência

E para os rapazes?

Ser pai na adolescência implica:



Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTS



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

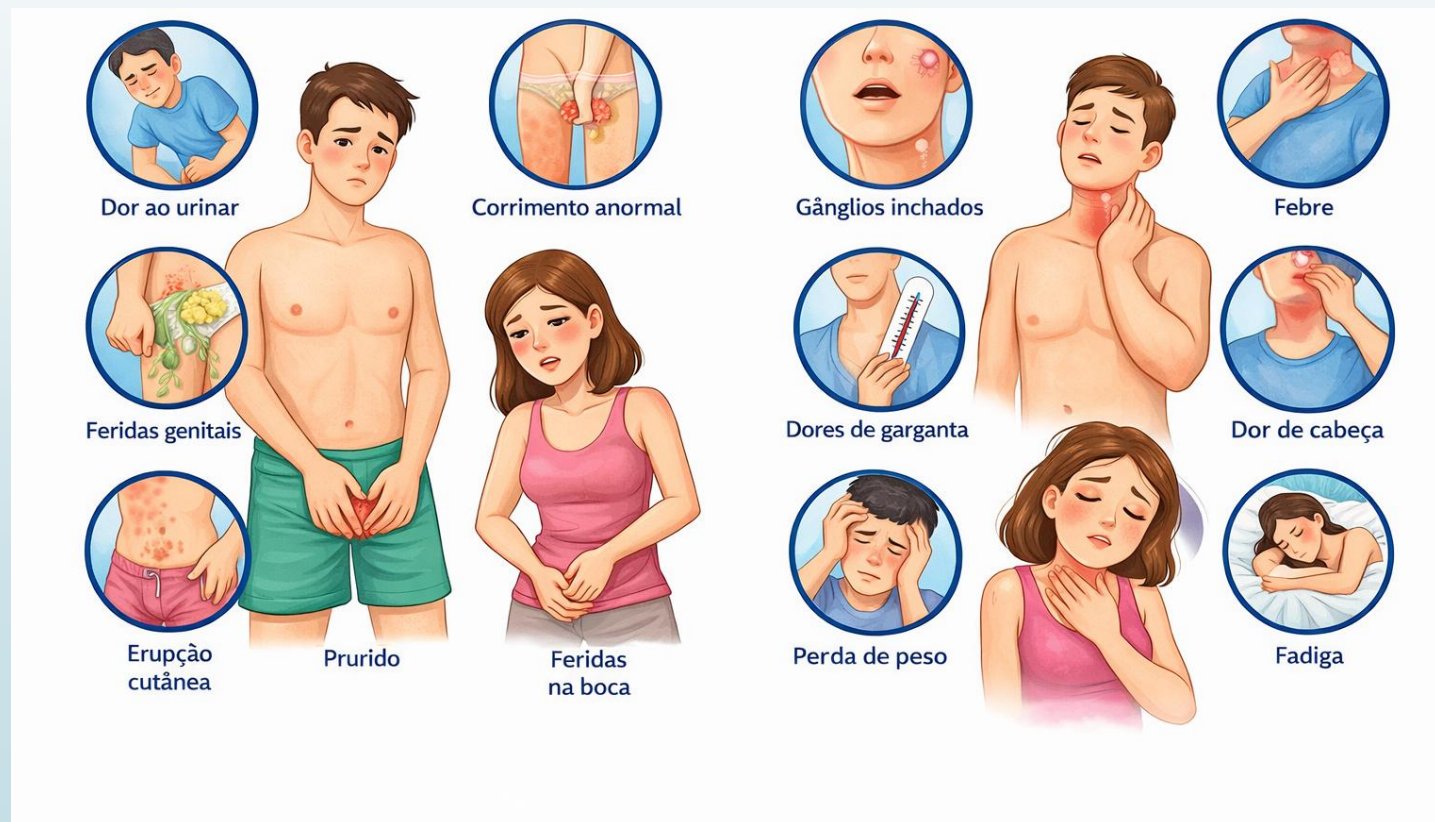
Transmitidas por contacto sexual: vaginal, anal ou oral.

A organização mundial de saúde (OMS) calcula que no mundo, em cada ano, mais de 250 milhões de pessoas adquirem uma nova DST. Cerca de metade apresenta idades compreendidas entre 15 e 24 anos.

Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTS

Sinais e Sintomas

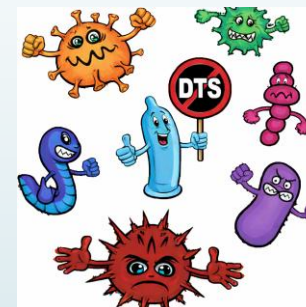


Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTS

Fatores que contribuem para o aparecimento das DST devem-se principalmente a questões comportamentais:

- O início precoce da vida sexual;
- Não Usar Métodos de Barreira;
- A troca frequente de parceiros sexuais.



Podem ter **implicações graves na saúde e qualidade de vida** a longo prazo, porque aumentam o risco de:

Cancro Ginecológico

Infertilidade

Problemas nos recém-nascidos

Aborto / parto prematuro

VIH

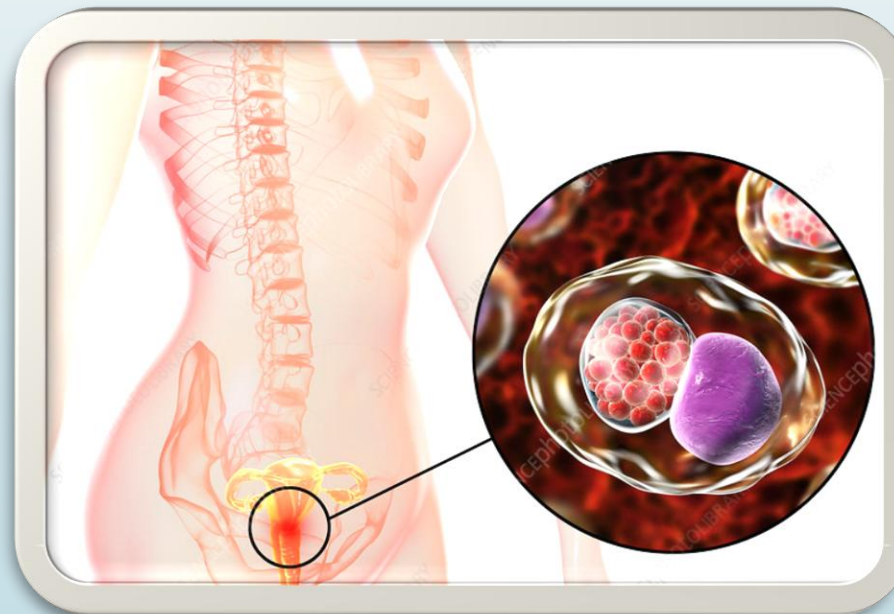
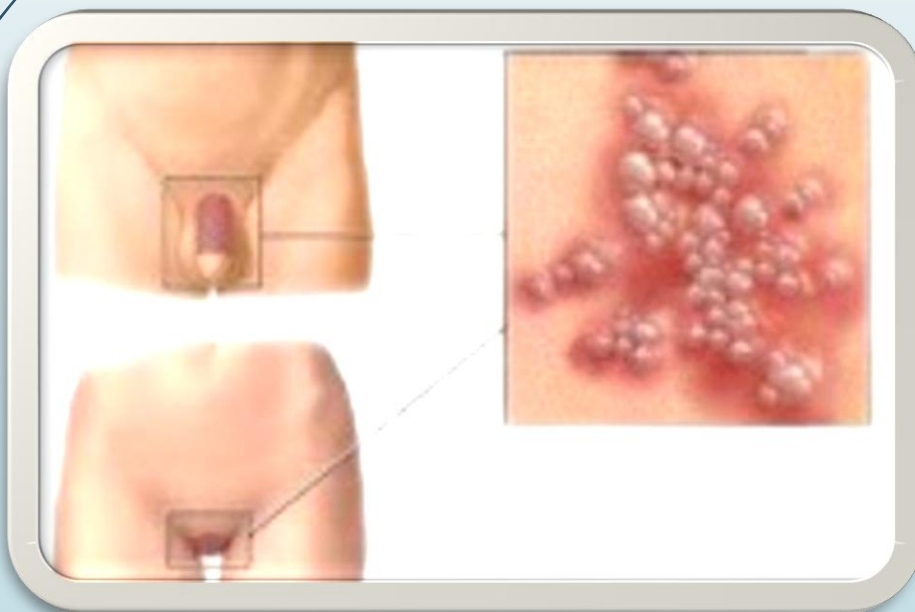
Cancro no fígado

Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTS

Clamídia

Infeção bacteriana que pode afetar os órgãos genitais e causar inflamação, muitas vezes sem sintomas.

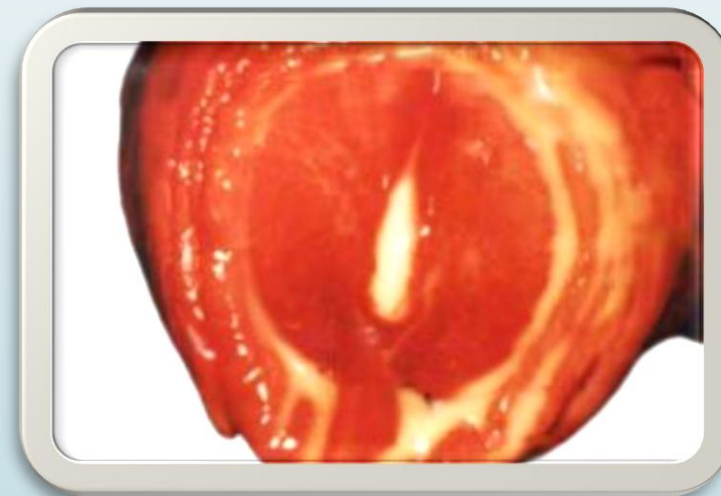


Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTS

Gonorreia

DST bacteriana que provoca inflamação e corrimento nos órgãos genitais, garganta ou ânus.



Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTS

Sífilis

Infeção que evolui por fases e pode causar feridas iniciais e erupções cutâneas.



Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTS

HPV

DST viral associada a verrugas genitais e alterações celulares.



Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTS

Herpes Genital

Infeção viral caracterizada por bolhas e feridas dolorosas na região genital.



Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTS

VIH

Vírus que compromete o sistema imunitário e pode causar infeções oportunistas.

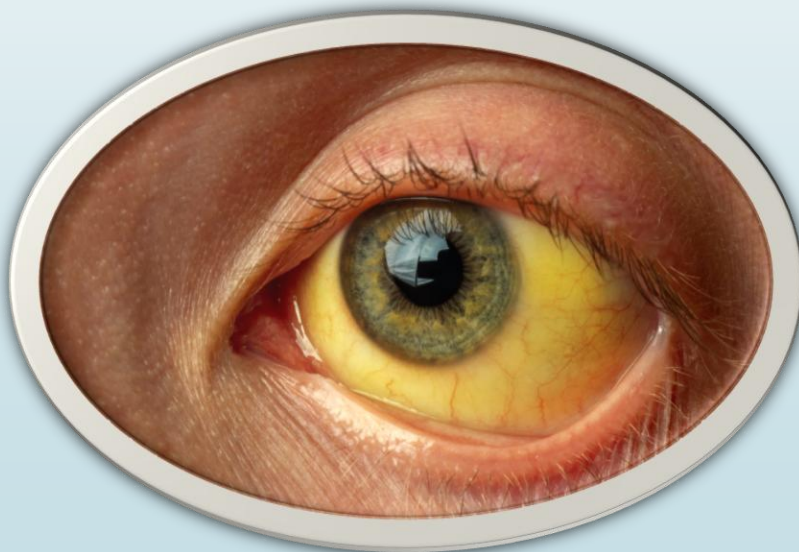


Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTS

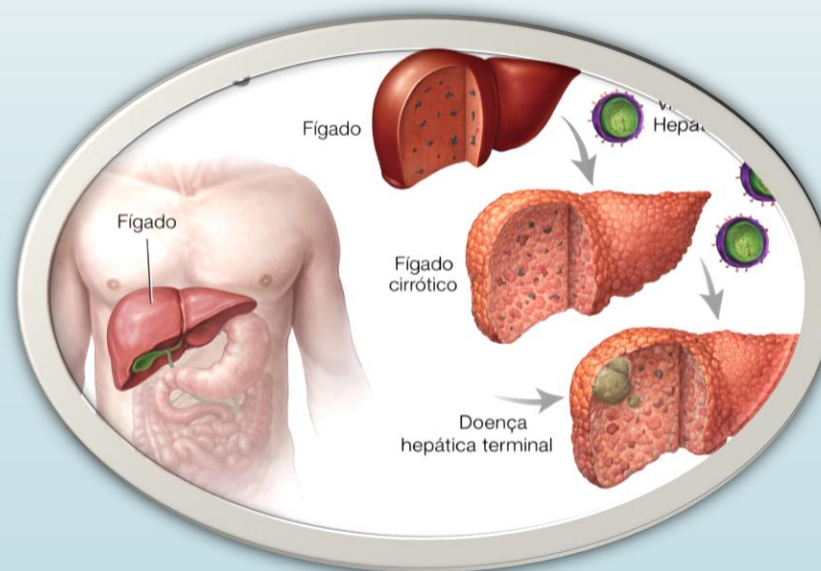
Hepatite B

Infeção viral que afeta o fígado e pode provocar icterícia.



Hepatite C

Doença do fígado que pode permanecer silenciosa durante anos.



Aonde tirar duvidas?

“Se houver risco de gravidez ou DST, não fiquem parados.”

Centro de Saúde:

- Consulta de Saúde Juvenil
- Consulta de Planeamento Familiar

Gabinete de Apoio ao Aluno



Fonte: <https://ipdj.gov.pt/sexualidade-em-linha>

Próxima Sessão – Mitos e Dúvidas

- Na próxima sessão vamos responder aos mitos e dúvidas



Cada aluno vai escrever uma dúvida ou questão que queira ver respondida e vai colocar nesta caixa, de forma anónima...



Obrigado pelo vosso
tempo!

ATIVIDADE: VENDE O TEU MÉTODO

Nome do Método:	
Como funciona?	
Vantagens	
Desvantagens	
Para quem pode ser uma boa opção?	
Protege DST?	☐ Sim ☐ Não
Onde se obtém?	



PÍLULA



IMPLANTE



PRESERVATIVO



ANEL VAGINAL



CIRURGIA



CALENDÁRIO



DIU



SELO

“Mitos, Likes e Verdades!”

Dúvida ou Questão que queiram ver respondida?

“Mitos, Likes e Verdades!”

Dúvida ou Questão que queiram ver respondida?

“Mitos, Likes e Verdades”



Nem tudo o que ouvimos é verdade!
Perguntar é saudável!



“Ter relações sexuais sem gostar de alguém é normal? Isso é bom?”

- É possível ter relações sexuais sem gostar de alguém, e isso acontece. Mas o que importa não é se é ‘normal’ — é se a pessoa se sente confortável, respeitada e segura.
- Sentimentos e confiança aumentam o conforto.
- Conhecer a pessoa ajuda a comunicar melhor.
- Se alguém faz algo só para agradar, para não ficar de fora ou contra a sua vontade, isso deixa de ser saudável.

A sexualidade pode ser vivida de formas diferentes, mas só é saudável quando há conforto, respeito e consentimento.

- ? “Masturbação todos os dias faz mal?”
- ? “Se uma pessoa se masturba muito pode ter algum problema?”
- ? “Quantas vezes se pode ter relações sexuais por dia?”

- A masturbação faz parte da sexualidade e não faz mal à saúde. Só se torna um problema se causar dor, sofrimento ou interferir com a vida diária.
- Não há números certos. O importante é que haja respeito, consentimento e que todos se sintam confortáveis.

A sexualidade não se resume à atividade sexual; envolve corpo, emoções e bem-estar.



“Sentir tesão e na hora do sexo não sentir prazer é normal?”

- Sim, é normal. Emoções, nervosismo, confiança e relação com a outra pessoa influenciam muito o prazer.

O que sentimos influencia o que o corpo sente, incluindo o prazer.

? “Sexo anal é higiénico?”

? “Uma mulher me chupar o pénis é higiénico?”

- Qualquer prática pode ser segura se houver higiene, proteção e consentimento. Sem cuidados, aumentam os riscos.

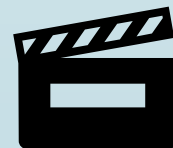
Relações saudáveis baseiam-se em respeito, comunicação e cuidados com o corpo.

? “Qual a melhor marca de preservativos?”
? “Preservativo se for bem usado e com
lubrificação podemos usar dos extra finos?”

Um preservativo bem usado é eficaz, independentemente da
marca ou espessura.

- Extra-fino **protege na mesma**
- Usar lubrificante **reduz o risco de romper**
- O importante é **usar sempre e corretamente**

O melhor preservativo é aquele que é usado do início ao fim!



? “Coceira na região das virilhas pode ser doença?”

? “O que são as glândulas de Tyson e é mau?”

- O corpo tem variações normais.
- Quando há dúvidas persistentes, o melhor é procurar um profissional de saúde.

Nem tudo o que acontece no corpo é uma doença.

? “Consegues apanhar DST se ambos são virgens?”

- Algumas podem ser transmitidas sem relação sexual penetrativa.
- Por isso, a informação e a proteção são importantes.

Ter informação é uma forma de cuidar da saúde sexual.

- ? “Qual a DST mais perigosa?”
- ? “Quem tem SIDA pode optar por não tomar medicação?”
- ? “Se o pai ou mãe tem HIV os filhos também vão ter?”

- HIV **tem tratamento eficaz**
- Quem faz tratamento **vive muitos anos**
- Pais com HIV **não transmitem automaticamente** aos filhos
- Não tomar medicação **não é uma opção segura**

Não existe uma DST “mais perigosa”; o risco depende da doença, do diagnóstico precoce e do tratamento.

? “O que pode causar um aborto espontâneo?”

? “Como funciona o período menstrual?”

? “Como saber se sou infértil?”

São temas complexos que só podem ser avaliados com acompanhamento de saúde.

Viver a sexualidade de forma saudável é conhecer o próprio corpo, respeitar os limites, tomar decisões informadas e lembrar que o consentimento e o respeito são a base de qualquer relação.

Aonde tirar duvidas?

“Se houver risco de gravidez ou DST, não fiquem parados.”

Centro de Saúde:

- Consulta de Saúde Juvenil
- Consulta de Planeamento Familiar

Gabinete de Apoio ao Aluno



Fonte: <https://ipdj.gov.pt/sexualidade-em-linha>



Obrigado pelo vosso
tempo!

Nº _____

Data: ____ / ____ / ____

“Adolescência, Conhecimentos e Escolhas sexuais saudáveis”

Questionário de Satisfação

Assinale com um X a opção que melhor reflete a sua opinião

(1 = Discordo totalmente | 5 = Concordo totalmente).

	1	2	3	4	5
A atividade foi útil e pertinente.	☐	☐	☐	☐	☐
A informação apresentada foi clara e compreensível.	☐	☐	☐	☐	☐
A equipa foi simpática e disponível.	☐	☐	☐	☐	☐
O tempo de duração foi adequado.	☐	☐	☐	☐	☐
Senti-me motivado(a) a adotar hábitos mais saudáveis.	☐	☐	☐	☐	☐

Comentários / Sugestões:

Classificação global (1= Mau a 6= ótimo):

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---