



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Projeto de Intervenção Comunitária

Decidir para Agir

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária

Andreia Costa Monteiro da Silva

Março de 2015



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Projeto de Intervenção Comunitária

Decidir para Agir

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária

Por Andreia Costa Monteiro da Silva
Sob orientação do Professor Paulo Alves

Março de 2015

Resumo

Ampliar a capacidade dos indivíduos de controlarem a sua saúde é a premissa básica de promoção da saúde. A escola, enquanto espaço social e singular de reflexão sobre os percursos de vida surge como um *setting* potencialmente promotor de saúde que, ao envolver os agentes da sua comunidade em projetos de intervenção preventivos, confere-lhes o poder de os desenvolver, baseado no conceito de empoderamento comunitário.

O presente Relatório descreve e analisa o processo de aprendizagem das atividades desenvolvidas, com base na metodologia de Planeamento em Saúde, desde o diagnóstico de situação à avaliação do projeto de intervenção, entre Abril de 2014 e Janeiro de 2015 numa Unidade de Saúde Pública do Norte de Portugal. Inserido num projeto de investigação em contexto escolar descrito como *bottom-up* e de abordagem longitudinal (2014-2023), a gestão comunitária eficaz assume-se como objetivo principal do projeto, através de uma tomada de decisão clínica em enfermagem em três focos de atenção: o Processo de Tomada de Decisão, o Papel Parental e o Papel Profissional, que analisam a população alvo do projeto (os alunos com início no 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico até ao 12º ano, os seus encarregados de educação e docentes de um concelho do Norte de Portugal).

Os diagnósticos de enfermagem formulados após o diagnóstico de situação foram: Papel Profissional Efetivo em 8% e Papel Parental efetivo em 3%. Os domínios que fundamentam o projeto são os comportamentos associados ao consumo de substâncias psicoativas, os comportamentos aditivos sem substância e os comportamentos associados à sexualidade. Na definição de prioridades estabeleceu-se como problema prioritário nos encarregados de educação (que constituem a amostra intervencionada) o conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes. Uma das metas não foi atingida com a intervenção na amostra, mostrando a necessidade de reformulações futuras.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária; Saúde Escolar; Empoderamento.

Abstract

Expanding the capacity of individuals to control their health is the basic premise of health's promotion. School, as a social and singular space of reflection about life's paths, emerges as a potential health-promoting setting that, by involving its community's agents in preventive projects of intervention, confers them the power to develop them, based on the concept of community empowerment.

The present Report, describes and analyses the learning process of the developed activities, based on Health's Planning methodology, starting from the situation diagnosis and finishes with the intervention project evaluation, between April, 2014 and January, 2015, held at a Public's Health Unit in the North of Portugal. Included in an investigation process on a school context that is described as bottom-up with a longitudinal approach (2014-2023), the effective community management is assumed as the main objective of the project, through a clinical decision-making in nursing in three foci of attention: the Decision Making Process, the Parental Role and the Professional Role, that analyses the project target population (students starting from the 3rd year of the Basic School 1st Cycle until the 12th year), their parents and teachers of a county in the North of Portugal.

The nursing diagnoses formulated after the situation diagnosis were: Professional Role effective in 88% and Parental Role effective in 3%. The domains that underlie the project are the associated behaviours to the consumption of psychoactive substances, the addictive behaviours without substance and the behaviours associated to sexuality. When defining priorities, it was established as priority problems on the parents, which constitute the intervention sample, the knowledge of the influencing factors and the protective factors of the psychoactive substances' consumption by teenagers. One of the goals was not achieved with the intervention on the sample, showing the need for future reformulations.

Key words: *Community Health Nursing; School Health; Empowerment.*

*"Procuro semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça.
Digo o que penso, com esperança. Penso no que faço, com fé.
Faço o que devo fazer, com amor. Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois
bondade também se aprende. Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim
decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no
caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir."*

Cora Coralina

Agradecimentos

Não seria possível concluir esta etapa tão importante e marcante na minha vida sozinha, um objetivo desde a finalização da minha licenciatura. A todas as pessoas que contribuíram positivamente nesta etapa, o meu agradecimento profundo, com destaque especial:

Ao Professor Paulo Alves pela oportunidade de me incluir num projeto tão inovador;
Ao Professor Pedro Melo por toda a disponibilidade, empenho, colaboração, partilha de tantos conhecimentos e a sua simpatia ao longo deste processo de aprendizagem. Todos os momentos foram profundamente enriquecedores;

À enfermeira Teresa Cardoso e à enfermeira Alice Martins, responsáveis pela tutoria do estágio, pelo constante apoio, orientação, pelos momentos partilhados e aprendizagens;

A toda a equipa de Saúde Escolar do Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos pelo apoio e pela forma como nos integraram na equipa;

À Mariana, a minha colega de estágio, agora uma amiga para a vida, por todos os momentos vivenciados e pela excelente equipa que formamos;

A todos os profissionais do meu local de trabalho, especialmente às enfermeiras: Luísa Machado, Ana Arvins e Ondina Pombinho, pela amizade e pela solidariedade sempre presente nos momentos mais difíceis e que fortaleceram o meu entusiasmo de completar este meu projeto profissional e de vida.

A toda a minha Família e amigos pelo carinho e por suportarem as minhas ausências, particularmente aos meus pais, pela pessoa que sou hoje e por me amarem incondicionalmente; À avó Liana, a minha estrela mais brilhante. Sei que estiveste sempre presente...

Ao Samuel, o meu porto de abrigo que me motiva e me apoia em todas as aventuras, pelo amor incondicional e pela paciência, mais uma etapa que ultrapassamos juntos! Obrigada pela motivação diária e por veres sempre o melhor de mim!

Lista de siglas e abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AVPP	Anos de Vida Potencialmente Perdidos
CASS	Comportamentos Aditivos Sem Substância
CDP	Centro Diagnóstico Pneumológico
CD-ROM	<i>Compact Disc Read-Only Memory</i>
CEB	Ciclo de Ensino Básico
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRI	Centro de Respostas Integradas
DDO	Doenças de Declaração Obrigatória
DGS	Direcção – Geral da Saúde
EB1	Escola Básica
ECTS	Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos
EEC	Especialização em Enfermagem Comunitária
ELI	Equipa Local de Intervenção
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
PeS	Planeamento em Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde 2012-2016
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SASU	Serviço de Atendimento a Situações Urgentes
SPA	Substâncias Psicoativas
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i>
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Universidade Católica Portuguesa
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Índice

I.	Introdução	17
II.	Do estudo da Comunidade: Etapas do Planeamento em Saúde	19
1.	Diagnóstico de situação	20
A.	Definição da área programática: O Projeto Decidir para Agir	20
B.	Constituição da equipa de trabalho	28
C.	Identificação e caracterização da comunidade: Determinação da População/ Amostra	30
D.	Especificação de objetivos	32
E.	Seleção e elaboração do instrumento de recolha de dados	34
F.	Análise Descritiva dos Dados	35
G.	Apresentação do Projeto Decidir para Agir aos Encarregados de Educação	36
2.	Definição de prioridades	36
3.	Fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração do projeto e preparação da execução	38
4.	Avaliação	42
III.	Do Projeto de Estágio às competências desenvolvidas: Uma reflexão	45
5.	Objetivos Gerais	46
6.	Objetivos Específicos	47
IV.	Conclusão	55
V.	Referências bibliográficas	59
	ANEXOS	63

Anexos em suporte de papel:

Anexo A Fundamentação do Projeto Decidir para Agir

Anexo B Análise epidemiológica dos indicadores populacionais associados ao Projeto Decidir para Agir

Anexo C Ficha do Projeto Decidir para Agir

Anexos em formato digital (CD-ROM):

- Anexo D** Análise SWOT
- Anexo E** Base de Dados do Diagnóstico de Situação no Papel Parental
- Anexo F** Base de Dados do Diagnóstico de Situação no Papel Profissional
- Anexo G** Base de Dados do Diagnóstico de Situação na Tomada de Decisão nos Alunos
- Anexo H** Apresentação do Projeto Decidir para Agir aos Encarregados de Educação
- Anexo I** Definição de prioridades
- Anexo J** Sessão de Intervenção com os Encarregados de Educação
- Anexo K** Base de Dados da Sessão de Intervenção com os Encarregados de educação
- Anexo L** Projeto Individual de Estágio
- Anexo M** Comunicação em Encontro de Enfermagem: *“Projeto Decidir para Agir – Empoderamento da Comunidade para escolhas saudáveis”*
- Anexo N** Póster: *“O Diagnóstico de Enfermagem no âmbito do papel parental no contexto escolar- o estudo de caso”*
- Anexo O** Artigo científico: *“Papel Profissional enquanto diagnóstico de enfermagem no contexto escolar – um estudo de caso”*

Índice de figuras

Figura 1 – Logotipo do projeto Decidir para Agir	23
Figura 2 – Organograma do projeto Decidir para Agir.....	29
Figura 3 – Mapa do Concelho de Matosinhos	30
Figura 4 – Estabelecimento de Ensino selecionado para o projeto Decidir para Agir por UCC	32
Figura 5 – Cronograma de atividades inicial	50
Figura 6 – Cronograma de atividades final.....	50

Índice de tabelas

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico para o Foco Papel Profissional dos docentes	25
Tabela 2– Critérios de diagnóstico para o Foco Papel Parental dos encarregados de educação.....	26
Tabela 3 – Número de Escolas Básicas por freguesia, 2013/2014	31
Tabela 4 – Objetivos do diagnóstico de situação	33
Tabela 5 – Objetivos gerais, específicos e operacionais das sessões de intervenção no Estágio inserido no Projeto Decidir para Agir	40
Tabela 6 – Comparação entre as metas propostas para a intervenção e os resultados obtidos	43

I. Introdução

O desenvolvimento profissional enquanto domínio nas competências do enfermeiro de cuidados gerais é um contributo para o desenvolvimento da prática da enfermagem através da sua valorização pessoal, da melhoria da qualidade e da formação contínua. O enfermeiro compromete-se com a sua aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção ou desenvolvimento de mais competências, no sentido de responder às suas necessidades de formação contínua.

De acordo com a decisão de aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais surge a necessidade de frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC) 2013/2015, na Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Instituto de Ciências da Saúde (ICS) – Porto.

Com o propósito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com EEC, o presente documento surge com vista a dar resposta a uma exigência curricular, que se insere na disciplina Relatório I do Curso supracitado e referentes às atividades desenvolvidas no Estágio.

Pretende descrever de forma sumária e sistematizada, as atividades desenvolvidas durante o estágio da especialidade que decorreu numa Unidade de Saúde Pública (USP) numa Unidade Local de Saúde (ULS) no Norte de Portugal no âmbito da intervenção comunitária em Saúde Escolar, entre 28 de Abril de 2014 e 21 de Janeiro de 2015.

A escolha do local de estágio decorreu da proposta da coordenação do curso e do interesse e motivação pessoal em participar no projeto apresentado.

O projeto Decidir para Agir surge como um desafio, uma vez que envolve as quatro competências específicas da EEC [Estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde (PeS); Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e realizar vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento N°128/2011 de 18 de

Fevereiro) permitindo a aquisição de todas as ferramentas necessárias ao desenvolvimento das competências específicas.

O estágio correspondeu a um total de cerca de 360 horas de contacto dividido em dois dos três módulos de Estágio de Enfermagem Comunitária. Cada Módulo correspondeu a cerca de 180 horas de contacto e 10 créditos do Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos (ECTS), sendo que no Módulo I, desenvolveu-se o diagnóstico de situação da comunidade selecionada e, por sua vez, o Módulo II correspondeu ao projeto de intervenção, de acordo com as necessidades descritas no primeiro Módulo. Através do reconhecimento de competências adquiridas através da experiência profissional, o Módulo III do estágio foi creditado.

O presente documento utiliza uma metodologia descritiva com recurso à análise crítica e reflexiva, utilizando como estratégias ou recursos, a pesquisa bibliográfica e a utilização do portfólio de documentos elaborado no decorrer do estágio pelas estudantes de mestrado. A utilização deste método tem como objetivo descrever criteriosamente todo o trabalho desenvolvido em todas as fases do PeS: desde o diagnóstico de situação até à avaliação do projeto de intervenção desenvolvido.

Para a elaboração deste Relatório são determinados os seguintes objetivos:

- Cumprir um requisito da Unidade Curricular Relatório I;
- Descrever e contextualizar os Módulos I e II de estágio;
- Refletir sobre as competências adquiridas ou reforçadas com a realização do estágio.

Este documento encontra-se organizado em cinco capítulos: inicia-se com a presente Introdução, seguindo-se o capítulo II que descreve as etapas de PeS e o capítulo III que percorre as competências adquiridas ao longo do estágio, finalizando com a conclusão do relatório e referências bibliográficas. Em anexo foram incluídos todos os documentos considerados relevantes no trabalho que foi desenvolvido em estágio. Em suporte de papel encontram-se apresentados os Anexos A, B e C e os restantes anexos encontram-se em formato digital de *Compact Disc Read-Only Memory (CD-ROM)*.

II. Do estudo da Comunidade: Etapas do Planejamento em Saúde

“Planejar é prever, ou seja, é planejar o futuro” (Secretariado para a Modernização Administrativa, 1987). Planejar em saúde é um processo permanente, contínuo e dinâmico de recolha de informação, um auxiliar na tomada de decisão e um modelo teórico de ação futura, onde se prevê a racionalização na aplicação dos recursos e serviços necessários com vista a atingir objetivos determinados de acordo com as prioridades estabelecidas, escolhendo as melhores resoluções de problemas de entre várias opções, implicando uma ação interativa (Imperatori e Giraldes, 1982; Tavares, 1992).

Segundo Imperatori e Giraldes (1982, p.6) o Planejamento da Saúde assume-se como *“a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socio – económicos”*.

As etapas do PeS encontram-se estabelecidas de acordo com um processo contínuo de sete etapas e englobam três tipos de planeamento: o normativo e estratégico, o tático e o operacional. As etapas a percorrer nesta metodologia tem início no diagnóstico da situação, seguido da definição de prioridades, da fixação de objetivos, da seleção de estratégias, da elaboração de programas e projetos, da preparação da execução e finalizando na avaliação (Imperatori e Giraldes, 1982). Neste capítulo descrevem-se todas as atividades desenvolvidas em estágio utilizando a metodologia de PeS e percorrendo todas as suas etapas. A utilização e o conhecimento das etapas do PeS permitem intervenções coerentes e consequentemente projetos eficientes no âmbito da promoção da saúde ou de problemas nas instituições (Tavares, 1992).

1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa no processo de PeS e realiza-se sempre que se pretende conhecer melhor uma determinada população. A conformidade entre o diagnóstico de situação e as necessidades demonstra a pertinência de um projeto e, nesta fase identificam-se primariamente os problemas e posteriormente determinam-se as necessidades da população em estudo (Tavares, 1992).

As suas características essenciais é ser um diagnóstico de situação claro, sucinto e rápido mas suficientemente alargado e aprofundado (Imperatori e Giraldes, 1982; Tavares, 1992).

No final deste primeiro passo da metodologia do PeS pretende-se que estejam definidos os principais problemas de saúde da população selecionada, entendidos principalmente como uma situação de doença e medidos em termos de morbilidade e mortalidade (Imperatori e Giraldes, 1982).

A. Definição da área programática: O Projeto Decidir para Agir

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS), a saúde resulta de um historial de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, escolher comportamentos saudáveis ao longo da vida e viver em contextos saudáveis. A saúde não se acumula no entanto, as perdas de saúde podem ter um efeito cumulativo ao longo do ciclo de vida que determinam o aparecimento precoce de incapacidade e doenças crónicas [Direcção- Geral da Saúde (DGS), 2012].

“O percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes” [Organização Mundial de Saúde (OMS), 2009]. A intervenção nos períodos críticos, que influenciam de forma direta as fases seguintes do ciclo de vida, denominadas por janelas de oportunidade, pode ter uma elevada importância a médio e a longo prazo, uma vez que retorna ganhos em saúde ao potenciar efeitos positivos e a atenuar os fatores de risco.

Ao nível da saúde pública, numa perspetiva a longo prazo, a saúde dos adolescentes é um elemento essencial para que no futuro sejam adultos saudáveis.

Há evidência científica dos benefícios para a saúde, a longo prazo, através de intervenções nas crianças e jovens ao nível da promoção das relações parentais, dos estilos de vida saudáveis e da prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência no meso-sistema escola (DGS, 2014), por serem períodos privilegiados de adoção de comportamentos saudáveis.

Sendo o PNS descrito como o *roadmap* das intervenções da Saúde, define-se como pilar na intervenção em Saúde Escolar, enquanto modelo de intervenção colaborativo, apresentando como objetivos específicos o apoio da escola na promoção de ambientes escolares capacitadores e no empoderamento da comunidade escolar (DGS, 2014).

A escola enquanto *setting* de promoção de padrões de comportamentos saudáveis ao longo da vida que abrange a comunidade escolar (encarregados de educação, docentes e alunos) atribui-lhes um papel determinante na proteção da saúde e do desenvolvimento das crianças e jovens, através de uma sequência de comportamentos e circunstâncias, que comprometem a sua saúde, tais como o sexo inseguro, o uso de drogas ilícitas e a violência.

A intervenção no âmbito das competências sociais e emocionais para a tomada de decisões responsáveis em saúde, nomeadamente na prevenção do consumo de Substâncias Psicoativas (SPA), na promoção de uma sexualidade segura e na redução dos Comportamentos Aditivos Sem Substância (CASS), apresentam-se como áreas de intervenção a serem consideradas (DGS, 2012; DGS, 2014), por estimularem o empoderamento dos alunos para a eliminação de comportamentos de risco que se refletem no futuro em indicadores de morbidade e mortalidade.

No último relatório publicado em Portugal em 2014 através de uma parceria com a OMS sobre estes domínios, denominado “*A saúde dos adolescentes portugueses*”, verifica-se que, dos adolescentes que referiram ter consumido alguma SPA, a média de idades para o início do uso de tabaco ou álcool foi de 13 anos; para a embriaguez ou outras drogas, a média foi de 14 anos ou mais. No que concerne aos CASS, são os alunos do 8º ano de escolaridade que visualizam mais a televisão, independentemente do dia da semana e ainda, em relação à dependência da internet são os rapazes deste ano de escolaridade que apresentam as médias com os valores superiores de adição.

Os comportamentos de risco associados à sexualidade também são referidos no mesmo relatório, referindo que os adolescentes que afirmaram terem relações

sexuais apresentaram um início precoce entre os 14 anos ou mais e ainda, mais de um terço dos adolescentes que referiram terem relações sexuais não usaram o preservativo justificando como principal motivo o facto de não terem pensado no assunto, sinalizando ainda o abuso de álcool associado ao motivo do não uso do preservativo, representando dados extremamente preocupantes neste âmbito.

A intervenção preventiva na escola destes comportamentos é mais eficaz na infância do que tentativas na adolescência, no entanto, é evidenciado em vários estudos que a intervenção na segunda década consente a correção dos comportamentos que ocorreram na infância. No que respeita ao consumo de SPA, a prevenção em saúde escolar é essencial por ser o *setting* de aquisição de aprendizagens conceptuais mas também de conduta social e afetiva, fundamentais para lidar com os riscos de consumo de SPA e ainda, por ser o contexto onde se dá seguimento ao processo de socialização iniciado na família e ser um espaço ideal para detetar os fatores de risco de forma precoce. As intervenções devem envolver o aluno, a família e a comunidade escolar (Ministério da Educação, 2007), através de uma abordagem holística que capacita a comunidade educativa para a gestão da saúde enquanto fator de proteção.

Os enfermeiros sendo dinamizadores e promotores da educação para a saúde detêm competências que lhes permitem responder com maior exatidão às necessidades das crianças, jovens e adolescentes no *setting* escola, promovendo intervenções preventivas e efetivas no âmbito dos comportamentos de risco associados à sexualidade e comportamentos aditivos com e sem substância.

A identificação de problemas e de necessidades leva à elaboração de projetos, que exigem a racionalização de recursos e como tal, torna-se necessário que um projeto tenha uma importância prática evidente, contribua para a resolução de um problema importante na área da saúde e satisfaça os objetivos da instituição onde o projeto é desenvolvido (Tavares, 1992).

“Um projeto é um conjunto de atividades (tarefas) que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado e que contribui para a execução de um Programa” (Tavares, 1992, p.39).

Com base na pertinência da temática define-se a área programática do projeto Decidir para Agir: a Saúde Escolar enquanto *setting* de promoção de saúde através de intervenções efetivas e preventivas em três domínios: consumo de SPA, CASS e comportamentos associados à sexualidade.

As estudantes da EEC criaram um logotipo aprovado pela equipa do projeto, com o objetivo de criar uma identidade visual ao projeto e que estivesse presente em todos os documentos elaborados (Figura 1).



Figura 1 – Logotipo do projeto Decidir para Agir

Desenvolveu-se uma fundamentação extensiva e criteriosa sobre as bases sustentadoras do projeto que consta no Anexo A, utilizando fontes de informação atuais e de acordo com o enquadramento legal específico da Saúde Escolar e respetivos Programas de Saúde.

A base do projeto Decidir para Agir é o conceito de Pessoa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), abordando a Pessoa enquanto centro de processos intencionais, processos não intencionais e de interação com o ambiente (Anexo A, p.12).

Descreve-se como um projeto longitudinal que acompanha a sua população alvo entre 2014 e 2023, com o objetivo principal de promover uma gestão comunitária eficaz para a promoção de competências para a vida potenciadoras de um projeto de vida saudável.

Apresenta uma abordagem do Foco de Enfermagem Gestão Comunitária e a sua ação é focada nos três intervenientes que são a população alvo do projeto: os Encarregados de Educação (Papel Parental), os Docentes (Papel Profissional) e os alunos do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB) que serão acompanhados até ao 12º ano (na sua Tomada de Decisão), que são três dimensões diagnósticas de acordo com os critérios diagnósticos propostos por Melo, Figueiredo e Borges (2012), associados às dimensões cognitiva (conhecimento e/ou aprendizagem de habilidades), atitudinal (crenças, valores e atitudes) e comportamental (adesão) e

descritas de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Foram identificados critérios diagnósticos associados ao Foco Papel Profissional nos docentes (Tabela 1) e associados ao Papel Parental dos encarregados de educação (Tabela 2). Cada critério diagnóstico foi obtido através de dados que se indicaram como critérios de avaliação.

Critérios Diagnóstico	Dados – Critérios de Avaliação
Conhecimento sobre substâncias psicoativas efetivo se:	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre os tipos de substâncias psicoativas efetivo e • Conhecimento sobre idade de início do consumo de substâncias psicoativas efetivo e • Conhecimento sobre perfis de consumo de substâncias efetivo e • Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes efetivo e • Conhecimento sobre sinais de alerta do consumo de substâncias psicoativas efetivo e • Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de substâncias psicoativas efetivo.
Conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substância efetivo se:	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre os tipos de comportamentos aditivos sem substância efetivo e • Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais efetivo e • Conhecimento sobre sinais de alerta de comportamentos aditivos sem substância efetivo.
Conhecimento sobre sexualidade e reprodução efetivo se:	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre papel de género efetivo e • Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência efetivo e • Conhecimento sobre métodos de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis na adolescência efetivo e • Conhecimento sobre o abuso na adolescência efetivo.
Atitude dos docentes face ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora se:	<ul style="list-style-type: none"> • Crença na participação em ações de prevenção do consumo de substâncias psicoativas facilitadora e • Crença na utilização dos recursos de apoio em situação de consumo de substâncias psicoativas existentes na comunidade facilitadora.
Atitude dos docentes face aos comportamentos aditivos sem	<ul style="list-style-type: none"> • Crença na participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância facilitadora e • Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais facilitadora e

substância facilitadora se:	<ul style="list-style-type: none"> • Crença na utilização dos recursos de apoio em situações de comportamentos aditivos sem substância existentes na comunidade facilitadora.
Atitude dos docentes face a comportamentos associados à sexualidade e reprodução facilitadora se:	<ul style="list-style-type: none"> • Crença na participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade facilitadora e • Crença sobre sexualidade e reprodução facilitadora e • Identificação e aceitação da identidade sexual dos alunos facilitadora e • Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/gravidez na adolescência/infeção sexualmente transmissível diagnosticada facilitadora.

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico para o Foco Papel Profissional dos docentes

Critérios Diagnóstico	Dados – Critérios de Avaliação
Conhecimento sobre substâncias psicoativas efetivo se:	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre os tipos de substâncias psicoativas efetivo e • Conhecimento sobre idade de início do consumo de substâncias psicoativas efetivo e • Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes efetivo e • Conhecimento sobre sinais de alerta do consumo de substâncias psicoativas efetivo e • Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de substâncias psicoativas efetivo.
Conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substância efetivo se:	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre os tipos de comportamentos aditivos sem substância efetivo e • Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais efetivo e • Conhecimento sobre sinais de alerta de comportamentos aditivos sem substância efetivo.
Conhecimento sobre sexualidade e reprodução efetivo se:	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre papel de género efetivo e • Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência efetivo e • Conhecimento sobre métodos de prevenção de Infeções Sexualmente Transmissíveis na adolescência efetivo e • Conhecimento sobre o abuso na adolescência efetivo.
Atitude da família face ao consumo de substâncias	<ul style="list-style-type: none"> • Crença sobre a abordagem ao tema de substâncias psicoativas em família facilitadora e • Crença sobre o consumo de substâncias psicoativas facilitadora e

psicoativas facilitadora se:	<ul style="list-style-type: none"> • Crença na utilização dos recursos de apoio em situação de consumo de substâncias psicoativas existentes na comunidade facilitadora.
Atitude da família face aos comportamentos aditivos sem substância facilitadora se:	<ul style="list-style-type: none"> • Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais facilitadora e • Crença na utilização dos recursos de apoio em situações de comportamentos aditivos sem substância existentes na comunidade facilitadora.
Atitude da família face à sexualidade e reprodução facilitadora se:	<ul style="list-style-type: none"> • Crença sobre sexualidade e reprodução facilitadora e • Identificação e aceitação da identidade sexual dos filhos facilitadora e • Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/gravidez na adolescência/infeção sexualmente transmissível diagnosticada facilitadora.

Tabela 2– Critérios de diagnóstico para o Foco Papel Parental dos encarregados de educação

O conceito de Empoderamento Comunitário é também um dos pilares sustentadores do projeto, porque permite conferir poder às pessoas através de uma abordagem de promoção da saúde e conduz ao aperfeiçoamento das competências da comunidade para mobilizar recursos, organizar ações e envolverem-se nas decisões que modelam o seu mundo (Laverack, 2008), permitindo uma gestão comunitária eficaz.

O Empoderamento Comunitário incorpora-se em dois termos: o empoderamento e a comunidade, incluídos num fenómeno visto como um resultado mas também um processo, que se inicia no indivíduo, passa pelo grupo e termina na comunidade em geral e que podem evoluir ao longo de um contínuo dinâmico, ou seja, que promove uma abordagem *bottom-up* em que a comunidade controla as decisões que influenciam a sua vida (Laverack, 2008).

Para que se compreenda o caminho que se pretende seguir é necessário conhecer de forma aprofundada, a situação em que nos encontramos e para tal, foi elaborada uma análise epidemiológica dos indicadores populacionais associados ao Projeto Decidir para Agir, nos jovens entre os 10 e os 18 anos, que se pressupõe melhorarem na população alvo que integra o projeto (Anexo B).

“Os indicadores não produzem informação nova, mas permitem deduzir as necessidades (...)” (Tavares, 1992, p.59). Verifica-se que algumas das principais causas de mortalidade no concelho de Matosinhos são os tumores malignos, as

doenças do aparelho circulatório e respiratório, sendo um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) com taxas superiores às do continente e região Norte de Portugal de Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), em que a primeira causa de AVPP confirmada são os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão seguida do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA) (Anexo B, p.7-9).

Os fatores de risco associados à maior perda de AVPP são os hábitos tabágicos, sendo ainda referidos o consumo de álcool, o consumo de drogas e o sexo desprotegido (Anexo B, p.10).

Transcrevendo a célebre frase da Lei de Finagle: *“Os dados que se desejam não correspondem aos que nos dão; os dados que pedimos não correspondem aos que necessitamos; os dados que necessitamos são impossíveis de obter”*. Em relação ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), a primeira premissa da Lei de Finagle assume-se como verdadeira, uma vez que se verifica uma subnotificação dos diagnósticos de enfermagem sendo que, os dados com indicadores mais precisos são o do Uso de Tabaco por ser um indicador contratualizado na maioria das unidades funcionais, o que demonstra a necessidade dos enfermeiros colmatarem a ausência de registos de enfermagem nestes domínios (Anexo B, p.12-26).

Também no que diz respeito aos indicadores relativos às Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) verifica-se uma lacuna na notificação de novos casos a nível nacional e a nível local, comparativamente aos indicadores internacionais, sendo necessário refletir sobre esta ausência de registos, uma vez que a maioria das IST são Doenças de Declaração Obrigatória (DDO) (Anexo B, p.30-34).

Os CASS são os que apresentam indicadores mais escassos internacionalmente e nacionalmente; a nível local não existem dados.

Os indicadores obtidos encontram-se organizados na Ficha de Projeto que foi elaborada, onde toda a informação do projeto se encontra sintetizada (Anexo C, p. 13-16).

A elaboração de um diagnóstico de situação deve apresentar informação fidedigna e atualizada no sentido em que os resultados que se obtêm também o sejam, para tal, as fontes informadoras deste diagnóstico foram:

- Revisão bibliográfica sobre os domínios do projeto;

- Consulta de *Websites* institucionais [Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), DGS, OMS, Instituto Nacional de Estatística (INE)];
- Consulta de documentos cedidos pelas tutoras do estágio;
- Consulta dos profissionais que trabalham na USP;
- Reunião com a Estatista da ULSM que forneceu os dados através das bases de dados existentes na ULSM;
- Consulta de profissionais da ULSM, nomeadamente os responsáveis pelas consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez e Gravidez na adolescência;
- Reunião com a Equipa do Centro de Respostas Integradas (CRI) do Porto.

B. Constituição da equipa de trabalho

O Projeto Decidir para Agir surge como uma parceria entre a UCP – ICS e a ULSM. A ULSM integra o Hospital Pedro Hispano, o ACES de Matosinhos e Unidades de Cuidados Continuados. De acordo com o artigo 2º do Decreto – Lei nº.28 de 22 de Fevereiro, um ACES são serviços de saúde dotados de autonomia administrativa constituídos por diversas unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde primários aos cidadãos de uma área geográfica delimitada.

O ACES de Matosinhos agrega um Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU), uma Equipa Local de Intervenção (ELI), um Centro Diagnóstico Pneumológico (CDP), uma USP e quatro Centros de Saúde: o Centro de Saúde de Leça da Palmeira, o Centro de Saúde de Matosinhos, o Centro de Saúde de S. Mamede Infesta e o Centro de Saúde da Senhora da Hora (ULSM, 2010). Cada Centro de Saúde detém uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) na sua constituição.

De acordo com a legislação sobre a estrutura e funcionamento de cada ACES e das suas unidades funcionais, presente nos artigos 11º e 12º do Decreto-Lei nº.28/2008, uma UCC *“presta cuidados de saúde (...) de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis (...) e atua ainda na educação para a saúde”* e uma USP *“funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo- -lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir*

programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos (...)”.

O ACES de Matosinhos, ao nível do Programa de Saúde Escolar apresenta uma Equipa de Saúde Escolar, constituída pela equipa multidisciplinar da USP de Matosinhos e de cada UCC pertencentes ao ACES, responsáveis pelo Programa de Saúde Escolar de cada Centro de Saúde: UCC Leça da Palmeira, UCC Matosinhos, UCC Senhora da Hora e UCC de S. Mamede Infesta.

A equipa do projeto Decidir para Agir, para além da Equipa de Saúde Escolar acima descrita foi ainda constituída pelas alunas de Mestrado em Enfermagem com EEC a estagiarem na USP de Matosinhos entre 28 de Abril de 2014 e 21 de Janeiro de 2015, tendo como tutoras com EEC, uma enfermeira a exercer funções na USP de Matosinhos e uma enfermeira responsável pela UCC Senhora da Hora; pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem do ICS da UCP do Porto, na Unidade Curricular Ensino Clínico V e pelo orientador dos estudantes de Mestrado e de Licenciatura e investigador no âmbito do Empoderamento Comunitário (Figura 2).



Figura 2 – Organograma do projeto Decidir para Agir

Como é possível verificar na Figura 2, todos os elementos que integram o projeto interagem entre si promovendo o correto desenvolvimento do projeto.

Os estudantes de licenciatura integraram a equipa do projeto posteriormente, pelo que foi pertinente a elaboração de uma análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) (Anexo D), uma vez que é uma ferramenta útil no processo de planeamento e que deve ser utilizada entre um diagnóstico e o planeamento estratégico.

Com esta análise foi possível estimar quais eram as forças, as fraquezas, as ameaças e as oportunidades do projeto, permitindo preparar opções estratégicas no que se refere aos riscos ou problemas a serem resolvidos.

C. Identificação e caracterização da comunidade: Determinação da População/ Amostra

O Concelho de Matosinhos tem 62,42 quilómetros de área e 175 478 habitantes e encontra-se subdividido em quatro freguesias: Custóias, Leça do Balio e Guifões; Matosinhos e Leça da Palmeira; Perafita, Lavra e Santa Cruz do Bispo e São Mamede de Infesta e Senhora da Hora (Wikipedia, 2015) tal como se encontra representado na Figura 3.

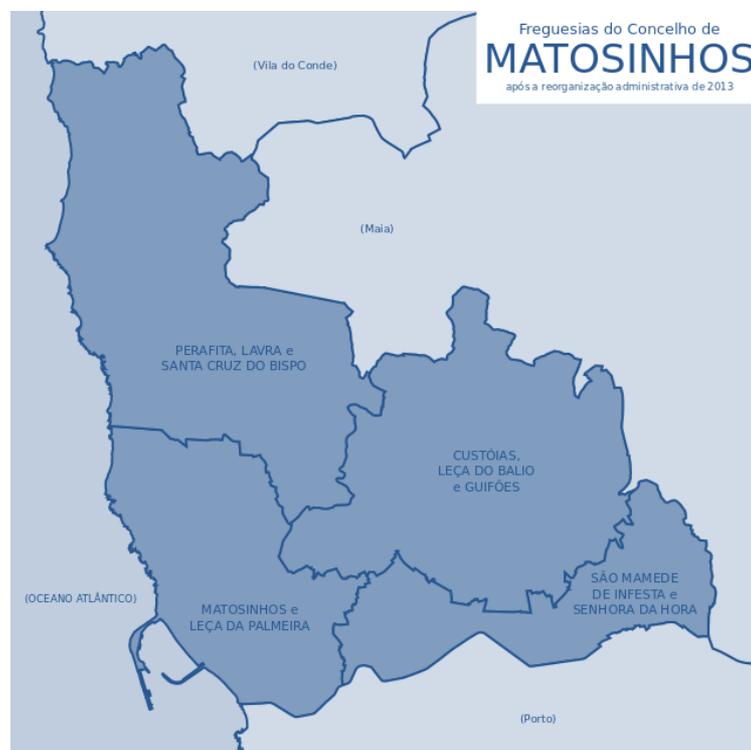


Figura 3 – Mapa do Concelho de Matosinhos

Dados de 2013 do INE referem que a população residente no concelho de Matosinhos é de 174 090 residentes sendo que, 17 371 residentes têm entre os 10 e os 19 anos de idade. Dos dados recolhidos nos Censos 2011, a população residente em Matosinhos dos 0 aos 14 anos é de 25.112 residentes (Anexo B, p. 6-7).

Nas quatro freguesias pertencentes ao Concelho de Matosinhos existem dez Escolas do Ensino Básico no Parque Escolar (USP, 2014, p.61) sendo que, na freguesia de Perafita, Lavra e Santa Cruz do Bispo não existe nenhuma Escola Básica (EB1) do 1º CEB (Tabela 3).

Freguesia	Número de Escolas Básicas do 1º Ciclo
Custóias, Leça do Balio e Guifões	5
Matosinhos e Leça da Palmeira	3
Perafita, Lavra e Santa Cruz do Bispo	0
São Mamede de Infesta e Senhora da Hora	2
Total Geral	10

Tabela 3 – Número de Escolas Básicas por freguesia, 2013/2014

Das dez EB1 existentes no Concelho de Matosinhos, foram selecionadas quatro estabelecimentos de ensino, decidido pela equipa do projeto. Foram selecionadas as turmas do 3º ano do 1º CEB para integrarem o projeto: EB1 Matosinhos, EB1 Engenheiro Fernando Pinto de Oliveira, EB1 Padre Manuel Castro e EB1 Santiago. Cada EB1 selecionada integra a área de abrangência de cada uma das UCC's do ACES de Matosinhos (Figura 4). Apenas a EB1 Engenheiro Fernando Pinto de Oliveira tem duas turmas pertencentes à população-alvo, as restantes têm apenas uma turma no projeto.

UCC Leça da Palmeira	UCC Matosinhos	UCC Senhora da Hora	UCC de S. Mamede Infesta
			
<p>EB1 Engenheiro Fernando Pinto de Oliveira 2 Turmas (5,6) 44 alunos</p>	<p>EB1 Matosinhos 1 Turma 25 alunos</p>	<p>EB1 Santiago 1 Turma 26 alunos</p>	<p>EB1 Padre Manuel Castro 1 Turma 20 alunos</p>

Figura 4 – Estabelecimento de Ensino selecionado para o projeto Decidir para Agir por UCC

No processo de PeS torna-se necessário definir e caracterizar a população que irá beneficiar com as intervenções que serão desenvolvidas. A população alvo do projeto Decidir para Agir são as crianças do 3º ano do 1º CEB das EB1 acima descritas e a serem acompanhadas até ao 12º ano, os seus encarregados de educação e docentes. Este projeto intervém numa amostra de 115 alunos, 95 encarregados de educação e 25 docentes.

D. Especificação de objetivos

Com vista a atingir os resultados pretendidos torna-se necessário formular objetivos consistentes no sentido de orientar estratégias posteriores. Os objetivos estabelecidos para o diagnóstico de situação foram os descritos na Tabela 4:

Objetivos do Diagnóstico de Situação	Papel Parental
<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar os encarregados de educação em termos de dados sociodemográficos; - Avaliar o conhecimento dos encarregados de educação sobre consumo de SPA; - Avaliar o conhecimento dos encarregados de educação sobre CASS; - Avaliar o conhecimento dos encarregados de educação sobre sexualidade; - Avaliar a atitude da família face ao consumo de SPA; - Avaliar a atitude da família face aos CASS; 	

- Avaliar a atitude da família face à sexualidade.
Papel Profissional
<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar os docentes em termos de dados sociodemográficos; - Avaliar o conhecimento dos docentes sobre consumo de SPA; - Avaliar o conhecimento dos docentes sobre CASS; - Avaliar o conhecimento dos docentes sobre sexualidade; - Avaliar a atitude dos docentes face ao consumo de SPA; - Avaliar a atitude dos docentes face aos CASS; - Avaliar a atitude dos docentes face à sexualidade.
Tomada de Decisão nos Alunos
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento dos alunos sobre SPA; - Avaliar o conhecimento dos alunos sobre CASS; - Avaliar o conhecimento dos alunos sobre sexualidade (abuso, papel de género, anatomia do corpo humano, orientação sexual); - Avaliar a atitude dos alunos face ao consumo de SPA; - Avaliar a atitude dos alunos face aos CASS; - Avaliar a atitude dos alunos face à sexualidade (abuso, papel de género, anatomia do corpo humano, orientação sexual).

Tabela 4 – Objetivos do diagnóstico de situação

Os objetivos do diagnóstico de situação relativos ao papel profissional e papel parental foram formulados pelas estudantes da EEC e os da tomada de decisão nos alunos foram desenvolvidos pelos estudantes de licenciatura.

Foram elaboradas tabelas de tomada de decisão clínica para o Papel Parental (Anexo E, p.10-16), para o Papel Profissional (Anexo F, p. 10-16) e para a Tomada de Decisão nos Alunos (Anexo G, p.7-18).

Estas tabelas foram os primeiros documentos a serem preenchidos no estágio e apresentaram-se como fundamentais, o fio condutor de todo o processo de planeamento. São tabelas que surgem como um resumo da atividade diagnóstica e que permitiram perceber quais seriam os objetivos do diagnóstico de situação e que também serviram de mediadoras entre os instrumentos de recolha de dados que foram posteriormente elaborados.

E. Seleção e elaboração do instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados selecionado foi a elaboração de um questionário, um para a elaboração do diagnóstico de situação dos encarregados de educação (Anexo E, p.2-9) e um para os docentes (Anexo F, p. 2-9).

Para a elaboração do diagnóstico de situação dos alunos realizou-se um questionário interativo em que, através da observação dos alunos foi elaborado um questionário que permitiria avaliar o seu processo de tomada de decisão (Anexo G, p.3-6).

O diagnóstico de situação nos alunos foi elaborado pelos estudantes da licenciatura com a colaboração das estudantes da EEC.

O questionário é um instrumento de colheita de dados que permite obter do participante respostas escritas a um grupo de questões e tem como objetivo *“recolher informação factual sobre os acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.”* (Fortin, 2009, p.380).

A escolha deste instrumento de recolha de dados prendeu-se com vários fatores que se apresentaram como vantajosos enquanto método de colheita de dados:

- Apresenta uma grande flexibilidade em termos de estrutura;
- Permite o preenchimento pelos participantes sem assistência;
- Pode conter questões abertas ou questões fechadas;
- Os enviesamentos são quase impossíveis (Fortin, 2009).

Após pesquisa bibliográfica, verificou-se a inexistência de um instrumento de colheita de dados que correspondesse às necessidades do diagnóstico de situação. Após reunião da equipa do projeto Decidir para Agir, ficou acordado a elaboração de um questionário com base na revisão da literatura efetuada, correspondendo na sua maioria a um conjunto de questões fechadas.

O questionário desenvolvido para os docentes foi enviado via digital, através de *e-mail* utilizando o aplicativo *google docs* onde se rececionaram os questionários e introduzidos automaticamente numa matriz criada no *Microsoft Excel*, onde se desenvolveu uma base para o tratamento estatístico dos dados recolhidos.

O questionário dos encarregados de educação foi entregue em formato papel e após a receção dos questionários preenchidos, foram inseridos manualmente no

aplicativo *google docs*, após serem enumerados e codificados para facilitar a introdução dos dados na matriz criada no *Microsof Excel*.

Após o desenvolvimento dos questionários iniciais procedeu-se ao pré-teste de cada instrumento. O pré-teste revela-se de uma enorme importância pois “ (...) *permite detetar erros e ambiguidades na formulação das questões (...) O pré-teste ajuda a reformular as questões tornando-as perceptíveis para todos.*” (Tavares, 1992, p.63). Após análise dos resultados obtidos no pré-teste verificou-se a necessidade de proceder à alteração de algumas questões incluídas nos questionários para evitar questões menos perceptíveis por parte dos participantes. Ao longo do projeto forneceu-se sempre informação ao responsável de cada estabelecimento de ensino, assim como se apresentou informação aos participantes dos questionários que constam em anexo (Anexo E, p.2; Anexo F, p.2). O consentimento dos participantes foi obtido através do preenchimento dos questionários tendo sido respeitada a confidencialidade e o anonimato de toda a informação facultada. Em todo o processo de apresentação do projeto não foram identificados os estabelecimentos de ensino onde o projeto intervém.

F. Análise Descritiva dos Dados

Após a recolha dos dados obtidos no diagnóstico de situação é necessário realizar o tratamento de dados estatísticos e a análise dos respetivos dados. A interpretação dos resultados obtidos permite obter as necessidades da população que necessitam de intervenção. Os resultados apresentam-se sob a forma de tabelas e gráficos com a mesma sequência das questões apresentadas em cada questionário (Anexo E, p.17-94; Anexo F, p.17-94).

No caso dos resultados do diagnóstico de situação dos alunos, apesar de terem sido recolhidos pelos estudantes de licenciatura, o tratamento estatístico dos dados foi realizado pelas estudantes da EEC com o intuito de apresentar um diagnóstico de situação com toda a população alvo: encarregados de educação, alunos e docentes (Anexo G, p.19-33).

Foi elaborada uma discussão sobre os resultados obtidos no diagnóstico de situação dos encarregados de educação (Anexo E, p.95-99) e no diagnóstico de situação dos docentes (Anexo F, p. 95-101).

O diagnóstico de situação deve terminar com uma lista de problemas, sobre os quais vai cair a escolha dos problemas que se pretendem solucionar ou minimizar (Tavares, 1992, p.73).

A lista dos problemas será abordada na secção 2 deste Relatório, na definição de prioridades.

Após o tratamento dos dados foram obtidos os dados para formular o juízo clínico que indicam os diagnósticos no âmbito dos focos Papel Profissional e Papel Parental. O diagnóstico de enfermagem formulado para o papel profissional dos docentes foi: Papel Profissional efetivo em 8%, em que a percentagem obtida representa a percentagem de menor valor identificada nos critérios diagnósticos associado ao foco Papel Profissional. O critério diagnóstico da qual resultou esta percentagem foi o conhecimento sobre idade de início de consumo de SPA que é efetivo em 8%. Encontra-se descrito na positiva com o intuito de avaliar os ganhos em saúde, permitindo uma melhoria na percentagem do juízo clínico.

O diagnóstico de enfermagem obtido para o papel parental foi: Papel Parental efetivo em 3% dos encarregados de educação sendo que, o critério diagnóstico que atribuiu esta percentagem foi o conhecimento sobre SPA efetivo em 3%.

G. Apresentação do Projeto Decidir para Agir aos Encarregados de Educação

O projeto Decidir para Agir foi apresentado aos encarregados de educação das quatro EB1 selecionadas, após o diagnóstico de situação finalizado, com vista a envolver e motivar os encarregados de educação a participarem no projeto.

A apresentação do projeto e o panfleto elaborado para o efeito constam no Anexo H.

2. Definição de prioridades

A segunda etapa do processo de PeS é a definição de prioridades pois, uma vez que os recursos são escassos, torna-se necessário definir os problemas prioritários

a resolver de forma tão objetiva quanto possível, sem ignorar os outros problemas identificados. “*Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão*” (Tavares, 1992, p.83) uma vez que são selecionados recorrendo a critérios, os problemas que necessitam de serem trabalhados em primeiro lugar, através de uma lista de problemas identificados no diagnóstico de situação.

“*A qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão em grande parte a escolha das prioridades*” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.14) e de acordo com os resultados obtidos, foram apresentadas as listas de problemas identificados nos docentes e nos encarregados de educação em reunião com a equipa do projeto (Anexo I, p.2-4)

A equipa do projeto trabalhou o conjunto de problemas identificados na primeira etapa de PeS e foram ordenados segundo a sua prioridade, de acordo com as técnicas selecionadas: técnica da escala de medida linear e o método de comparação por pares (Anexo I, p.1-2).

A escolha das duas técnicas de priorização decorreu da afinidade das estudantes da EEC por estas duas técnicas, assim como as sugestões do orientador de estágio, tendo considerado serem as mais adequadas segundo o objetivo que se pretendia.

Esta etapa de Pes apresenta uma componente de subjetividade notória, uma vez que a escolha e ponderação dos critérios depende, em excesso, do gosto e da experiência da equipa, pelo que se tentou reverter esta subjetividade ao estender a priorização à equipa do projeto.

Um suporte objetivo para finalizar esta etapa de PeS é o consenso por parte do grupo (Tavares, 1992) e foi da opinião geral da equipa que nos encarregados de educação, o problema priorizado como o primeiro a necessitar de intervenção seria o conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes (Anexo I, p. 5-8); nos docentes, o problema com necessidade de intervenção primária foi o conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência (Anexo I, p. 9-12).

A seleção de um problema como prioritário deve apresentar um enunciado coerente e sugerir o rumo que o projeto deve seguir (Tavares, 1992). Considerando o horizonte temporal do projeto e do estágio, as estudantes da EEC realizaram a sua intervenção no grupo de encarregados de educação e seguidamente a equipa de

saúde escolar intervém no grupo de docentes de acordo com o problema prioritário definido.

3. Fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração do projeto e preparação da execução

A fixação de objetivos comporta um dos passos determinantes de um projeto, uma vez que determina os resultados que se pretendem obter através da apresentação do objetivo geral, dos objetivos específicos e das metas que se pretendem atingir. O objetivo geral do projeto Decidir para Agir é promover uma gestão comunitária eficaz para a promoção de competências para a vida promotoras de um projeto de vida saudável.

Os seus objetivos específicos são:

- Promover uma tomada de decisão eficaz nos alunos 3º ano do 1º CEB;
- Promover um papel profissional efetivo nos docentes, promotor de competências de vida adequadas;
- Promover um papel parental efetivo nos encarregados de educação, promotor de competências de vida adequadas (Anexo C, p.5).

De acordo com os indicadores das componentes de avaliação propostas por A. Donabedian (Ordem dos Enfermeiros, 2007), os indicadores podem ser de estrutura, processo e resultado.

Sendo um projeto de intervenção *bottom-up* é passível obter indicadores de processo no sentido de consecução de metas ou objetivos mas, ainda permite determinar indicadores de resultado com o objetivo do empoderamento da comunidade.

Os indicadores formulados encontram-se detalhados na ficha do projeto (Anexo C, p.5- 16). Verifica-se que, a maioria dos indicadores formulados são indicadores de resultado porque são taxas de ganhos possíveis ou esperados de efetividade. Estes indicadores consistem na relação entre o número de casos com um diagnóstico de enfermagem, que atingiu o resultado esperado, com pelo menos uma intervenção documentada, num determinado período e o número de casos

com esse diagnóstico de enfermagem documentados para o mesmo período (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Os objetivos da intervenção do estágio encontram-se formulados no planeamento da sessão de intervenção, sendo que os objetivos gerais são:

- Promover a liderança dos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º CEB;
- Promover o Papel Parental Eficaz nos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º CEB (Anexo J, p.4).

Os objetivos operacionais ou metas “ (...) *refletem a dinâmica da própria equipa de trabalho, definindo as atividades e os resultados pretendidos com a sua execução*” (Tavares, 1992, p.118). A partir dos objetivos operacionais formulados e apresentados na Tabela 5, selecionaram-se as estratégias de intervenção passíveis de serem realizadas, os métodos pedagógicos e os recursos (Anexo J, p.4-6).

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Promover a liderança dos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º CEB	Promover a coesão do grupo de encarregados de educação.	Que 50% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem interesse em participar nas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto Decidir para Agir até Janeiro de 2015.

<p>Promover o Papel Parental Eficaz nos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º CEB</p>		Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores individuais influenciadores do consumo de SPA, CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade até Janeiro de 2015;
	Aumentar o conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA dos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º CEB;	Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores individuais protetores do consumo de SPA, CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade até Janeiro de 2015;
	Aumentar o conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores de CASS dos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º CEB;	Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores familiares influenciadores do consumo de SPA, CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade até Janeiro de 2015;
	Aumentar o conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores de comportamentos de risco associados à sexualidade dos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º CEB.	Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores familiares protetores do consumo de SPA, CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade até Janeiro de 2015;
		Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores escolares influenciadores do consumo de SPA, CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade até Janeiro de 2015;
		Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores escolares protetores do consumo de SPA, CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade até Janeiro de 2015.

Tabela 5 – Objetivos gerais, específicos e operacionais das sessões de intervenção no Estágio inserido no Projeto Decidir para Agir

Foram realizadas quatro sessões de intervenção com os encarregados de educação, uma sessão de 90 minutos em cada EB1, devidamente programadas e foram informados os encarregados de educação através de dois grupos no *facebook* e dois *e-mails* criados, com o consentimento dos encarregados de educação enquanto veículo de comunicação entre a equipa do projeto e os encarregados de educação, com a participação dos docentes responsáveis pelas turmas de alunos selecionadas (Anexo J, p.2-3). A apresentação utilizada na sessão, o folheto entregue no final de cada sessão e o questionário da avaliação da sessão constam no Anexo J (p.8-18).

Para os objetivos gerais traçados para as sessões, as principais estratégias utilizadas foi o incentivo à realização de iniciativas de coesão do grupo e conhecimento dos pares sobre o projeto Decidir para Agir, ensinar os encarregados de educação sobre os fatores protetores e influenciadores de consumo de SPA, CASS e comportamentos de risco associados à sexualidade e ainda advogar sobre a importância dos fatores protetores individuais, familiares e escolares na prevenção deste tipo de comportamentos. Os métodos expositivo, ativo e interrogativo foram os métodos utilizados na sessão onde se recorreu a uma história elaborada pelas estudantes da EEC com várias opções de escolha e diferentes desfechos que foram decididos e discutidos com os encarregados de educação.

As sessões de intervenção foram elaboradas com vista a melhorar as competências parentais uma vez que, a capacitação da comunidade escolar é descrito como sendo um fator de proteção.

As sessões decorreram dentro do horário previsto e participaram no total das quatro sessões de intervenção 23 encarregados de educação de um total de 95 encarregados de educação, o que corresponde apenas a 24% da população alvo de encarregados de educação do projeto. Foi possível contar com a presença de dois docentes responsáveis por duas turmas em duas EB1 distintas.

4. Avaliação

“A avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente.” (OMS, 1961 Cit. por Tavares, 1992, p.203).

Após a recolha dos questionários de cada sessão, os documentos foram inseridos manualmente no *google docs* e criada uma matriz no *Microsof Excel* para o tratamento estatístico dos dados, apresentada no Anexo K com as respetivas descrições por gráfico e tabela correspondente.

Nas quatro sessões de intervenções participaram 23 encarregados de educação, de um total de 95 encarregados de educação, sendo que a média de encarregados de educação por sessão foi de aproximadamente 6, o que demonstra a fraca adesão deste grupo nas sessões.

Após o tratamento dos dados que dizem respeito à sessão de intervenção, 90% dos encarregados de educação que participaram afirmam que a sessão foi diferente de outra sessão que assistiram anteriormente. 91% afirmaram que o seu papel foi importante no decorrer da sessão e por fim, 100% dos encarregados de educação responderam que gostaram da sessão e dos seus conteúdos.

De acordo com os dados obtidos e com as metas estabelecidas anteriormente, tal como é possível observar na Tabela 6, verifica-se que apenas não foi cumprida a meta referente ao conhecimento sobre fatores protetores individuais que foi efetivo em apenas 39%. Pode ser um resultado negativo provavelmente devido à incorreta formulação da questão avaliada para esta meta.

Meta	Resultado
Que 50% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem interesse em participar nas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto Decidir para Agir.	100% dos encarregados de educação demonstraram interesse em participar nas atividade desenvolvidas no âmbito do projeto Decidir para Agir
Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores individuais	Conhecimento sobre fatores de risco individuais efetivo em 78%.

influenciadores do consumo de SPA, de CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade	
Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores individuais protetores do consumo de SPA, de CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade.	Conhecimento sobre fatores protetores individuais efetivo em 39%.
Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores familiares influenciadores do consumo de SPA, de CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade.	Conhecimento sobre fatores protetores familiares efetivo em 65%.
Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores familiares protetores do consumo de SPA, de CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade.	Conhecimento sobre fatores de risco familiares efetivo em 61%.
Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores escolares influenciadores do consumo de SPA, de CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade.	Conhecimento sobre fatores protetores escolares efetivo em 78%.
Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores escolares influenciadores do consumo de SPA, de CASS e de comportamentos de risco associados à sexualidade.	Conhecimento sobre fatores de risco escolares efetivo em 87%.

Tabela 6 – Comparação entre as metas propostas para a intervenção e os resultados obtidos

Apesar de apenas uma meta não ter sido cumprida, verifica-se que algumas metas foram atingidas, com resultados muito próximos ao estipulado como meta cumprida. Utilizando as sugestões dos encarregados de educação após cada sessão, em que referem *“apelar à participação dos pais”* e *“dedicar mais tempo à partilha de dúvidas/dificuldades sentidas pelos pais”* poderá encontrar-se algumas das razões das percentagens obtidas o que permite refletir sobre uma necessidade de melhoramento do planeamento da sessão.

O fator tempo foi determinante para o planeamento e desenvolvimento das sessões, uma vez que ocorreu num período bastante curto em que se aproximava o final do estágio.

Verifica-se ainda uma baixa adesão dos encarregados de educação nas sessões, sendo transversal a todos os contactos prévios às sessões, mostrando a necessidade do desenvolvimento de estratégias que fomentem a participação dos encarregados de educação no projeto. Algumas sugestões para obter melhores resultados seria a elaboração de sessões com os vários intervenientes (docentes, encarregados de educação e alunos) ou ainda criar uma ligação nos encarregados de educação que incentivasse à liderança deste grupo de pares.

O questionário de avaliação da sessão de intervenção deveria ser revisto e optar-se por questões de associação a cada tipo de fatores influenciadores e protetores (individuais, familiares e escolares) em alternativa às questões de escolha múltipla, uma vez que as questões apresentam frases que podem induzir em erro os encarregados de educação que o preencheram.

III. Do Projeto de Estágio às competências desenvolvidas: Uma reflexão

A Declaração de Alma-Ata apresenta os cuidados de saúde primários como a porta de entrada de qualquer sistema nacional de saúde devendo estar ao alcance de todos os indivíduos, famílias e comunidade e respondendo às suas necessidades expressas de saúde, reforçando o envolvimento da população no planeamento e na prestação dos seus cuidados de saúde (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, 1978).

Labonte afirma que *“um grama de prevenção vale um quilograma de cura”* (Laverack, 2008), defendendo que a Promoção da Saúde é um investimento fundamental para obter ganhos em saúde enquanto processo que se propõe capacitar os indivíduos a controlarem a sua saúde no sentido de a melhorarem (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986; 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1997).

É neste sentido que se revela a importância do enfermeiro com EEC porque, partindo da premissa que o enfermeiro especialista *“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”*(Ordem dos Enfermeiros, 2010), o enfermeiro com EEC apresenta um entendimento profundo decorrente de uma prática centrada na comunidade, com uma elevada capacidade de atender de forma adequada às necessidades dos seus clientes promovendo ganhos efetivos em saúde.

Neste capítulo será abordado o decurso da Unidade Curricular Estágio nos seus Módulos I e II onde foram definidos objetivos que permitiram o desenvolvimento e

aquisição de competências no âmbito da EEC. Encontra-se dividido entre os objetivos gerais e os objetivos específicos.

5. Objetivos Gerais

A partir do Projeto Individual de Estágio elaborado no início do estágio (Anexo L), inicialmente denominado Projeto Rotas de Vida, foram determinados os objetivos gerais, decorrentes das orientações da UCP – ICS do Porto, através do Guia de Estágio (Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde - Porto, 2014), assim como do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento Nº128/2011 de 18 de Fevereiro).

Os objetivos gerais do estágio encontram-se ainda considerados nas orientações legais do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que define o enfermeiro especialista como “*o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.*” (Decreto-Lei nº.161/1996 de 4 de Setembro).

Apesar da experiência profissional de mais de sete anos em cuidados de saúde primários, a experiência de trabalho numa USP era inexistente. A USP enquanto contexto de estágio e funcionando como observatório de saúde do seu concelho compete-lhe gerir programas no âmbito da prevenção, onde se insere o projeto Decidir para Agir. A área da Saúde Escolar também se apresentou como uma área nova, surgindo a necessidade de integrar conhecimentos nesta área, através da pesquisa fundamentada e posteriormente foi possível aplicar todos os conhecimentos adquiridos, revelando-se como auxiliares na resolução de problemas em situações que não eram familiares, permitindo um discurso pessoal sobre esta problemática bem fundamentada. A possibilidade de estagiar num contexto que tem uma visão global sobre a prestação de cuidados, reunir com a equipa de saúde escolar do ACES e a oportunidade de intervir junto da

comunidade escolar permitiu a capacidade adquirida no estágio de comunicar as conclusões sobre o projeto com clareza e sem dificuldade, algo que inicialmente se apresentou como uma dificuldade. Ao nível dos três objetivos gerais, no final do estágio estes foram atingidos.

6. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos da Unidade Curricular Estágio encontram-se descritos no Guia de Estágio (2014,p.3-4) e no Anexo L (p.10-12).

O enfermeiro com EEC detém quatro competências específicas consideradas pela Ordem dos Enfermeiros: PeS, capacitação de grupos e comunidades, coordenação de programas de saúde e vigilância epidemiológica (Regulamento Nº128/2011 de 18 de Fevereiro, artigo 4º). Os objetivos específicos do estágio pretendem articular-se com estas quatro competências específicas da EEC.

Refletindo sobre o percurso percorrido ao longo do estágio, através do planeamento, da execução e da avaliação do projeto de intervenção, foram várias as competências adquiridas e desenvolvidas ao nível da formação, da comunicação, da gestão, da prestação de cuidados, da liderança e da investigação.

Utilizando a metodologia do PeS verificou-se a sua pertinência e a necessidade de seguir todas as etapas do processo sem ultrapassar nenhuma. A sua aplicação permitiu elaborar um diagnóstico de situação, um alicerce eficaz na aquisição de várias competências mas também foi um trabalho do âmbito da vigilância epidemiológica no concelho de Matosinhos. As atividades que foram desenvolvidas no Módulo I (pesquisa bibliográfica sobre os domínios do projeto; construção de um instrumento de colheita de dados adequado à população alvo; recolha e o tratamento dos resultados obtidos; elaboração de uma análise epidemiológica dos indicadores populacionais associados ao projeto no concelho; criação de um portfólio com todo o material aplicado no projeto; identificação dos recursos disponíveis para a equipa do projeto; definição de prioridades e a participação nas reuniões da equipa de saúde escolar) foram os instrumentos necessários ao desenvolvimento da primeira competência da EEC, uma vez que foi integrada a tomada de decisão sobre as necessidades em saúde

da população do projeto. Foi uma etapa do estágio com desenvolvimento de muito trabalho mas que permitiu refletir que não podem ser realizadas intervenções efetivas sem um diagnóstico de situação como base sustentadora, porque implica um conhecimento aprofundado da situação com que se iniciou o projeto. A escassez de indicadores epidemiológicos concelhios descritos como base sustentadora do projeto permite-nos refletir sobre a emergente necessidade de intervenção dos enfermeiros com EEC nesta área, sobretudo numa USP que deve funcionar como um observatório local de saúde em que os domínios dos consumos de SPA, CASS e comportamentos associados à sexualidade devem ser abrangidos. A ausência de diagnósticos de enfermagem no sistema de informação disponível leva à reflexão sobre os motivos que levam a essa ausência e a necessidade dos enfermeiros fundamentarem devidamente a sua prática clínica.

O desenvolvimento de um projeto de intervenção com vista à capacitação e empoderamento da comunidade incluída no projeto Decidir para Agir na consecução de um projeto de saúde coletiva foi extremamente gratificante e motivante. A elaboração de objetivos mensuráveis, estratégias e atividades com vista a obter mudanças favoráveis na comunidade, permitiu o desenvolvimento de competências nesta área sobretudo no que concerne à comunicação para profissionais e para os clientes, na assertividade e na liderança. A capacidade de liderar o projeto e a equipa, com o apoio do orientador e tutores de estágio foi o elemento que causou maior dificuldade, sobretudo na gestão dos elementos que integraram a equipa posteriormente, os estudantes de licenciatura. Nesta etapa existiu o sentimento de quebra na estrutura que se vinha a desenvolver, ao nível da equipa, talvez pela falta de oportunidade de uma maior comunicação com estes elementos. Com o apoio de toda a equipa esta fase foi ultrapassada, mostrando que, a comunicação assertiva e a explicação dos motivos que interferem com a intervenção permitiram a resolução de problemas.

A capacidade de trabalhar em equipa adequadamente é uma competência adquirida ao longo do tempo. Promover relações interpessoais satisfatórias, aumentam o envolvimento nas atividades de intervenção e a existência do sentimento de integração e de apoio desde o início na equipa do projeto apresentou-se como uma facilidade em trabalhar com a equipa multidisciplinar. O trabalho desenvolvido com a colega de estágio mostrou-se o verdadeiro

trabalho de equipa em que o suporte e a partilha de conhecimentos apresentam agora os seus resultados.

A liderança foi portanto, uma competência adquirida pois a realização de todo o trabalho desenvolvido ao longo do projeto não existiria sem este elemento que abrange aspetos essenciais como a comunicação, a motivação, a cooperação de todos os elementos e sobretudo a gestão de informação que, num projeto longitudinal que apresenta tantos parceiros é uma tarefa com imensa responsabilidade.

A responsabilidade, a preocupação de que todos os elementos estivessem na mesma linha de comunicação e envolvidos com o mesmo entusiasmo no projeto mostraram-se instrumentos válidos no decorrer do estágio, permitindo ter iniciativas sobre algumas situações que, anteriormente a este estágio, não teria essa capacidade desenvolvida.

Todos estes elementos levam a que a segunda competência específica da EEC tenha sido adquirida: contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades. O facto dos diagnósticos de enfermagem Papel Parental efetivo e Papel Profissional efetivo apresentarem percentagens escassas denota a necessidade de intervenção emergente de forma rigorosa para que estes diagnósticos de enfermagem surjam com percentagens muito superiores.

As atividades de âmbito comunitário são fundamentais para que se obtenham ganhos em saúde mensuráveis pelo que, a participação na promoção e implementação e monitorização das atividades referidas no Programa de Saúde Escolar sustentadas nos objetivos de PNS apoiam o desenvolvimento da terceira competência da EEC.

A avaliação da intervenção enquanto última etapa do PeS conjugou todo o trabalho conseguido até chegar a esta fase, implicando o juízo crítico em relação a todo o processo.

As competências adquiridas em contexto profissional não podem ser esquecidas e com este estágio, algumas dessas competências foram aprimoradas e permitiram o desenvolvimento pessoal mas também profissional. A consolidação dos conhecimentos no estágio consentem uma excelente articulação entre a teoria e a prática e foi gratificante aplicar todos os conhecimentos adquiridos durante as aulas do Mestrado em Enfermagem ao longo do estágio.

No âmbito da formação e investigação, as competências adquiridas foram várias através do desenvolvimento de instrumentos que permitiram comunicar resultados decorrentes da prática e da investigação no âmbito do projeto, demonstrando uma perspetiva académica avançada: foi apresentada uma comunicação no Encontro: Enfermagem Comunitária e Empoderamento Comunitário no dia 15 de Setembro de 2014 na UCP no Porto intitulada: “*Projeto Decidir para Agir – Empoderamento da Comunidade para escolhas saudáveis*” (Anexo M); foi desenvolvido um póster para apresentação no IX Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem, organizado pelo ICS do Porto nos dias 6 e 7 de Novembro de 2014 intitulado: “*O Diagnóstico de Enfermagem no âmbito do papel parental no contexto escolar- o estudo de caso*” (Anexo N) e aprovado um artigo científico para a Revista *Nursing* em Março de 2015 (Anexo O), com o título: “*Papel Profissional enquanto diagnóstico de enfermagem no contexto escolar – um estudo de caso*” (Silva et al, 2015).

A formação realizada em serviço prendeu-se apenas com as sessões que foram apresentadas ao longo das reuniões mensais da equipa de saúde escolar e orientadas pela USP.

Durante o desenvolvimento do estágio foram várias as dificuldades encontradas mas que foram progressivamente ultrapassadas, sendo que uma das dificuldades encontradas foi conciliar os horários de estágio com os horários de trabalho.

A maior reflexão sobre o estágio prende-se com a real importância deste projeto ser desenvolvido por enfermeiros, especialmente por enfermeiros com EEC. É notório o conhecimento aprofundado deste profissional de saúde sobre as comunidades que abrange e, enquanto promotor da educação para a saúde detêm as competências mais específicas para dar uma resposta efetiva às reais necessidades da comunidade escolar, através da promoção de intervenções preventivas sobre o consumo de SPA, CASS e comportamentos de risco associados à sexualidade.

Em modo de síntese e refletindo sobre as atividades que permitiram o desenvolvimento de cada competência adquirida durante o estágio, são apresentadas na Tabela 7 as competências adquiridas e/ou reforçadas com a participação no Decidir para Agir.

Competências Adquiridas/ Reforçadas	Atividades a Desenvolvidas
Estabelece, com base na metodologia de PeS, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Realização do diagnóstico de situação com base em conhecimento e identificação dos principais determinantes da saúde; • Elaboração de análise epidemiológica dos indicadores populacionais associados ao projeto; • Aplicação de conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde • Apresentação do diagnóstico de situação à equipa do projeto e informação sobre o mesmo aos encarregados de educação inseridos no projeto; • Definição de prioridades de intervenção através de escala de medida linear e método de comparação por pares de acordo com as necessidades da comunidade; • Utilização dos dados do perfil de saúde elaborado pela ULSM aquando da definição de objetivos e estratégias de intervenção; • Definição de objetivos mensuráveis que proporcionem ganhos em saúde na comunidade; • Elaboração de estratégias de intervenção coerentes e adequadas ao tempo estipulado; • Reconhecimento dos recursos da comunidade e da ULSM para o projeto de intervenção, para a sua otimização; • Promoção do trabalho em equipa multidisciplinar para uma maior eficácia nas intervenções; • Avaliação do projeto de intervenção com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade e introduzidos os dados na ficha do projeto.
Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Pedido de apoio e parceria ao CRI do Porto para uma maior eficácia do projeto de intervenção; • Pesquisa sobre os problemas e fatores de risco de saúde da comunidade em estudo; • Planeamento, desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção preventivo com vista à consecução de projetos de saúde da comunidade escolar; • Utilização de conhecimentos da prática clínica e de diferentes disciplinas no incentivo à participação da comunidade no projeto;

	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização de modelos conceituais no âmbito da promoção e educação para a saúde; • Sistematização e documentação do projeto organizada em portfólio, promovendo a prática reflexiva e o espírito crítico.
<p>Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participação na promoção e implementação de atividades inseridas no Programa Nacional de Saúde Escolar compatíveis com os objetivos do PNS. • Desenvolver sessões de educação para a saúde.
<p>Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de instrumento de colheita de dados para a vigilância epidemiológica; • Recolha e tratamento de dados estatísticos de forma objetiva e precisa; • Organização de indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico do concelho onde se insere o projeto; • Utilização de evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública com base no conceito de empoderamento comunitário.
<p>Liderança, Gestão e Comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liderar a equipa do projeto Decidir para Agir incluindo a liderança do grupo de estudantes de licenciatura com o apoio do orientador de estágio, demonstrando capacidade de trabalhar adequadamente em equipa; • Desenvolvimento de análise <i>SWOT</i> para uma gestão do projeto efetiva; • Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros ou futuros enfermeiros; • Participar e estar envolvida nas atividades desenvolvidas pela equipa da USP e nas reuniões informais; • Produzir um discurso pessoal fundamentado e tomar iniciativa; • Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC; • Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à comunidade; • Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a comunidade, especialmente a assertividade;

	<ul style="list-style-type: none">• Gerir o espaço temporal do projeto de acordo com as atividades a serem implementadas.
Formação e Investigação	<ul style="list-style-type: none">• Manter de forma contínua o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;• Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;• Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação numa prática baseada na evidência;• Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas:<ul style="list-style-type: none">• -Publicação de artigo em revista científica;• -Preleção de comunicação sobre o projeto em evento científico;• -Publicação de póster relativo ao projeto em evento científico.

Tabela 7- Competências adquiridas e/ou reforçadas pela participação no Decidir para Agir

IV. Conclusão

A elaboração do Relatório procurou não ser apenas uma breve descrição dos resultados obtidos com o estágio mas também uma reflexão sobre todo o processo de desenvolvimento decorrente do mesmo, apresentando com este documento o contributo para a evolução profissional e pessoal.

A Escola apresenta-se como um *setting* potencialmente promotor da saúde e necessita do envolvimento de todos os intervenientes para a realização de projetos de intervenção preventivos realmente efetivos promovendo a capacitação da comunidade com base no conceito de empoderamento comunitário, através de projetos *bottom-up* onde a comunidade é envolvida nos seus processos de estruturação e desenvolvidos de acordo com as reais necessidades.

A abordagem do Projeto Decidir para Agir, um projeto longitudinal, centrada nos consumos de substâncias psicoativas, nos comportamentos aditivos sem substância e os comportamentos associados à sexualidade decorre de áreas de recomendação de intervenção, sustentadas na evidência científica atual.

Na primeira etapa do planeamento em saúde, o diagnóstico de situação, inicialmente elaborou-se uma análise epidemiológica dos indicadores populacionais associados ao projeto para compreender qual o caminho a percorrer e uma fundamentação decorrente do enquadramento legal existente no âmbito da Saúde Escolar. É notório no final do projeto que a avaliação do estado de saúde de uma comunidade é imprescindível para que se definam estratégias adequadas de intervenção.

Os diagnósticos de enfermagem formulados após esta etapa foram: Papel Profissional Efetivo em 8% e Papel Parental efetivo em 3% mostrando a necessidade de se intervir de forma rigorosa de forma a aumentar as percentagens associadas a estes diagnósticos.

A utilização da metodologia de planeamento em saúde permite a reflexão sobre a pertinência do projeto pela existência de conformidade entre o diagnóstico de situação e as reais necessidades da população em estudo.

Na definição de prioridades foram utilizadas duas técnicas de priorização, a técnica da escala de medida linear e o método de comparação por pares, verificando ser uma etapa que necessita de um bom controle do seu fator subjetivo através do envolvimento de vários peritos. O problema com maior necessidade de intervenção nos encarregados de educação foi o conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes; nos docentes, o problema prioritário foi o conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planejada na adolescência. A intervenção das estudantes de mestrado centrou-se no grupo de encarregados de educação, tendo sido fixados objetivos e selecionadas estratégias que permitiram passar às seguintes etapas de planeamento em saúde: a elaboração do projeto, a preparação da execução e por fim, a avaliação da intervenção.

Para que sejam mensuráveis os ganhos em saúde através da intervenção é necessário a correta elaboração de indicadores. Verifica-se que as metas propostas com a intervenção foram todas atingidas com exceção de uma meta, que nos permite repensar na preparação da execução do projeto e possíveis reformulações futuras.

De acordo com os objetivos propostos na Introdução deste Relatório considero que os mesmos foram alcançados pois, foi possível dar resposta a um requisito da Unidade Curricular Relatório I através da descrição de toda a trajetória dos Módulos I e II de estágio, apresentando todas as atividades desenvolvidas, assim como foi descrita a reflexão sobre as competências adquiridas com vista à Especialização em Enfermagem Comunitária.

A ausência de conhecimento experienciado na prática da realidade de uma Unidade de Saúde Pública permitiu observar um contexto em que o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública apresenta especial relevo. Na essência do projeto Decidir para Agir verifica-se a importância do enfermeiro com EEC a intervir nesta área por deter as competências efetivas e conhecimento aprofundado da comunidade em que trabalha.

O trabalho desenvolvido ao longo do estágio utilizou como metodologia o Planeamento em Saúde tendo sido descritas todas as suas etapas ao longo do Relatório e todas as competências adquiridas com a utilização dessa metodologia. Foi gratificante finalizar o estágio e visualizar todo o caminho percorrido e todas as competências que foram adquiridas, esperando no futuro contribuir para o exercício

de uma prática de enfermagem de excelência enquanto enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

V. Referências bibliográficas

1ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE - **Carta de Ottawa** [Em linha]. Ottawa : WHO, 1986, atual. 1986. [Consult. 4 feb. 2015]. Disponível em WWW:<URL:https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf.aspx>.

4ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE - **Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI** [Em linha]. Jacarta, República da Indonésia : WHO, 1997, atual. 1997. [Consult. 4 feb. 2015]. Disponível em WWW:<URL:https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fdeclaracao-de-jakarta-pdf.aspx&ei=s_HRVN-cFor3UqyOgsgM&usg=AFQjCNH2eN7KQFnEzY7T7o2cOby0LLEy8A&sig2=jiW-FNqb9_N04_WDWm7dFQ&bvm=bv.85076809,d.d24&cad=rjt>.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Declaração de Alma-Ata: Saúde para todos no ano 2000. In [Em linha]. Alma-Ata, Cazaquistão, URSS : WHO, 1978 [Consult. 4 feb. 2015]. Disponível em WWW:<URL:https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDUQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidc.min-edu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Fpromocaoeducacaosaude%2F1_alma_ata_nesase.pdf&ei=NObRVMKWG8HrUr7xgZAL&usg=AFQjCN EWpG9rF_XxAqRYdpqJb_RAmab_JQ&sig2=vJEebizHSIXW6h1yumI6dQ&bvm=bv.85076809,d.d24&cad=rjt>.

DECRETO-LEI Nº161/1996. "D.R. I Série A". 205 (4-9-96)

FORTIN, Marie-Fabienne - Capítulo 16- Os métodos de colheita de dados. In **Fundamentos e Etapas do processo de investigação**. Loures : Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5. p. 618.

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria Rosário - **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1982. 150 p.

LAVERACK, Glenn - **Promoção de Saúde - Poder e Empoderamento**. Loures : Lusodidacta, 2008. 216 p. ISBN 978-989-8075-09-3.

MELO, Pedro; FIGUEIREDO, Maria Henriqueta; BORGES, Elisabete - Os Diagnósticos de Enfermagem em Educação para a Sexualidade em Meio Escolar

– Um estudo de Caso. In **II Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria, VIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria, I Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria**. Barcelona : Espanha, 2012

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual - Enunciados Descritivos**. Lisboa : Conselho de Enfermagem, 2001. 24 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. Lisboa : Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), 2007

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. Lisboa : Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros, 2010. 10 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Health Promoting Health Systems**. 2009

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - **Consumo de Substâncias Psicoativas e Prevenção em Meio Escolar**. Lisboa : DGS, 2007. 106 p. ISBN 978-972-742-266-1.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO- GERAL DA SAÚDE - 4.2. Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida. In **Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016**. Lisboa : DGS, 2012. p. 26.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO- GERAL DA SAÚDE - **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Lisboa : DGS, 2014. 85 p.

REGULAMENTO Nº128/2011. "*D.R. II Série*". 35 (18-02-11)

SECRETARIADO PARA A MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA - **O plano e o relatório anuais de actividades dos serviços públicos : alguns contributos para a sua elaboração**. 1ª. ed. [S.l.] : Secretariado para a Modernização Administrativa, 1987. 61 p.

SILVA, Andreia, SOUSA, Mariana, MELO, Pedro, CARDOSO, Teresa, MARTINS, Alice and SOUSA, Sérgio. Papel Profissional enquanto diagnóstico de enfermagem no contexto escolar- Um estudo de caso. **Revista Nursing**. [Em linha]2015). Disponível em WWW:<URL:<http://www.nursing.pt/papel-profissional-enquanto-diagnostico-de-enfermagem-no-contexto-escolar-um-estudo-de-caso/>>.

TAVARES, António - **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. 2.ª. ed. Lisboa : Cadernos de Formação Nº 2, 1992. 223 p.

ULSM - **Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)** [Em linha], atual. 2010. [Consult. 1 feb. 2015]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ulsm.min-saude.pt/content.aspx?menuid=28>>.

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA ULSM - **Diagnóstico de Saúde da População do concelho de Matosinhos, Março de 2014**. Matosinhos, Portugal : [s.n.]

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - PORTO - **Guia de estágio**. Porto : UCP- ICS, 2014. 18 p.

WIKIPEDIA - **Matosinhos** [Em linha], atual. 2015. [Consult. 31 jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:<http://pt.wikipedia.org/wiki/Matosinhos>>.

ANEXOS

Anexos em suporte de papel:

- Anexo A** Fundamentação do Projeto Decidir para Agir
- Anexo B** Análise epidemiológica dos indicadores populacionais associados ao Projeto Decidir para Agir
- Anexo C** Ficha do Projeto Decidir para Agir

Anexos em formato digital (CD-ROM):

- Anexo D** Análise SWOT
- Anexo E** Base de Dados do Diagnóstico de Situação no Papel Parental
- Anexo F** Base de Dados do Diagnóstico de Situação no Papel Profissional
- Anexo G** Base de Dados do Diagnóstico de Situação na Tomada de Decisão nos Alunos
- Anexo H** Apresentação do Projeto Decidir para Agir aos Encarregados de Educação
- Anexo I** Definição de prioridades
- Anexo J** Sessão de Intervenção com os Encarregados de Educação
- Anexo K** Base de Dados da Sessão de Intervenção com os Encarregados de educação
- Anexo L** Projeto Individual de Estágio
- Anexo M** Comunicação em Encontro de Enfermagem: “*Projeto Decidir para Agir – Empoderamento da Comunidade para escolhas saudáveis*”
- Anexo N** Póster: “*O Diagnóstico de Enfermagem no âmbito do papel parental no contexto escolar- o estudo de caso*”
- Anexo O** Artigo científico: “*Papel Profissional enquanto diagnóstico de enfermagem no contexto escolar – um estudo de caso*”

Anexo A Fundamentação do Projeto Decidir para Agir



FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO “DECIDIR PARA AGIR”

Unidade de Saúde Pública de Matosinhos | Universidade
Católica Portuguesa – Porto

Siglário/Acrónimos

A.C.	Antes de Cristo
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CCU	Cancro do Colo do Útero
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CDT	Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência
CEB	Ciclo do Ensino Básico
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CT	Comunidades Terapêuticas
DALY	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECATD	Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
EMCDDA	<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
ESPAD	<i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
HBSC	<i>Health Behaviour in School Aged Children</i>
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HVH-2	<i>Herpes vírus hominis tipo 2</i>
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
ICD	Classificação Internacional das Doenças
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
INME	Inquérito Nacional Em Meio Escolar

INS	Inquérito Nacional de Saúde
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
IST's	Infeções Sexualmente Transmissíveis
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
LSD	Dietilamida do Ácido Lisérgico
MDMA	3,4-metilenodioxo-N-metanfetamina
NSP	Novas Substâncias Psicoativas
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIU	<i>Pathological Internet Use</i>
PLS	Plano Local de Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIU	Sistema Intrauterino
SNC	Sistema Nervoso Central
SOGS	<i>Oaks Gambling Screen</i>
SPA	Substâncias Psicoativas
THC	Tetrahydrocannabinol
UD	Unidades de Desabilitação
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
UNFPA	Fundo das Nações Unidas Para a População
UROD	Desintoxicação Ultrarrápida de Opióides
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
WHO	<i>World Health Organization</i>

Índice

1. O Projeto “Decidir para Agir”	7
2. Comportamentos Aditivos	14
3. Comportamentos Aditivos de Substâncias Psicoativas.....	16
3.1. Tipos de consumo de Substâncias Psicoativas	19
3.2. Alterações nos padrões de consumo.....	22
3.3. Portugal e as substâncias psicoativas	23
3.4. Características das substâncias psicoativas	31
3.4.1. Drogas Depressoras.....	33
3.4.1.1 Ópio	33
3.4.1.2. Heroína	36
3.4.1.3. Barbitúricos	44
3.4.1.4. Álcool	47
3.4.2. Drogas Estimulantes.....	50
3.4.2.1. Cocaína	50
3.4.2.2. Anfetaminas.....	52
3.4.2.3. Ecstasy	53
3.4.2.4. Tabaco	55
3.4.3. Drogas Perturbadoras	70
3.4.3.1. Canabináceas.....	70
3.4.3.2. LSD	73
3.4.3.3. Cola	75
3.4.3.4. Cogumelos Psicadélicos (“Cogumelos Mágicos”).....	76
4. Comportamentos Aditivos sem Substância.....	78

5. Comportamentos de Risco relacionados com a Sexualidade	87
5.1. Infecções Sexualmente Transmissíveis	92
5.1.1. Gonorreia	92
5.1.2. Sífilis.....	94
5.1.3. Herpes Genital.....	95
5.1.4. Clamídia.....	95
5.1.5. Tricomoníase	97
5.1.6. Candidíase	97
5.1.7. Vírus do Papiloma Humano e Cancro do Colo do Útero.....	98
5.1.8. Hepatite Viral	102
5.1.8.1. Hepatite A.....	102
5.1.8.2. Hepatite B.....	102
5.1.8.3. Hepatite C.....	103
5.1.8.4. Hepatite D.....	103
5.1.9. Vírus da Imunodeficiência Humana	105
5.2. Gravidez não planeada na adolescência.....	107
5.3. Métodos Contracetivos.....	111
5.4. Violência no Namoro	114
6. Conclusão.....	120
Bibliografia.....	124

Índice de Tabelas

TABELA 1- CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS AO LONGO DA VIDA EM 2002.....	24
TABELA 2- CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS AO LONGO DA VIDA EM 2003.....	24
TABELA 3- CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS AO LONGO DA VIDA POR FAIXA ETÁRIA	25
TABELA 4- PERCEÇÃO DO RISCO ASSOCIADO AO CONSUMO REGULAR DE SUBSTÂNCIAS.....	26
TABELA 5- PERCEÇÃO SOBRE A DIFICULDADE DE ABANDONAR O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS.....	26
TABELA 6- PERCEÇÃO DOS ALUNOS RELACIONADA COM A DIFICULDADE EM ARRANJAR SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO MERCADO (“MUITO DIFÍCIL OU DIFÍCIL”)	27
TABELA 7- PERCEÇÃO DOS ALUNOS RELACIONADA COM A DIFICULDADE EM ARRANJAR SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO MERCADO (“MUITO FÁCIL OU FÁCIL”)	27
TABELA 8- RISCOS DE OCORRÊNCIA DE DOENÇAS RELACIONADOS COM O TABAGISMO	57
TABELA 9- CONTEÚDOS A ABORDAR EM EDUCAÇÃO SEXUAL MEDIANTE O NÍVEL DE ESCOLARIDADE.....	91
TABELA 10- EFICÁCIA E ADESÃO A UM MÉTODO DE CONTRACEÇÃO	112

Índice de Figuras

FIGURA 1- CLASSIFICAÇÃO DOS CONSUMOS (SICAD, 2013B)	15
FIGURA 2- CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PELA POPULAÇÃO ESCOLAR EUROPEIA DE 15-16 ANOS DE IDADE	22
FIGURA 3- DROGA ESTIMULANTE PREDOMINANTE POR PREVALÊNCIA DO CONSUMO NO ÚLTIMO ANO ENTRE OS JOVENS ADULTOS (15-34 ANOS)	73
FIGURA 4- CARCINOGENESE DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO (DGS, 2008)	100

1. O Projeto “Decidir para Agir”

O ciclo de vida oferece uma perspectiva importante para a intervenção em saúde pública. Os eventos que ocorrem numa fase da vida, afetam e são afetados por eventos noutras fases da vida. Assim, o que acontece durante os primeiros anos de vida afeta a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes que, por sua vez, afeta a saúde durante a idade adulta e, em última instância, a saúde e o desenvolvimento da próxima geração (World Health Organization (WHO), 2014). Uma vez que não é possível investir numa intervenção preventiva eficaz, sem uma noção dos contextos, (Melo R. A., 2000), torna-se necessário conhecer as razões e os fatores que estão na origem, direta ou indireta do problema (Mendes, 2000).

A adolescência é caracterizada por mudanças comportamentais e neurobiológicas, tornando este estágio um período único no desenvolvimento humano. Este é um momento em que se verifica a procura de sensações, com uma diminuição da percepção dos riscos, um aumento da relevância da interação social e dos pares, e a construção da sua identidade. Durante esta fase ocorrem múltiplas mudanças no organismo, incluindo rápidas alterações hormonais e a formação de novas sinapses no cérebro, que são cruciais para o desenvolvimento (McAnarney, 2008; McQueeney *et al.*, 2009, cit. por Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 2013a).

Os adolescentes envolvem-se em comportamentos que os colocam em risco para as principais causas de morbidade e mortalidade entre os jovens e adultos. Prevenir esses comportamentos durante a infância é mais fácil e mais eficaz do que tentar mudar comportamentos pouco saudáveis durante a vida adulta. Sendo as escolas o contexto que tem um contato direto com a maioria dos jovens no período escolar, estas desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e segurança dos jovens e deve apoiá-los a estabelecerem padrões de comportamento saudáveis ao longo da vida (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2013).

A educação para a saúde engloba estratégias de ensino e experiências de aprendizagem que oferecem aos alunos a oportunidade de adquirirem conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para a tomada de decisões de promoção da saúde, alcançando literacia em saúde, adotando comportamentos promotores da sua saúde e da saúde dos outros.

Torna-se necessário que os adolescentes tenham conhecimentos que lhes permitam compreender este problema, de forma a facilitar o desenvolvimento de mecanismos de defesa e minimizar os comportamentos de risco, contribuindo para o empoderamento dos mesmos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os países devem criar medidas sustentáveis de investimento na saúde das crianças, investindo na saúde dos adolescentes. A saúde dos adolescentes é um fator importante segundo uma perspectiva a longo prazo da saúde pública porque adolescentes saudáveis serão também adultos mais saudáveis no futuro. A OMS defende a criação de intervenções efetivas que promovam e protejam a saúde pública dos adolescentes, mas também que propiciem a oportunidade de mudança de comportamentos que não beneficiem a saúde. Nestes comportamentos a OMS inclui o uso de álcool e tabaco, alimentação, exercício, excesso de peso e obesidade, sendo considerados fatores com efeitos devastadores na saúde dos futuros adultos.

“Intervenções eficazes durante a adolescência protegem os investimentos públicos na saúde pública no que se refere à sobrevivência e desenvolvimento infantis. Simultaneamente, a adolescência oferece a oportunidade de corrigir os problemas que surgiram durante a primeira década. Por exemplo, as intervenções durante a adolescência podem reduzir os impactos negativos a longo prazo de violência e abuso na infância ou de subnutrição e impedi-los de prejudicar a saúde futura” (WHO, 2014).

Segundo a mesma fonte, uma pessoa bem informada tem menor possibilidade de utilizar Substâncias Psicoativas (SPA). A informação desde que não esteja baseada no medo e transmitida de forma alarmista é um dos instrumentos que contribui para a prevenção. Por outro lado, a informação por si só não é suficiente para mudar o comportamento e as atitudes das pessoas. A informação deve corrigir percepções erradas

sobre a aceitação do fenómeno e a influência dos *media* assim como, tem de ser específica de cada substância centrando-se nas consequências imediatas e não só nas de longo prazo.

Existem pontos comuns entre os fatores de risco e os fatores de proteção. Vários problemas de saúde e comportamentos dos adolescentes muitas vezes têm fatores de risco e fatores de proteção semelhantes. Por exemplo, os pais e as escolas podem desempenhar um papel particularmente importante na proteção da saúde e no desenvolvimento dos adolescentes a partir de uma série de comportamentos e condições, incluindo o sexo inseguro, o uso de drogas, a violência e problemas de saúde mental, comprometendo a sua saúde. Entre todos os setores que desempenham papéis críticos na saúde dos adolescentes, a educação é fundamental (WHO, 2014).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) reforça que *“A capacitação da comunidade educativa é um fator de proteção que, a par de outros, reforçam a ação em prol do desenvolvimento comunitário”* (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2014a).

Um ambiente escolar saudável permite um ambiente escolar positivo que sustenta comportamentos de promoção da saúde, tais como a resolução de conflitos, habilidades sociais positivas, o uso de equipamentos desportivos de proteção, proteção solar segura e prevenção do consumo de tabaco, álcool e outras drogas ilícitas (CDC, 2013).

Segundo Tinoco (2003), as ações de prevenção no nosso país centram-se quase de forma exclusiva ao fornecimento de informações sobre as SPA. As estratégias de prevenção baseadas só na dimensão informativa podem ter efeitos perversos, pois estimula a curiosidade dos alunos sobre as diversas substâncias. O mesmo autor afirma ainda que *“a informação sobre drogas deve ser realista, desdramatizadora de certos mitos. O risco que corremos ao não fazermos isso é a perda de credibilidade junto da população alvo”*. Outra observação decorrente destas reflexões: *“o formador da ação de prevenção pode cair na tentação de definir o que é a droga ou drogas à revelia da experiência dos jovens. O aproveitamento das experiências de cada um, o modo de encarar as coisas de cada um deve ser o cerne de qualquer intervenção.”*

A educação para a saúde é mais eficaz se ensinada por professores qualificados e treinados (CDC, 2013) e os adolescentes necessitam de estar envolvidos nas decisões e nas ações (WHO, 2014).

“Nenhum adolescente deve morrer de uma causa que é evitável ou tratável. Mas para a saúde pública de forma mais geral, mais atenção deve ir para a prevenção dos comportamentos que comprometem a sua saúde (por exemplo, uso de tabaco, álcool e drogas, sexo inseguro) que surgem durante a adolescência e têm a longo prazo um impacto sobre a saúde em todo o ciclo de vida.” (WHO, 2014).

No caso das intervenções direcionadas para estudantes, há indicações que sugerem uma correlação entre estratégias que melhorem o ambiente escolar e a redução do consumo de substâncias. Neste domínio, as abordagens incluem a formação de professores e medidas destinadas a melhorar a participação dos estudantes e a promover uma cultura de escola positiva. Outras abordagens de prevenção centradas nos estudantes visam fortalecer o seu autocontrolo e conferir-lhes competências sociais, enquanto as abordagens centradas na família propõem-se a melhorar as competências parentais (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), 2014).

A escola é um espaço onde as crianças e os jovens estão grande parte do seu dia-a-dia, assim como os acompanha permanentemente nas primeiras etapas do ciclo de vida. Nessa medida, a escola não se constitui apenas como um contexto de aprendizagens formais, mas também de socialização e de outras aprendizagens, nomeadamente sobre conduta afetiva, social e ética. Nesse sentido, um ambiente escolar positivo, no qual a criança/jovem se sente envolvido, seguro e reforçado, tem um papel importante e fundamental no desenvolvimento ajustado das crianças e jovens, nomeadamente na capacidade destes lidarem com o risco associado aos comportamentos aditivos e dependências. Torna-se assim fundamental fomentar e promover intervenções no meio escolar (SICAD, 2013a).

A intervenção em meio escolar deve centrar-se numa abordagem global, através do envolvimento dos vários atores da comunidade educativa e da sua comunidade envolvente. Esta intervenção deverá atuar nos diferentes aspetos da dinâmica escolar, sendo as suas dimensões-chave o clima escolar e as relações positivas, a vinculação e o

sucesso escolar dos alunos, o foco nas necessidades e nas especificidades de cada contexto escolar em função de variáveis sociodemográficas e do nível de ensino, pedagogia efetiva e medidas reguladoras (normativas no que se referem aos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) (SICAD, 2013a).

Segundo parecer emitido pela Ordem dos Enfermeiros, os enfermeiros enquanto profissionais de saúde que atuam em diversas áreas, em particular na educação para a saúde, apresentam o perfil de competências mais relevante para responder ao conjunto de necessidades das crianças, adolescentes e jovens, no que respeita à educação sexual nas escolas (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Segundo o Plano Local de Saúde (PLS) para 2011-2016 da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), desenvolvido pela Unidade de Saúde Pública de Matosinhos (USP), alguns dos principais problemas de saúde do Concelho de Matosinhos são o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA), as doenças atribuíveis ao álcool, a doença pulmonar obstrutiva crónica e os tumores malignos (traqueia, brônquios, pulmão, estômago, útero, entre outros.) (Unidade de Saúde Pública de Matosinhos, Plano Local de Saúde de Matosinhos 2011-2016).

As principais causas de morte em Portugal em 2012 foram 30,4% provocadas por doenças do aparelho circulatório e 23,9% por tumores malignos. Alguns dos principais determinantes das doenças crónicas não transmissíveis no país são o consumo de tabaco e de álcool (DGS, 2014a).

Sendo as principais doenças preveníveis na Europa o cancro, as doenças infecciosas (Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST's)) e as dependências (álcool e drogas) e sendo estas comuns a alguns dos principais problemas de saúde do Concelho de Matosinhos, torna-se necessário intervir nestas áreas prioritárias nos projetos de promoção de saúde da USP de Matosinhos.

No sentido de contribuir para melhorar o diagnóstico de saúde da população jovem do Concelho de Matosinhos e sendo um dos objetivos específicos do Programa Nacional de Saúde Escolar 2014, a redução dos comportamentos de risco associados aos fatores de risco das doenças transmissíveis e não transmissíveis (consumo de tabaco, álcool, SPA, relações sexuais desprotegidas, entre outros), e, no âmbito de uma parceria criada entre

a ULSM/USP e a Universidade Católica Portuguesa/ Centro de Investigação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde do Porto desenvolve-se o projeto *“Decidir para Agir”*.

“Na Escola, intervenções efetivas passam pela implementação de projetos holísticos de promoção do bem-estar global assentes no desenvolvimento de competências individuais, sociais e emocionais que facilitam relações interpessoais e capacitam a comunidade educativa para a gestão da saúde.” (DGS, 2014a).

O projeto *“Decidir para Agir”* tem por base o conceito de Pessoa enquanto *“ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e prevê uma abordagem da população alvo nos processos intencionais (conhecimento, valores, crenças, atitudes), nos processos não intencionais (respostas fisiológicas) e nos processos de interação com o ambiente que a influencia (social, político, económico, cultural e organizacional).

Assume-se como um projeto longitudinal (a decorrer entre os anos de 2014 e 2023), centrado na prevenção do consumo de SPA, dos comportamentos aditivos sem substância e nos comportamentos associados à sexualidade, acompanhando a sua população alvo, que são os alunos com início no 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB) até ao 12º ano, os professores e a sua família.

O seu objetivo primordial é impulsionar uma gestão comunitária eficaz para a promoção de competências para a vida influenciadoras de um projeto de vida saudável que apenas é possível através de uma ação focada nos três intervenientes: Encarregados de Educação (Papel Parental), Docentes (Papel Profissional) e alunos (na sua Tomada de Decisão).

“Decidir para Agir” apresenta uma abordagem do Foco de Enfermagem Gestão Comunitária, de acordo com os critérios diagnósticos propostos por (Melo, Figueiredo, & Borges, 2012) que incluem a abordagem das três dimensões diagnósticas acima descritas, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o *“Processo de Tomada de Decisão”* definido como *“processos mentais para*

determinar o curso de ação, baseados na informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos”, o “Papel Profissional” definido como “interagir de acordo com as responsabilidades dos deveres profissionais; comportamentos esperados em conformidade com os requisitos profissionais; interiorizar a expectativa mantida pelos empregados e empregadores, colegas, organizações e sociedade relativamente ao comportamento apropriado ou inapropriado do papel profissional” e por fim, o “Papel Parental” definido como “interagir de acordo com as responsabilidades de serem pais; interiorizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores, sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O projeto de vida é uma dimensão da intervenção no contexto comunitário, que possibilita a promoção de tomadas de decisão saudáveis em múltiplos contextos dos percursos pessoais. Segundo a OMS (OMS, 1998, cit. por EDEX, 2004), competências para a vida são *“capacidades para adotar um comportamento adaptativo e positivo que permite aos indivíduos abordarem com eficácia as exigências da vida quotidiana”*. Os programas que abordam várias competências de vida são eficazes na prevenção de comportamentos de risco, particularmente, do consumo de SPA na adolescência (Wagner & Oliveira, 2007).

Nos três domínios da Gestão Comunitária, os critérios diagnósticos associam-se à dimensão cognitiva (conhecimento e/ou aprendizagem de habilidades), à dimensão atitudinal (crenças, valores, atitudes) e à dimensão comportamental (adesão) (Melo, Figueiredo, & Borges, 2012).

Na fase inicial do projeto prevê-se uma fotografia epidemiológica dos indicadores associados ao consumo de SPA, aos comportamentos aditivos sem substância e a comportamentos sexuais, nos jovens entre os 15 e os 17 anos, que se prevê melhorarem no grupo que irá integrar o projeto.

2. Comportamentos Aditivos

Os comportamentos aditivos, entendidos como “processos de adição” são fenômenos que podem surgir em qualquer fase do ciclo de vida e tendencialmente com evolução crônica, com possíveis períodos de recaídas e de remissão, associadas regularmente por outras patologias do foro físico e/ou psíquico. São comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas, como por exemplo: SPA, jogo, *internet*, sexo, compras, entre outros, envolvendo também um potencial de prazer. A continuidade e a perseverança deste tipo de comportamento, coexistindo com outros fatores neurobiológicos, psicológicos, genéticos e ambientais, poderão evoluir para dependência.

A magnitude dos problemas ligados aos comportamentos aditivos representa um problema de saúde pública a nível mundial. *“Sendo comumente identificável, pelas consequências relacionados com os consumos de substâncias ilícitas, a realidade demonstra que esta é somente uma parte do problema, ao nos confrontarmos com as repercussões dos consumos de álcool. Se a estas associarmos o manancial das consequências sócio sanitárias de um conjunto de condutas emergentes, que na sua origem remetem ao mesmo substrato neurobiológico que as dependências “clássicas”, e em que estão ausentes as substâncias, o panorama relacionado aos CAD ganha a sua verdadeira expressão.”* (SICAD, 2013b).

Por dependência envolve-se um conjunto de fenômenos cognitivos, fisiológicos e comportamentais que podem ocorrer, nomeadamente, após o uso repetido de uma substância.

Os consumos podem ser classificados como: consumo de baixo risco, consumo de risco, consumo nocivo, dependência e dependência grave como é possível verificar na figura 1, em baixo:

CLASSIFICAÇÃO DE CONSUMOS	
CONSUMO DE BAIXO RISCO	Corresponde a um padrão de consumo, que na ausência de determinadas condições, se utiliza para indicar que o consumo está dentro dos parâmetros legais e médicos e que está associado a uma baixa incidência de problemas de saúde e sociais.
CONSUMO DE RISCO	Corresponde a um nível ou padrão de consumo, ocasional ou continuado, que aumenta a probabilidade de ocorrência de consequências prejudiciais para o consumidor, nomeadamente de doenças, acidentes, transtornos mentais ou do comportamento, se persistir.
CONSUMO NOCIVO	Corresponde a um padrão de consumo que causa danos quer na saúde física quer na saúde mental do indivíduo, acompanhado ou não de consequências sociais adversas, mas que não preenche os critérios de dependência. Os danos objetivos presentes podem ser agravados pela continuação do consumo.
DEPENDÊNCIA	<p>Corresponde a um padrão de consumo constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após o uso repetido da substância. Inclui um desejo intenso do consumo, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento e outras atividades e obrigações, aumento da tolerância e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.</p> <p>No âmbito da dependência alcoólica, ressaltam-se 3 níveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leveira – sem sinais físicos de privação; • Moderada – com privação física; • Grave – história de <i>delirium tremens</i> / crises convulsivas. Com repercussões de natureza orgânica.
DEPENDÊNCIA GRAVE	Caracterizada por um conjunto de sintomas e comportamentos que indicam que a(s) substância(s) ocupam um foco central na vida da pessoa, que é difícil de alterar e que se produziram mecanismos de neuroadaptação. Surgem fenómenos de tolerância e de abstinência, com repercussões de natureza orgânica.

Figura 1- Classificação dos consumos (SICAD, 2013b)

No âmbito dos comportamentos aditivos serão abordados os comportamentos aditivos de SPA e os comportamentos aditivos sem substância.

3. Comportamentos Aditivos de Substâncias Psicoativas

As drogas desde sempre fascinaram e inquietaram a humanidade. Há muito que os homens recorrem a estas substâncias que podem modificar o humor e transformar as perceções da realidade, surgindo estes efeitos, por vezes, em simultâneo. Numa fase inicial, a vida afigura-se mais fácil e as relações mais simples e as dificuldades parecem ter desaparecido. Sob o efeito de algumas drogas, a criatividade aumenta e a capacidade de trabalho melhora mas com outras, as angústias desaparecem, a serenidade instala-se e os contactos com os amigos e a família parecem tornar-se mais fáceis. Tudo isto pode revelar-se rapidamente ilusório e transformar-se pouco a pouco num pesadelo, passando a constituir um problema grave na sociedade contemporânea.

Segundo Negreiros (1999), o consumo de SPA representa um fenómeno social que assume contornos preocupantes no nosso país. Este fenómeno é hoje considerado um problema de saúde pública, que requer cada vez mais a atenção/intervenção dos profissionais de saúde.

Nos comportamentos aditivos de SPA, a dependência inclui um desejo intenso do consumo, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações e um aumento da tolerância e dos sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.

Caldeira (1999) refere que o primeiro contacto com as SPA ocorre geralmente na adolescência. Desde que nascemos percorremos um caminho de crescimento na procura da maturidade; este crescimento é acompanhado de angústias e de sofrimento e, de todo o processo de desenvolvimento, a adolescência é o mais tumultuoso. A criança é surpreendida por mudanças bruscas a nível psicológico e biológico e toda esta instabilidade provoca transformações em todo o seu ser. É por estas razões que a adolescência é um período de grande risco, para o consumo de SPA, mas, por outro lado,

também é verdade que é um período muito propício a intervenções significativas de Promoção da Saúde (Frasquilho, 1997).

Genericamente, as diferentes etapas do ciclo de vida tendem a corresponder diferentes quadros de características físicas, psicológicas e socioculturais, com influência na manifestação de CAD e problemas associados (SICAD, 2013b).

No problema da droga na Europa, a heroína desempenha atualmente um papel muito menos importante do que aquele que já desempenhou no passado, enquanto os estimulantes, as drogas sintéticas, a *cannabis* e os medicamentos adquirem cada vez maior importância (OEDT, 2014).

Estima-se que quase um quarto da população adulta da União Europeia, ou seja, mais de 80 milhões de adultos, terá consumido drogas ilícitas em algum momento da sua vida (OEDT, 2014). A droga mais consumida terá sido a *cannabis* (73,8 milhões), seguida, de longe, da cocaína (14,1 milhões), das anfetaminas (11,4 milhões) e do *ecstasy* (10,6 milhões).

Os níveis de consumo de droga ao longo da vida variam consideravelmente em função dos países: desde cerca de um terço dos adultos na Dinamarca, França e Reino Unido, até menos de um em cada dez na Bulgária, Grécia, Chipre, Hungria, Portugal, Roménia e Turquia (OEDT, 2014).

A prevenção do consumo de SPA apresenta como objetivos:

- Reduzir a procura de drogas identificando as causas prováveis dessa procura para poder agir sobre elas;
- Adiar o início do consumo de drogas;
- Evitar os padrões perigosos de consumo ou a transição para a dependência.

Os fatores que potenciam o consumo de SPA são denominados fatores de risco, enquanto que aqueles que estão associados à redução desse potencial são denominados de fatores de proteção (SICAD, 2013b).

Os fatores de risco e os fatores de prevenção são atributos ou características individuais, condições situacionais e/ou contextos ambientais que podem aumentar ou diminuir as probabilidades de uso/abuso de uma substância. Não existe uma combinação de fatores

determinantes dos comportamentos aditivos contudo, são o resultado de múltiplas combinações de diferentes fatores.

Os fatores de risco ou de proteção podem ser individuais, familiares, escolares ou comunitários. É indispensável reconhecer os fatores de risco para que seja possível eliminar ou enfraquecê-los e potenciar os fatores de proteção.

A identificação dos fatores de risco e de proteção nos grupos-alvo da intervenção permite identificar as “vulnerabilidades” e as “potencialidades” existentes num determinado território, através do desenvolvimento de sinergias de capacitação/adaptação dos indivíduos, das organizações e/ou dos contextos locais relativamente ao uso/abuso de SPA, sendo o primeiro passo para o planeamento ajustado das ações/estratégias de intervenção.

Identificam-se como fatores de proteção as características e condições individuais, sociais ou ambientais (comportamentos, atitudes, contextos específicos) que reduzem a probabilidade de um indivíduo/grupo vir a consumir SPA ou de que este consumo implique problemas importantes para o indivíduo e para o contexto social onde se insere. Os fatores de proteção permitem assim, diminuir o impacto dos fatores de risco ou aumentar a capacitação para lidar com eles. Uma antevisão de riscos e consequências situa-se na base da progressiva aposta na prevenção.

O consumo de álcool e outras SPA durante a adolescência pode comprometer o desenvolvimento, tanto ao nível biológico, interrompendo ou prejudicando a sua maturação, como ao nível psicossocial, envolvendo os adolescentes em situações relacionais e comportamentais com consequências imprevisíveis (Barroso, 2012). As SPA inibem a perceção do risco e deterioram as capacidades dos adolescentes para considerar as consequências das suas ações, favorecendo o envolvimento em comportamentos de risco (Spear, 2002; OMS, 2004; NIAAA, 2005; McQueeney *et al.*, 2009, cit. por SICAD,2013b). Devido à complexidade dos fenómenos de desenvolvimento que tornam a fase da adolescência crítica para o surgimento desta problemática, dividiu-se a análise e as intervenções a desenvolver em três períodos distintos no que se reporta aos problemas relacionados com CAD: 10-14 anos, 15-19 anos e 20-24 anos.

A prevenção, aplicada ao fenómeno das SPA, visa a adoção de uma atitude responsável em relação ao uso de psicotrópicos, ou seja, a prevenção do uso indevido de substâncias é uma intervenção cujo objetivo é evitar o estabelecimento de uma relação destrutiva do indivíduo com a substância, levando-se em consideração as circunstâncias em que ocorre o uso, com que finalidade e qual o tipo de relação que o indivíduo mantém com a mesma.

A prevenção deve ser destinada, tal como a própria palavra indica, a prevenir o uso indevido das substâncias psicoativas mas também a salvar toda a dimensão humana desrespeitada. As ações de prevenção devem estar voltadas para o bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo, deverá ter em conta estes aspetos pois, é da interação destes que se constitui o homem e é a partir das características específicas de cada um que decorrem as múltiplas origens do consumo de drogas.

Ao selecionar a qualidade de vida como orientação para o desenvolvimento de ações preventivas, considera-se que o problema do consumo de SPA é amplo e não se restringe a uma causa ou motivação, revelando a existência de fatores de risco e fatores de proteção do uso indevido das mesmas.

3.1. Tipos de consumo de Substâncias Psicoativas

O consumo é o ato de satisfazer as necessidades, desejos individuais ou coletivos. A expressão “consumo de droga” abrange padrões de consumo muito diversos:

- Experimental;
- Ocasional/Esporádico;
- Habitual;
- Abusivo.

Estamos perante consumo experimental quando existe uma situação de primeiro contacto com uma ou várias substâncias. Após este consumo pode adotar-se uma atitude de abandono do consumo das substâncias ou continuidade do mesmo.

No adolescente este tipo de consumo ocorre frequentemente e acontece principalmente devido à pressão do grupo de amigos, à atração pelo proibido e pelo risco, busca de prazer e também devido à crescente oferta que existe na sociedade.

O consumo ocasional/espórádico ocorre quando há uso de uma ou mais substâncias, sem qualquer periodicidade fixa e com intervalos de abstinência grandes. As principais motivações do adolescente para este consumo são: busca de prazer, relaxamento, facilitação das relações sociais e transgressão da lei.

No consumo habitual existe uma utilização frequente da substância. Isto pode gerar outras formas de consumo, dependendo da substância em causa, da frequência com que se consome, as características da pessoa e o meio ambiente que a rodeia.

Por último, no consumo abusivo, o adolescente vive com e para a substância, isto é, a sua vida gira em redor da substância consumida.

Isto provocará alterações no ambiente familiar, social e escolar:

- Meio familiar – violência, irritabilidade, falta de dinheiro e irresponsabilidade;
- Meio social – perda de amigos, criminalidade, roubos;
- Meio escolar – desaproveitamento escolar e expulsão.

Aos diferentes padrões de consumo correspondem, naturalmente, diferentes níveis de riscos e de danos. De um modo geral, os riscos a que um indivíduo se expõe através do consumo de drogas são influenciados por diversos fatores, entre os quais o contexto em que as drogas são consumidas, a dose consumida, a via de administração, o consumo concomitante de outras substâncias, o número e a duração dos episódios de consumo de droga e a vulnerabilidade individual (OEDT, 2014).

A monitorização do consumo de substâncias entre a população escolar fornece indicações úteis sobre os atuais comportamentos de risco dos jovens, para além de constituir um indicador das potenciais tendências futuras.

Relativamente à Europa, o estudo *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) (The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2013) constitui um recurso inestimável para identificar a evolução das tendências do consumo de substâncias entre os estudantes na faixa etária dos 15 aos 16 anos. Segundo os dados

respeitantes a 2011, estima-se que um em cada quatro jovens de 15 – 16 anos já terá utilizado uma droga ilícita, embora os níveis de prevalência variem consideravelmente em função dos países.

A *cannabis* é a substância ilícita consumida pela maioria destes jovens, 24% dos quais referem o seu consumo regular, 20% o seu consumo no último ano e 12% o seu consumo no mês anterior ao inquérito. A probabilidade de os rapazes referirem o consumo de *cannabis* no mês anterior é 1,5 vezes superior à das suas homólogas femininas (OEDT, 2014).

Excluindo a *cannabis*, a prevalência do consumo de outras drogas ilícitas é muito menor, embora em alguns países o consumo de *ecstasy* e de anfetaminas seja algo significativo. Globalmente, cerca de 7% da população escolar afirma ter consumido mais do que uma droga ilícita.

O ESPAD forneceu igualmente informações sobre o consumo de álcool e tabaco. Ambas as substâncias eram mais consumidas pela população escolar do que a *cannabis* e a maior parte daqueles que haviam consumido *cannabis* eram consumidores regulares de álcool e de tabaco. 19% dos estudantes declararam ter fumado um ou mais cigarros por dia no mês anterior ao inquérito e 4 % destes afirmaram ter fumado mais de 10 cigarros por dia (Figura 2).

Quase dois terços da população escolar declararam ter bebido álcool pelo menos uma vez no mês anterior, 20% dos quais admitiram ter ficado intoxicados pelo menos uma vez nesse período (OEDT, 2014).

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PELA POPULAÇÃO ESCOLAR EUROPEIA DE 15–16 ANOS DE IDADE (ESPAD, 2011)

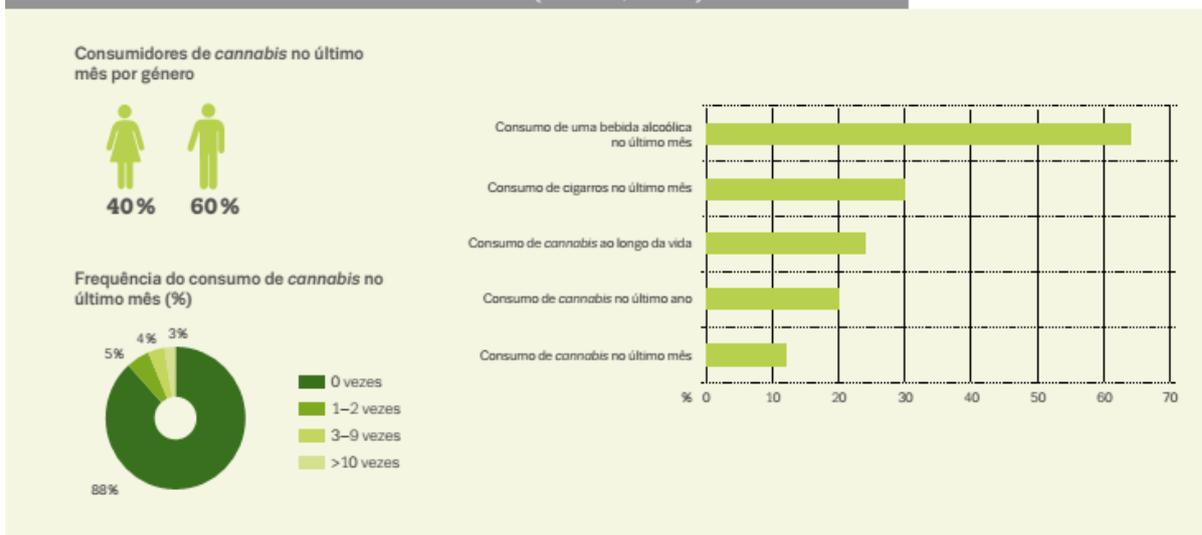


Figura 2- Consumo de substâncias pela população escolar europeia de 15-16 anos de idade

3.2. Alterações nos padrões de consumo

Verifica-se uma alteração nos padrões de consumo a nível mundial, em especial nos seguintes pontos:

- Aumento do consumo de bebidas alcoólicas nos jovens (cerveja, bebidas destiladas e *shot's*);
- Aumento da popularidade e consumo da cocaína e *ecstasy*;
- Perceções negativas sobre os efeitos das substâncias (que são menos perigosas e geradoras de menor dependência);
- O uso recreativo de SPA associadas a um certo tipo de música, estilo e estética;
- O uso de SPA de forma seletiva (como exemplos: utilizam *ecstasy* em festas e anfetaminas para o estudo);
- Os policonsumos.

3.3. Portugal e as substâncias psicoativas

Em Portugal, de acordo com o Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Substâncias e Toxicodependências, o haxixe é a substância ilícita mais consumida, assumindo prevalências muito superiores às das outras substâncias.

No entanto, de acordo com um estudo sobre estimativas da prevalência é a heroína (muitas vezes associada à cocaína) que surge como a substância mais utilizada a nível dos consumos problemáticos.

A cocaína é uma substância que é cada vez mais conhecida quer nas populações escolares, quer nos contextos da procura e do tratamento. No entanto estas prevalências alteram quando nos referimos à população escolar.

Nos resultados dos estudos nacionais realizados em 2001 pelo Instituto Português da Droga e da Toxicodependência na população portuguesa dos 15 aos 64 anos, na população escolar do 3º CEB e do Secundário, e na população reclusa, a *cannabis* surge como a substância com mais elevada prevalência no consumo, tendo vindo a aumentar esta prevalência nas populações escolares.

A heroína assume prevalências de consumo bastante inferiores às da *cannabis*, apresentando também prevalências de consumo ao longo da vida inferiores às da cocaína e idênticas às do *ecstasy* na população dos 15 aos 64 anos, e inferiores às da cocaína e do *ecstasy* na população escolar do 3º CEB.

Nos padrões de consumo mais recentes, o *ecstasy* surge com prevalências superiores às da heroína e da cocaína. Nos estudos realizados sobre consumos problemáticos, a *cannabis* surge com um maior potencial do que as outras substâncias, contudo é a heroína a principal substância nestes estudos. A cocaína adquire um papel importante quando associada à heroína, enquanto a presença da *cannabis* no estudo é pouco expressiva.

Em 2002 pela *Health Behaviour in School Aged Children (HBSC)* e a OMS e em 2003 (Tabela 1) pela *ESPAD* (Tabela 2), estudos no contexto escolar, destacam a *cannabis* como a substância com a prevalência mais elevada de consumo ao longo da vida. O

ecstasy é outra substância ilícita que apresenta elevado consumo ao longo da vida, apesar de ter uma prevalência muito inferior à da *cannabis*. A heroína tem a mais baixa prevalência de consumo ao longo da vida.

Estudo Realizado pela HBSC/OMS				
Consumo →	<i>Cannabis</i>	Heroína	Cocaína	<i>Ecstasy</i>
Ano ↓				
1998	3,8%	1%	0,9%	2,2%
2002	9,2%	1,2%	1,7%	4%

Tabela 1- Consumo de substâncias ao longo da vida em 2002

Estudo Realizado pela ESPAD				
Consumo	<i>Cannabis</i>	Heroína	Cocaína	<i>Ecstasy</i>
Ano ↓				
1999	9%	2,5%	0,8%	2,3%
2003	15%	1,8%	2,6%	4%

Tabela 2- Consumo de substâncias ao longo da vida em 2003

O estudo HBSC/OMS é um estudo colaborativo que teve como principal objetivo estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários panoramas das suas vidas. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998 e 2002 abrangeram os alunos do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade em Portugal Continental.

O ESPAD tem como principal objetivo fornecer dados comparáveis sobre prevalências e padrões de consumo de substâncias lícitas e ilícitas em alunos de 16 anos.

Também em 2003, surge o Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga (ECATD), iniciado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) e inserido no Programa de “Estudos em Meio Escolar” que representa um alargamento do Projeto ESPAD aos alunos do 7º ao 12º ano de escolaridade e dos 13 aos 18 anos de idade (IDT, 2006). Tem como objetivo caracterizar o fenómeno do consumo de SPA nos diversos grupos etários desta população escolar e acompanhar a sua evolução.

Neste estudo (Tabela 3) a *cannabis* surge também como a substância ilícita com maior prevalência de consumo ao longo da vida, aumentando com a idade. O consumo de *ecstasy* é a segunda substância ilícita com maior prevalência de consumo ao longo da vida, aumentando também esta com a idade. O consumo de heroína e cocaína variam na razão direta da idade dos alunos até aos 14-16 anos respetivamente, e na razão inversa a partir desta idade.

Consumo	<i>Cannabis</i>	Heroína	Cocaína	<i>Ecstasy</i>
Idades ↓				
13 Anos	2%	0,8%	1,5%	1,5%
14 Anos	—	2,2%	—	—
15 Anos	—	1,7%	—	—
16 Anos	—	—	2,5%	—
17 Anos	—	—	1,6%	—
18 Anos	29%	0,8%	1,4%	4,3%

Tabela 3- Consumo de substâncias ao longo da vida por faixa etária

A perceção do risco do consumo regular (Tabela 4) aumenta com a idade. Os alunos achavam ser “muito arriscado ou risco moderado” o consumo regular da substância.

Consumo →	<i>Cannabis</i>	Heroína	Cocaína	<i>Ecstasy</i>
Idade ↓				
13 Anos	76%	74%	74%	74%
18 Anos	87%	88%	86%	87%

Tabela 4- Percepção do risco associado ao consumo regular de substâncias

A percepção sobre a dificuldade de abandonar o consumo (Tabela 5) diminui com a idade no caso da *cannabis* e do *ecstasy*. No caso da heroína e da cocaína a percepção aumenta com a idade, pois os alunos consideravam ser “muito difícil” ou “difícil” abandonar o consumo destas substâncias.

A *cannabis* é percebida como a substância cujo consumo regular é mais fácil de abandonar. Esta percepção aumenta com a idade pois 25% dos alunos de 18 anos consideravam “fácil” ou “muito fácil” fazê-lo.

Consumo →	<i>Cannabis</i>	Heroína	Cocaína	<i>Ecstasy</i>
Idade ↓				
13 Anos	89%	91%	91%	89%
18 Anos	74%	96%	96%	85%

Tabela 5- Percepção sobre a dificuldade de abandonar o consumo de substâncias

No que diz respeito à percepção que os alunos tinham em arranjar SPA no mercado (Tabela 6), os resultados evidenciam que, com a exceção dos alunos de 18 anos, sobressaiu em todos os grupos etários, a opinião de que era “muito difícil ou difícil” arranjar as SPA no mercado.

Consumo →	<i>Cannabis</i>	Heroína	Cocaína	<i>Ecstasy</i>
Idade ↓				
13 Anos	61%	61%	62%	59%
18 Anos	40%	54%	54%	45%

Tabela 6- Percepção dos alunos relacionada com a dificuldade em arranjar substâncias psicoativas no mercado (“Muito difícil ou Difícil”)

A percepção dos alunos em arranjar substâncias psicoativas varia na razão direta à idade dos alunos (Tabela 7). Entre esta população escolar, a *cannabis* foi a substância ilícita considerada com maior acessibilidade no mercado, e o *ecstasy* a segunda.

Consumo →	<i>Cannabis</i>	Heroína	Cocaína	<i>Ecstasy</i>
Idade ↓				
13 Anos	9%	8%	8%	11%
18 Anos	48%	14%	15%	27%

Tabela 7- Percepção dos alunos relacionada com a dificuldade em arranjar substâncias psicoativas no mercado (“Muito Fácil ou Fácil”)

Ainda no contexto dos mercados de drogas a nível nacional, são de referir alguns indicadores sobre a facilidade percebida de acesso a algumas substâncias. Verifica-se que, em 2011, entre os jovens de 15-24 anos, 49% consideravam relativamente fácil ou muito fácil aceder a *cannabis* (se desejado), num período de 24 horas. Esta, era a percepção de 23% dos jovens relativamente à cocaína, 22% relativamente ao *ecstasy* e 18% relativamente à heroína. Comparando com a média europeia, constata-se que os jovens portugueses desta idade têm uma percepção de facilidade de acesso inferior relativamente à *cannabis* (média europeia de 57%), semelhante no que diz respeito ao

ecstasy e cocaína (média europeia de 22%) e superior relativamente à heroína (média europeia de 13%) (The Gallup Organization, 2011; SICAD,2013b).

Em 2012, cerca de 73% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida e 60% tinha consumido nos últimos 12 meses. Independentemente do tipo de consumo (experimental, recente ou atual), estes são sempre superiores no sexo masculino.

O consumo recente (últimos 12 meses) concentra-se nas idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos. Entre a população portuguesa de 15-74 anos, considerando o período dos últimos 12 meses, a prevalência de consumo *binge* era de 7,4%, e a de embriaguez no sentido restrito (ficar a cambalear, com dificuldade em falar, vomitar, e/ou não recordar depois o que aconteceu) era de 5,1%, sendo estas prevalências mais elevadas nas faixas etárias mais jovens, designadamente entre os 15-24 anos (13,2% e 12,8% respetivamente) (Balsa, Vital, & Urbano, 2013; SICAD,2013b).

Quanto ao consumo de medicamentos psicoativos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos), em 2012, cerca de 22% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo deste tipo de medicamentos (20,4% através de prescrição médica e 1,4% sem prescrição) e 13,7% tinha consumido nos últimos 12 meses. Estes consumos são bastante superiores no sexo feminino, contudo, o consumo de medicamentos sem prescrição médica (bastante mais residual) predomina no sexo masculino. As prevalências do consumo recente (últimos 12 meses) aumentam gradualmente à medida que se avança nas etapas do ciclo de vida, atingindo os valores máximos de 21% e de 24% nos grupos etários dos 55-64 anos e 65-74 anos (Balsa, Vital, & Urbano, 2013; OEDT,2014).

Estudos realizados em contextos específicos, tais como os contextos escolares e recreativos, apontam para prevalências e padrões de consumo de SPA mais preocupantes em certas etapas do ciclo de vida, designadamente na dos 15-24 anos, verificando mesmo tendências de agravamento de alguns consumos nos últimos anos (Calado & Lavado, 2010; Feijão, 2012; Feijão, Lavado & Calado, 2012, cit. por SICAD,2013a). É relevante frisar que os utentes que procuraram tratamento em 2011 nas Unidades de Desabilitação (UD) e nas Comunidades Terapêuticas (CT) públicas, as

idades médias do início dos consumos abusivos de substâncias ilícitas, álcool e benzodiazepinas situavam-se entre os 16 e os 23 anos (SICAD, 2013a).

Igualmente, no âmbito das contra ordenações por consumo de substâncias ilícitas, cerca de metade dos indivíduos com processos abertos nas Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência (CDT) relativos às ocorrências de 2011 pertenciam à faixa etária dos 16 aos 24 anos (IDT, 2012, cit. por SICAD, 2013b).

Relativamente aos 10-14 anos, os estudos realizados em contexto escolar evidenciam que uma franja da população escolar inicia os consumos de SPA nesta faixa etária, constatando-se mesmo já alguns padrões de consumo preocupantes (SICAD, 2013a).

Segundo os resultados do ECATD 2011 (Feijão, Lavado, & Calado, 2011), realizado entre os estudantes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, o início do consumo de substâncias psicoativas variava em função do sexo, do tipo de substância e idade dos inquiridos, à semelhança da etapa anterior.

A *cannabis* era a substância ilícita mais precocemente consumida; o início do consumo desta substância ilícita entre os 10-12 anos atingia os valores máximos de 2,5% nos rapazes e 1,7% nas raparigas, e o início entre os 13-15 anos atingia os valores máximos de 19,2% nos rapazes e 13,7% nas raparigas. Por outro lado, a cerveja era a bebida alcoólica mais precocemente consumida, e o início do consumo desta bebida em idades entre os 10-12 anos atingiam os valores máximos de 24% nos rapazes e 21% nas raparigas (SICAD,2013a), enquanto o início entre os 13-15 anos atingiam os valores máximos de 45% nos rapazes e 46% nas raparigas. Ainda de acordo com os resultados deste estudo, cerca de 4,4% e 8,4% dos estudantes de 13 e 14 anos respetivamente, já tinham tido pelo menos uma experiência de consumo de substâncias ilícitas, sendo as prevalências de consumo de *cannabis* ao longo da vida e nos últimos 12 meses respetivamente de 2,3% e 1,5% nos 13 anos e de 5,6% e 4,8% nos 14 anos.

As prevalências de consumo ao longo da vida de outras substâncias ilícitas que não *cannabis* eram de 3,4% e 5,9% nos 13 anos e 14 anos, respetivamente. Em relação ao consumo de álcool, cerca de 37% e 55% dos estudantes de 13 e 14 anos, já tinham tido pelo menos uma experiência de consumo, sendo que as prevalências de consumo nos últimos 12 meses eram de 27% e 45%, por essa ordem. Quanto ao consumo de

medicamentos, cerca de 7,9% e 11,6% dos estudantes de 13 e 14 anos, já tinham tido pelo menos uma experiência de consumo. Registam-se também nestas idades alguns padrões de consumo muito preocupantes, como por exemplo, o consumo de substâncias ilícitas por via endovenosa ao longo da vida (0,7% nos 13 anos e 0,5% nos 14 anos) e as prevalências de embriaguez ao longo da vida (8,2% nos 13 anos e 15,8% nos 14 anos) e nos últimos 12 meses (5,6% nos 13 anos e 13% nos 14 anos) (SICAD,2013a).

As prevalências de consumo são tendencialmente superiores na população escolar em comparação com a população em geral (SICAD,2013b). A percepção do risco elevado para a saúde por parte dos jovens da faixa etária compreendida entre os 15 e os 24 anos de idade relativamente ao consumo ocasional de substâncias ilícitas é superior relativamente à cocaína (65%), sucedida pelo *ecstasy* (51%) e por fim a *cannabis* (24%), acompanhando, excluindo apenas o *ecstasy*, da média europeia (cocaína- 66%, *ecstasy*- 59% e *cannabis*- 23%). No que se refere ao consumo regular, 64% dos jovens definem um elevado risco quanto à *cannabis* e 53% em relação às bebidas alcoólicas, situando-se este um pouco abaixo da média europeia (67% e 57% por esta ordem) (The Gallup Organization, 2011).

Os dados disponíveis relativos à população escolar, em particular aos alunos do ensino secundário, permitem observar uma tendência decrescente nas prevalências de consumo. A prevalência de fumadores varia com o grau de escolaridade, observando-se menores prevalências nos homens mais escolarizados, ao invés de maiores prevalências nas mulheres com maior escolaridade. As pessoas desempregadas revelam frequências de consumo de tabaco superiores à restante população (DGS, 2011).

O estudo HBSC/OMS de 2014 revela que a maioria dos adolescentes nunca experimentou tabaco ou álcool nem consumiu drogas no último mês.

Dos adolescentes que referiram ter consumido alguma SPA, a média de idades para experimentação de tabaco ou álcool foi de 13 anos e para embriaguez ou outras drogas foi de 14 anos. Relativamente ao uso de SPA experimentado pelos adolescentes estes referem ter experimentado os solventes, seguido da “marijuana” (*cannabis*/haxixe/erva).

O sexo feminino e os alunos do 10º ano de escolaridade são os que mais referem ter experimentado tabaco. Os alunos do 10º ano de escolaridade são também os que mais mencionam ter experimentado álcool e ter ficado embriagado, assim como ter experimentado drogas no último mês, solventes e “marijuana” (*cannabis*/haxixe/erva) (Matos *et al*, 2014).

3.4. Características das substâncias psicoativas

Uma SPA é toda e qualquer substância natural ou sintética que, introduzida no organismo modifica as suas funções. Podem ser de três tipos: depressoras, estimulantes e perturbadoras. As depressoras retardam as funções metabólicas, atrasando também o funcionamento do organismo. No conjunto das substâncias depressoras, as mais conhecidas são: o álcool, o ópio, a morfina, os barbitúricos e a cola.

As SPA perturbadoras, também conhecidas como substâncias alucinogénias perturbam o Sistema Nervoso Central (SNC), produzindo quadros de alucinação ou ilusão, geralmente de natureza visual. Os alucinogénios não se caracterizam por acelerar ou lentificar o funcionamento do SNC. Este passa apenas a funcionar fora do seu estado normal e a sua atividade é perturbada. As SPA psicodislépticas mais conhecidas são a Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD) e a *cannabis*, sendo a sua principal característica a despersonalização em maior ou menor grau.

As SPA estimulantes aumentam a atividade cerebral, diminuem a fadiga e aumentam a percepção. Desta forma, todos os sentidos são estimulados ao seu máximo exponencial. As mais conhecidas são: cocaína, 3,4-metilenodioxo-N-metanfetamina (MDMA), *ecstasy* e anfetaminas.

O aparecimento de novas substâncias psicoativas (NSP) tem sido uma tendência crescente a nível europeu. Entende-se por NSP “*um novo estupefaciente ou um novo psicotrópico, puro ou numa preparação, que não seja controlado pela Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os estupefacientes, nem pela Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias psicotrópicas, mas que possa constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias enumeradas nessas convenções*”. O termo “novas” não é exclusivo de substâncias inventadas ou sintetizadas recentemente,

mas refere-se também às substâncias recentemente disponíveis no “mercado” ou usadas recentemente de forma indevida. Em muitos casos, estas SPA são criadas para simular os efeitos das substâncias existentes controladas no sector das leis das supraditas convenções (SICAD, 2013a).

As SPA atuais são, em muitos aspetos, diferentes das conhecidas no passado. A *cannabis* é um exemplo manifesto de que as novas técnicas de produção afetam a potência tanto da resina como dos produtos herbáceos. É também notório na produção das drogas sintéticas com o surgimento de uma grande variedade de NSP. É alarmante o recente aparecimento de novas substâncias opiáceas e alucinogénias sintéticas, tão ativas farmacologicamente que, mesmo em quantidades reduzidas, têm a possibilidade de utilização na produção de múltiplas doses.

“Ainda só temos uma pálida ideia das implicações que estas evoluções terão futuramente em termos de saúde pública e de controlo da droga, mas não subsistem dúvidas de que parecem ser capazes de transformar a própria essência dos problemas que hoje enfrentamos “ (OEDT, 2014).

As principais conclusões da nova análise do *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) relativas ao fenómeno europeu das drogas vão de encontro às do relatório de 2013: a situação geral é estável, com sinais positivos em alguns aspetos, embora novos desafios apareçam constantemente. A anterior dicotomia entre um número relativamente pequeno de consumidores de droga problemáticos e de utilização geralmente injetada e um grande número de consumidores recreativos e experimentais, está a diluir-se e a ser substituída por uma situação menos extrema mas mais complexa.

Em 2011, em Portugal, 9% dos alunos já tinha experimentado *cannabis* (cerca de 30.000), continuando esta a ser a droga dominante. A experimentação das “outras drogas” manteve-se aos níveis de 2006 (menor que há 10 anos): *ecstasy*, anfetaminas e cocaína, 2% e as restantes 1%, cada. No mesmo ano, o consumo recente de tabaco na região Norte (29%) estava ao nível da média nacional (28%). A maior prevalência ocorreu na Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) do Douro (35%) e a menor (25%) no Minho Lima e em Entre Douro e Vouga. Quanto à evolução de 2006

para 2011, é notório o aumento destas prevalências em todas as NUTS3 desta região. Em 2011, apresentavam consumos recentes de tabaco, cerca de 35000 alunos do 3.º CEB. O consumo recente de *cannabis*, na região Norte (7%) situava-se na média nacional (8%). As maiores prevalências ocorreram no Douro (9%) e no Grande Porto (8%) e a menor (5%) em várias destas NUTS3. Entre as questões relativas à escola, a análise da perceção que os alunos do 3.º CEB têm sobre a visibilidade da presença das forças policiais por perto das escolas, mostra que mais de 1/3 refere que essa presença ocorre “nunca ou raramente” (38%), menos de 1/3 refere-a como ocorrendo “algumas vezes” (28%) e cerca de 1/3 como sendo muito frequente, ou seja, “bastantes vezes ou muitas vezes” (34%). Relativamente ao conhecimento do estatuto legal do consumo de drogas, os resultados evidenciam que apenas 53% dos alunos do 3.º CEB sabem que o consumo de drogas é proibido. Para além disto, 26% dos alunos pensam que a proibição depende da substância, quantidade, entre outras variáveis, havendo ainda 10% que estão convencidos que esse consumo é permitido e 11% que diz que “não sabe” (Feijão F. , 2011).

Todas as SPA atuam ao nível do SNC. Existem diversas classificações dos tipos de SPA contudo, a classificação quanto ao efeito farmacológico das SPA divide estas substâncias em três grandes tipos de drogas: depressoras, estimulantes e perturbadoras do SNC.

3.4.1. Drogas Depressoras

As drogas depressoras mais utilizadas normalmente entram em duas classes: barbitúricos e benzodiazepinas. Outras drogas depressoras incluem o álcool e os narcóticos derivados do ópio.

3.4.1.1 Ópio

O Ópio, produto natural da Papoila *Papaver Somniferum*, pertence à categoria dos opiáceos, também composta pela morfina, codeína e heroína. A palavra ópio deriva do

grego *ôpion*, que significa sumo de uma planta. No latim medieval chamava-se *Opium*, *Opiatum ipistus*.

Achados arqueológicos na Suíça mostram-nos que 3200 a 2600 anos antes de Cristo (A.C.) a *papaver* era já cultivada e pensa-se que para fins alimentares (45% de óleo), apesar de serem também conhecidas as suas propriedades narcóticas. As primeiras escrituras que mencionam o ópio são de Teofrasto e datam de III A.C.. No mundo clássico Greco-latino, a *papaver* era usada pelas elites para fins medicinais, sendo considerada um medicamento mágico. O ópio atinge grande prestígio nos finais da Idade Média e no Renascimento devido à ação dos "Senhores" de Veneza que detinham quase todo o seu monopólio. Apareceu na Europa por intermédio de Paracelsus (1493-1541). Só no século VII é que passa a ser conhecido no Oriente enquanto um produto mágico oriundo do Ocidente.

Sendo inicialmente uma substância utilizada para fins terapêuticos, transforma-se numa substância de abuso e de recreação, assumindo este tipo de consumo particular grande importância a partir do século XVIII. Na China, esta expansão adquiriu características epidémicas devido às elevadas importações de Inglaterra (grande controladora das plantações da *papaver*), às quais a China, mais tarde, se opôs, gerando as guerras do Ópio e conseqüentemente um aumento dos lucros para o mercado desta substância (finais do século XIX).

No século XIX começam a ser isoladas as substâncias que compõem o Ópio. A primeira foi a morfina em 1806, seguida pela codeína em 1832 e a papaverina em 1848. Em termos medicinais, estas substâncias acabam por substituir o ópio, sendo utilizadas como analgésicos e contra a diarreia.

O aumento de imigrantes chineses nos Estados Unidos, assim como a administração intravenosa a feridos da guerra civil, fez com que o uso de opiáceos aumentasse drasticamente nesse país. Tal facto criou condições para que a morfina se tornasse um importante remédio para combater o vício do ópio.

No final do século XIX, os Estados Unidos desenvolveram tentativas para o controlo do uso de ópio com a sua proibição. Charles Henry Brent, o bispo americano nas Filipinas, leva a cabo uma campanha moralista contra o ópio e a opiomania, tendo esta grande

aceitação. Também na China se fizeram notar movimentos antiópio, que foram vistos com desconfiança pela Inglaterra e Holanda, as principais beneficiárias dos lucros deste comércio.

A pressão americana fez com que em 1909, representantes de países com colónias no Oriente e na Pérsia se reunissem em Shangai na Conferência Internacional do Ópio, presidida pelo Bispo Brent, à qual se seguiu a de Haia em 1911. Em 1912, realizou-se a Primeira Convenção Internacional do Ópio, que procurou que os países signatários criassem o compromisso de tomar medidas de controlo do comércio do ópio nos seus próprios sistemas legais. Em 1913 e 1914 realizam-se novas convenções, tendo sido a partir desta última que os Estados Unidos criaram a Lei dos Narcóticos de Harrison, que não só controlava o comércio, como também tornava ilegal a posse por parte de pessoas não autorizadas.

Atualmente, produz-se de forma não controlada em algumas zonas do Médio e Extremo Oriente e, muito recentemente, em alguns territórios americanos. Em Portugal, foram descobertas plantações no Alentejo e Algarve.

O ópio extrai-se, realizando uma incisão numa cápsula debaixo das pétalas da planta. Estes cortes deixam escapar um alcaloide com aspeto leitoso, que solidifica rapidamente e adquire um tom acastanhado em contacto com o ar. Cada uma das cápsulas contém quantidades baixas de ópio e são necessárias em média, 3000 plantas para obter um quilo e meio de ópio.

É apresentado sob a forma de tubos pequenos (semelhantes a um cigarro sem filtro), pó ou pequenas bolinhas já preparadas para o consumo. A forma mais habitual de consumir ópio é fumado, mas pode também ser comido, bebido ou injetado.

Os opiáceos atuam sobre recetores cerebrais específicos localizados no sistema límbico, na massa cinzenta, na espinal-medula e em algumas estruturas periféricas. A nível farmacológico, os principais efeitos do ópio são causados pela morfina, um dos seus principais compostos. Tem uma potente ação analgésica e depressora do SNC que, para além do efeito analgésico provoca sonolência, euforia, sensação de tranquilidade e diminuição do sentimento de desconfiança, embotamento mental, contração das

pupilas, náuseas, vômitos, depressão respiratória (causa de morte por *overdose*) e desaparecimento do reflexo da tosse.

Produzem a libertação de histamina que provoca vasodilatação e prurido. A nível endocrinológico inibe a hormona que liberta a gonadotrofina, diminuindo os níveis do fator de libertação da corticotrofina, diminuindo os níveis de plasma do cortisol e da testosterona. Na mulher, produzem-se ciclos menstruais irregulares e no aparelho digestivo os movimentos peristálticos tornam-se lentos, favorecendo a prisão de ventre. Na bexiga, o tónus do esfíncter aumenta e os reflexos de micção diminuem, provocando dificuldade em urinar.

Os efeitos do ópio duram entre 4 a 6 horas. A longo prazo, o consumidor desta substância desenvolve tolerância em relação aos efeitos de euforia, depressão respiratória, analgesia, sedação, vômitos e alterações hormonais. Estes efeitos, junto com a diminuição da libido, insónia e aumento da transpiração, são os sintomas dos consumidores crónicos. Existe tolerância cruzada entre todos os agonistas opiáceos, pelo que se utiliza para os tratamentos de desintoxicação e desabituação. Os opiáceos devido aos seus potentes efeitos eufóricos e à intensidade da sintomatologia da abstinência são substâncias muito viciantes. Há milhares de pessoas no mundo que tentam desintoxicar-se destas substâncias e, nos casos mais graves, o método mais efetivo é a utilização de outra substância.

O indivíduo poderá apresentar bocejos, febre, choro, sudação, tremores, náuseas, agitação, ansiedade, irritabilidade, insónia, hipersensibilidade à dor, dilatação das pupilas, taquicardia e aumento da tensão arterial. Posteriormente, poderão ocorrer dores abdominais, torácicas e nos membros inferiores, lombalgias, diarreia ou vômitos (Síndrome de Abstinência).

3.4.1.2. Heroína

A heroína é fabricada a partir da morfina presente no ópio por acetilação, cujo nome químico é Diacetilmorfina. A heroína pode ser uma substância opióide natural ou

sintética, produzida e derivada do ópio do bolbo de algumas espécies de Papoila (frequentemente roxa - *Papaver somniferum*).

A heroína é um opiáceo obtido por síntese. Foi criada em 1879 nos laboratórios Bayer[®] que procuravam encontrar um analgésico forte como a morfina, mas que não provocasse dependência. No século XIX a morfina provocou grandes problemas de dependência e, os laboratórios mais prestigiados da época procuravam encontrar uma substância que a substituísse no poder analgésico, mas não no poder aditivo.

O nome heroína deriva da palavra alemã *heroish*, que significa poderoso, heroico. Quando foi descoberta foram-lhe atribuídas grandes propriedades. Em menores quantidades tinha efeitos maiores e pensava-se que trataria a tuberculose e os dependentes de morfina. Mas os riscos e efeitos negativos da heroína foram descobertos e acabou por ser retirada do mercado.

A heroína é um agonista dos recetores opióides, um recetor de mediadores opióides fisiológicos, como as endorfinas e encefalinas, importante na regulação da dor. Ela imita as ações desses agonistas, mas é usada em doses muitas vezes superiores às que eles alguma vez atingem. Os recetores opióides existem em neurónios de algumas zonas do cérebro, medula espinal e nos sistemas neuronais do intestino.

O mecanismo de prazer e bem-estar produzido pelo consumo da heroína não está completamente esclarecido. Sabe-se que, como o das outras substâncias recreativas, ocorre devido à interferência nas vias dopaminérgicas (vias que utilizam o neurotransmissor dopamina) meso-límbicas e meso-corticais. As vias dopaminérgicas que relacionam o sistema límbico (região das emoções e aprendizagem) e o córtex (região dos mecanismos conscientes) são importantes na produção de prazer. Normalmente, elas só são ativadas de forma limitada e em circunstâncias específicas. São ligadas à recompensa da aprendizagem e dos comportamentos bem-sucedidos a nível de obtenção de recursos, conhecimentos ou ligações sociais e sexuais importantes para o sucesso do indivíduo. No consumo de SPA, estas vias são modificadas e passam a responder de forma positiva apenas ao distúrbio bioquímico cerebral criado pela própria substância. Grande parte da motivação do indivíduo passa assim para a obtenção e consumo da substância. Os interesses sociais, familiares, ambição

profissional, aprendizagem e outros fatores não sendo diretamente importantes para a obtenção da mesma, com o consumo crescente são cada vez mais desleixados. Desta forma, a tomada de decisão realizada pelo indivíduo não é feita de forma clara e consciente.

A heroína é a mais aditiva e perigosa substância recreativa em uso disseminado. No seu estado mais puro apresenta-se como um sólido e para ser consumida normalmente é aquecida com o auxílio de uma colher para se transformar em líquido e ficar pronta para ser injetada. O consumo de heroína pode ser diretamente pela veia, inalada ou ingerida.

O consumo realizado por via endovenosa é o mais usual entre os dependentes de heroína, principalmente no Ocidente, devido ao prazer súbito, intenso e imediato que alcançam, pois a heroína é mais lipofílica do que os outros opióides, o que leva a uma absorção mais rápida no cérebro. Esta rapidez de efeito proporciona ao toxicodependente um prazer intenso após o consumo.

A inalação desta substância tem aumentado entre os toxicodependentes, principalmente no Oriente, onde existe pouca disponibilidade de recursos materiais como seringas e agulhas.

O consumo por ingestão, absorvida na pele ou fumada tem vindo a generalizar-se entre os consumidores de heroína. Esta substância é metabolizada no fígado e ultrapassa a barreira hemato-encefálica e a placenta. Grávidas aditas de heroína podem ter filhos com malformações físicas e psíquicas e uma profunda dependência logo à nascença.

A heroína é permitida em alguns países (como no Reino Unido), sob apertada vigilância na administração, podendo ser utilizado como analgésico de uso hospitalar. Para os demais o uso é proibido, tornando-se ilícita como em Portugal.

Mais de 95% dos consumidores de SPA, referenciados pelos serviços de saúde ou estabelecimentos prisionais, são heroína-dependentes. O consumo de heroína deixa traços amnésicos que persistem no tempo, mesmo depois de os seus vestígios terem sido eliminados do corpo.

A dependência é devida à regulação dos recetores. O consumidor de heroína apresenta concentrações de opióides muito elevadas entre as sinapses de forma contínua. Essas concentrações são detetadas pelos neurónios, levando-os a reduzir, por *feedback*

negativo, as concentrações de endorfinas que libertam, e a diminuir os efeitos de cada ativação dos recetores (através da diminuição dos mediadores intracelulares por eles libertados, ou pela maior inibição por outros neurónios). O indivíduo fica então totalmente dependente de altas concentrações de opióides, porque a produção de opióides fisiológicos pelos neurónios é muito reduzida e os recetores estão insensíveis. Assim, são necessárias concentrações cada vez maiores para os mesmos efeitos.

Um dos principais efeitos desta substância é a euforia. Esta consiste num sentimento de flutuação agradável e de bem-estar. Pode degenerar ou ser substituída por disforia, estado de ansiedade desagradável e mal-estar. A euforia, produzida pela heroína, transforma-se em depressão e ansiedade quando desaparecem os efeitos.

O consumo desta substância gera analgesia (perda da sensação de dor física e emocional) que pode levar à incisão de ferimentos no consumidor, sem que este se aperceba e se afaste do agente agressor. São necessárias doses cada vez maiores do que as anteriores para causar analgesia.

Pode ainda ocorrer sonolência, embotamento mental sem amnésia, disfunção sexual, sensação de tranquilidade e diminuição do sentimento de desconfiança, elevada autoconfiança e indiferença relativamente a outrem, comportamentos agressivos, obstipação, náuseas e vômitos (se forem ativados os centros quimiorrecetores do cérebro), hipotensão e prurido. Se existir depressão do centro neuronal cerebral da tosse ocorre supressão do reflexo da mesma.

Em caso de *overdose* pode ocorrer depressão do centro neuronal respiratório, o que constitui a principal causa de morte. Uma característica importante na distinção clínica da *overdose* por heroína daquelas produzidas por outras substâncias é a presença de pupilas mióticas.

A longo prazo existe uma tendência para aumentar a quantidade de heroína autoadministrada, com o objetivo de alcançar os mesmos efeitos que antes eram conseguidos com doses menores, o que conduz a uma expressa dependência. Passadas algumas horas da última dose, o dependente necessita de uma nova dose para evitar a síndrome de abstinência provocada pela falta desta. Desenvolve tolerância em relação aos efeitos de euforia, de depressão respiratória, analgesia, sedação, vômitos e

alterações hormonais, mas não desenvolve tolerância em relação aos efeitos de miose e de obstipação. Estes efeitos, conjuntamente com a diminuição da libido, a insónia e a transpiração, são os sintomas dos consumidores crónicos. Há alguma imunossupressão, com maior risco de infeções, principalmente aquelas introduzidas pelas agulhas partilhadas (VIH/SIDA, Hepatite B) ou por bactérias através da pele danificada pela agulha. A síndrome de abstinência pode levar à cegueira, dores, epilepsia, enfarte do miocárdio ou acidente vascular cerebral, potencialmente fatais. A longo prazo ocorrem também lesões cerebrais extensas, claramente visível macroscópica e microscopicamente em autópsia.

A heroína produz dependência física (universal) e psicológica (subjativa). A dependência física surge seis a dez horas após a última dose e caracteriza-se por tremores, piloereção, priapismo (ereção do pénis continuada e dolorosa com danos no órgão), sudorese elevada, lacrimejo, rinorreia, taquipneia, hipertermia, ansiedade, anorexia, dores musculares, hostilidade, vómitos e diarreia. Ocorre hipertensão arterial com risco de cegueira, enfartes ou ataques epiléticos. Estes sinais desaparecem com a administração de um opióide, geralmente de forma instantânea, e atingem o pico máximo entre dois a três dias, após os quais desaparecem gradualmente até ao quinto dia. O sofrimento do toxicodependente é considerável. Apenas o consumidor crónico consegue parar de consumir opióides e evitar a síndrome de privação, diminuindo a frequência do consumo e diminuindo gradualmente a quantidade da dose.

A dependência psicológica é subjativa e ocorre devido à memória do prazer sentido em administrações anteriores. Caracteriza-se por um desejo forte, por vezes violento, de consumir a substância.

Enquanto depressor do SNC, a heroína potencia os efeitos de outros depressores, aumentando o risco de *overdose*. O consumo concomitante de álcool, benzodiazepinas, cocaína, anfetaminas, barbitúricos, antiepiléticos e anti psicóticos aumenta o risco de *overdose* e morte.

A quantidade de heroína aceitável para uma administração é extremamente difícil de controlar. Deste modo, é elevado o número de *overdoses* acidentais mesmo em consumidores experientes.

Os tratamentos mais utilizados para a desintoxicação desta SPA são os tratamentos com:

- Agonistas Opióides;
- Agonistas α 2-Adrenérgicos;
- Antagonistas Opióides;
- Benzodiazepinas;
- Sedativos ou Anestesia Geral.

Tratamento com Agonistas Opióides:

Estes tratamentos baseiam-se na substituição da heroína por opióides de ação prolongada, como a metadona, a buprenorfina e a diminuição da dosagem moderada e ao longo do tempo.

A metadona é um agonista opióide que, em comparação à heroína é bem absorvida oralmente e de forma lenta. Tem uma duração no mecanismo de ação muito superior evitando os ciclos rápidos de intoxicação/quadro de abstinência associados à dependência de heroína. Esta substância funciona como um substituto da heroína mas com efeitos menos prejudiciais, embora provoque maior dependência. Sendo um opióide de ação prolongada produz sintomas que são menos severos do que os da heroína mas que são mais prolongados no tempo (e que levam muitas vezes a recaídas, não pela intensidade da dor, mas pela sua duração).

O tratamento com metadona tem como objetivos:

- Melhorar a saúde dos utilizadores de opiáceos providenciando substâncias lícitas em doses adequadas sob supervisão profissional;
- Reduzir os crimes relacionados com SPA de forma livre e legal reduzindo a necessidade de roubar para financiar as compras de heroína ilícita;
- Melhorar a situação social dos utilizadores de SPA;
- Persuadir os utilizadores a reduzir a sua dose diária e encaminhar-se gradualmente à abstinência.

No entanto, há um objetivo que estes tratamentos por substituição não conseguem atingir: o do efeito psicológico, da rebeldia, do risco e da adrenalina associada ao

consumo ilícito de substâncias. Estudos recentes colocam em causa a eficácia deste tipo de tratamentos e o uso de metadona, pois pensam que esta apresenta maior risco de morte do que a heroína, o que trouxe algumas dúvidas relacionadas com a utilização deste opiáceo de substituição.

Outro tratamento por substituição que tem sido utilizado envolve Buprenorfina que é um agonista parcial opióide que faz com que os sintomas do quadro de abstinência sejam menores do que os dos verdadeiros agonistas, como a metadona e provoca também uma menor dependência física. Como resultado, a sua utilização é mais segura e confere menor risco de abuso do que a metadona sendo, no entanto, eficaz no bloqueio da euforia e da síndrome de abstinência produzidos por outros opióides.

Tratamento com Agonistas α 2-Adrenérgicos:

O tratamento com agonistas α 2-adrenérgicos (clonidina, lofexina e guafacina) tem como objetivo a inibição da atividade noradrenérgica que aumenta de forma notória quando ocorre um quadro de privação de opiáceos.

A regulação da atividade noradrenérgica está fisiologicamente dependente tanto de recetores α 2-adrenérgicos como de recetores opióides, ou seja, a inibição da sua atividade pode ocorrer por qualquer um dos mecanismos, atuando obviamente sobre recetores diferentes.

Os α 2 agonistas, atuando sobre recetores adrenérgicos repõem rapidamente a inibição das vias noradrenérgicas, extinguindo as manifestações que constituem o quadro de privação. Por outro lado, tal como os opiáceos, também os α 2 agonistas possuem um efeito depressor sobre as vias excitatórias descendentes para os neurónios pré-ganglionares simpáticos. Estes neurónios medulares têm recetores dos α 2 agonistas e opióides e esta ação inibidora dos α 2 agonistas a nível medular contribui para o controlo dos sintomas vegetativos da síndrome de privação dos opiáceos.

Tratamento por Antagonistas Opióides

Antagonistas opióides como a nolaxona e a naltrexona (de ação mais prolongada) bloqueiam os efeitos da heroína bem como de qualquer outro opióide. Com isto impedem a conexão a recetores opióides uma vez que têm alta afinidade para estes recetores no entanto, a conexão ligando-recetor não causa a ativação dos mesmos. São, por isso, muito utilizados no tratamento da *overdose* de heroína e têm vindo a ser utilizados em simultâneo com outras terapias pois diminuem a duração do quadro de privação. No entanto, apesar de possibilitarem uma redução na duração do quadro de privação, os antagonistas opióides parecem aumentar a intensidade destes mesmos sintomas. Desaconselha-se o uso destes antagonistas que têm fortes efeitos secundários, já que podem levar ao óbito do indivíduo dependente. Por esta razão está assim aconselhado o uso da metadona como recurso terapêutico.

Tratamento com Benzodiazepinas:

A utilização de benzodiazepinas (ansiolíticos) serve de forma geral para sustentar outros tratamentos em simultâneo. A sua utilização deve-se ao facto da ansiedade ser provavelmente o sintoma clinicamente mais importante do quadro de privação de opiáceos, o menos tolerado e o mais comum em recaídas. Embora acompanhe a privação de opiáceos, deriva de vários mecanismos de natureza psicológica provocando assim a necessidade de associação de benzodiazepinas a outras terapias.

No entanto, a sua utilização deve ser cuidadosa pois são também causadoras de dependência e, muitas vezes, indivíduos dependentes de heroína estão também dependentes de benzodiazepinas.

Tratamentos com Sedativos ou Anestesia Geral:

Estes tratamentos baseiam-se na desintoxicação de doentes dependentes em heroína usando antagonistas opióides. Este é aplicado enquanto os doentes estão sob o efeito de sedativos ou anestesia geral sendo um método rápido e, portanto, designado de Desintoxicação Ultrarrápida de Opióides (UROD).

Algumas das vantagens deste método é a aceleração do processo de abstinência por inibição da ligação dos agonistas aos recetores opióides, permitindo uma hospitalização menos prolongada. Esta abstinência é melhor encarada pelos indivíduos dependentes, levando assim a um maior conforto.

Este método tem, no entanto, fortes contraindicações pois provoca graves efeitos secundários como uma ocorrência pronunciada de vômitos intensos.

A heroína é o opiáceo mais consumido na Europa contudo, no mercado das drogas ilícitas estão igualmente disponíveis outros opiáceos sintéticos, como a buprenorfina, a metadona e o fentanil. O consumo de opiáceos tende a ser mais elevado entre as populações marginalizadas das zonas urbanas (OEDT, 2014).

3.4.1.3. Barbitúricos

Os barbitúricos são substâncias depressoras derivadas do Barbital. Podem ser organizados em três categorias:

- Substâncias de curta duração (breve) – anestésicos ou sedativos;
- Substâncias de média duração (4 a 6 horas) – pílulas para dormir;
- Substâncias de longa duração (8 a 16 horas) – tratamento de epilepsia, controle de úlceras pépticas e pressão sanguínea alta.

Estas substâncias afetam o recetor do neurotransmissor ácido gama-aminobutírico (GABA), induzindo a inibição da atividade do SNC e reduzindo, conseqüentemente, as funções de alguns sistemas orgânicos. Tem efeitos sedativos, anticonvulsivos e relaxantes, sendo por isso utilizados no tratamento da ansiedade e agitação.

São encontrados sob forma de comprimidos ou cápsulas e podem ser consumidos por via oral ou intravenosa.

Desde que, em 1863, Von Baeger sintetizou o ácido barbitúrico no dia de Santa Bárbara (daí o nome) e têm-se investigado mais de 2500 derivados dessa substância. O primeiro barbitúrico com verdadeiro efeito hipno-indutor foi o Barbital[®], comercializado em

1903 com o nome de Veronal[®] por ser Verona, de todas as cidades conhecidas, a mais tranquila. Nove anos depois surgiu o Fenobarbital, barbitúrico de ação prolongada, comercializado com o nome de Luminal[®] que, estendendo-se rapidamente no âmbito clínico, é utilizado ainda hoje como um eficaz anticonvulsivo.

Durante muito tempo, os barbitúricos e os opiáceos foram as únicas substâncias disponíveis para acalmar a ansiedade ou a agitação de alguns pacientes com transtornos psiquiátricos. Isso fez com que, perante as contraindicações que os opiáceos apresentavam, a sua utilização clínica se generalizasse e se convertesse em muitos países ocidentais num problema social e sanitário.

A OMS chamou a atenção para as consequências deste abuso, num comité de peritos em 1956, e ainda repetiu a mesma chamada de atenção em várias ocasiões. Só em 1971, quando os barbitúricos foram incluídos na Convenção de Viena, começaram os progressivos procedimentos de controlo, desde a exigência de receita até à lenta retirada dos barbitúricos da composição de muitos medicamentos.

Este processo foi muito intenso nos anos 80 e, de facto, na década seguinte, o nível de uso e abuso de barbitúricos baixou notavelmente, desaparecendo do mercado negro, salvo alguns produzidos legalmente em laboratórios e depois desviados ou roubados.

Em doses fracas provocam sensações de tranquilidade, ajudam a conciliar o sono, diminuem levemente a tensão arterial e a frequência cardíaca, produzem perturbação da consciência e, de forma ocasional, euforia. Quantidades mais elevadas diminuem os reflexos, debilitam e aceleram o ritmo cardíaco, dilatam as pupilas e provocam lentidão na respiração, o que pode levar ao estado de coma e à morte, uma vez que a margem de segurança é muito estreita.

Nos casos de consumo prolongado poderão surgir transtornos como anemia, hepatite, depressão, descoordenação motora, entorpecimento da fala, entre outros. É frequente os consumidores crónicos apresentarem irritabilidade e agressividade, para além de letargia, confusão e labilidade emocional. A nível neurológico poderá surgir nistagmia, disartria e ataxia cerebelar.

Torna-se particularmente perigoso misturar barbitúricos com álcool, podendo mesmo ser letal. Por sua vez, a mistura de barbitúricos com anfetaminas é considerada uma das formas mais perigosas de abuso de substâncias.

Um consumo de algumas semanas pode levar à perda do poder hipnótico dos fármacos. Assim, os barbitúricos podem não só deixar de ser eficazes como pílulas para dormir, como passar a perturbar o sono, em especial o período do sono em que ocorrem os sonhos, o que poderá provocar consequências a nível psicológico.

Quando dissolvidos em água e injetados na veia podem provocar abscessos, feridas graves, gangrena, entre outros.

O organismo pode adquirir tolerância, sendo esta mais reduzida do que a que ocorre com os opiáceos, o que aumenta as probabilidades de *overdose*. Existe dependência física e psicológica. Verifica-se uma tolerância cruzada com outros depressores do SNC, entre os quais o álcool e as benzodiazepinas.

Em casos crónicos, a síndrome de abstinência pode durar até duas semanas, sendo que ao longo deste período os sintomas vão sofrendo uma intensificação. O indivíduo pode sentir perda de apetite, ansiedade, insónia, transpiração, agitação, hiperatividade, tremores, convulsões, confusão, alucinações fortes, paranoia, desorientação no tempo e espaço, náuseas, vertigens, câibras abdominais, aumento da temperatura e da frequência cardíaca e risco de vida.

Em casos extremos poderá ainda ocorrer *delirium tremens* semelhante ao das crises alcoólicas, podendo traduzir-se em estados psicóticos, exaustão, colapso cardiovascular, falha renal e morte.

3.4.1.4. Álcool

A produção de cerveja pelo Homem já era realizada no período neolítico. Egípcios, gregos e romanos são exemplos de povos que iniciaram a produção destas bebidas, recorrendo ao processo de fermentação.

Foi a partir do século XI que a destilação do vinho ganhou maior ênfase por toda a Europa, contudo tal facto só foi possível depois da descoberta e consequente utilização do tabaco. Apesar de grande conhecimento acerca do álcool, existem determinados aspetos que eram desconhecidos pelos seres humanos, nomeadamente o alcoolismo crónico. De todas as perturbações apenas salientavam a importância da embriaguez, e só mais tarde, na segunda metade do século XIX, tomaram conhecimento do alcoolismo como doença.

Na adolescência, os indivíduos preocupam-se mais com a sua integração social, sentindo necessidade de novas experiências, como é o exemplo do consumo de álcool, sendo esta uma das substâncias psicoativas mais acessíveis. É entre os 13 e os 17 anos que decorre a primeira experiência com o álcool e o primeiro caso de intoxicação por consumo excessivo do mesmo.

Apenas quando a ciência sofreu uma grande evolução é que denotou-se uma consciencialização de todos os problemas ligados ao consumo do álcool, sendo um deles a sua dependência. Atuando o álcool no SNC, tem uma grande capacidade para provocar mudanças de comportamento e desenvolver no indivíduo uma dependência pela sua ausência.

Após ser ingerido, o álcool integra a corrente sanguínea, onde a sua síntese demora algumas horas, dependendo da quantidade e do metabolismo de cada indivíduo. O órgão que sofre maior “desgaste” cada vez que é ingerido álcool é o fígado, já que este tem como função sintetizar o mesmo em substâncias menos nocivas para o organismo.

O consumo excessivo de álcool produz, entre outros efeitos, acidez no estômago, vômito, diminuição da temperatura corporal, cefaleias, desidratação, perda de equilíbrio, falta de coordenação motora, e em certos casos pode mesmo provocar

diplopia. Em doses muito elevadas o consumo desta substância pode provocar depressão respiratória, coma etílico e morte.

O álcool ao bloquear o funcionamento cerebral responsável pelo controlo das inibições faz com que o indivíduo se sinta eufórico, alegre e com segurança excessiva de si mesmo, o que pode ocasionar a adoção de comportamentos perigosos. Destes comportamentos perigosos realçam-se os acidentes de viação, uma vez que grande percentagem destes tem relação direta com o consumo de álcool.

No que respeita aos efeitos inerentes ao consumo de álcool, este pode provocar deterioração e atrofia cerebral, anemia e inibição do sistema imunitário, hepatite e cirrose hepática, gástrica e úlceras estomacais. A nível intestinal pode alterar a absorção dos hidratos de carbono e lípidos provocando sintomas de carência.

Nos consumidores crónicos o álcool pode provocar efeitos como irritabilidade, insónia, delírio de ciúme ou mania da perseguição. Nos casos mais graves podem mesmo surgir encefalopatias com deterioração psico-orgânica e demência alcoólica.

É uma substância capaz de originar tolerância e dependência física e psicológica em grau elevado. A síndrome de abstinência, manifesta-se cerca de doze a dezasseis horas após a privação do consumo. Os principais sintomas são inquietação, ansiedade, câibras musculares, tremores e náuseas. O chamado *Delirium tremens*, surge após o segundo dia de abstinência e manifesta-se por delírios, alucinações e tremores intensos e incontroláveis.

O consumo de álcool na mulher grávida pode originar síndrome alcoólica-fetal, caracterizada por malformações no feto e baixo coeficiente intelectual. Os recém-nascidos podem apresentar sinais de irritação, alterações do sono e tremores que são sintomas associados à síndrome de abstinência neonatal. As crianças severamente afetadas e que conseguem sobreviver aos primeiros momentos de vida, podem apresentar problemas físicos e mentais que variam de intensidade de acordo com a gravidade do caso.

No que respeita ao núcleo familiar, o alcoolismo em grau elevado pode originar desintegração familiar, maus tratos e até mesmo o suicídio/homicídio.

O consumo de álcool está associado o consumo de outro tipo de substâncias e entre os efeitos possíveis identifica-se o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, podendo ser fatal.

O novo diploma legal – Decreto-Lei nº 50/2013, de 16 de abril, que introduz alterações ao Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro, estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público. O diploma realça a preocupação com o padrão de consumo nocivo que surge caracterizado nos mais recentes estudos, padrão esse marcado pela irregularidade de consumos intensivos (*binge drinking*). Salienta a periodicidade a que se assiste no início dos consumos de álcool e a existência de base científica sobre o impacto nefasto dos mesmos no processo de maturação do SNC, em curso até ao início da idade adulta, e a relação inversamente proporcional entre a idade de início dos consumos e a probabilidade de vir a ser desenvolvida uma dependência alcoólica ou outras doenças desta decorrente (SICAD, 2013a).

A população alvo do Inquérito Nacional Em Meio Escolar (INME) era em 2011, o 3.º CEB público (a frequentar ensino regular, profissional ou artístico especializado) e abrangia cerca de 330.000 jovens. O estudo tem representatividade assegurada para Portugal e para as regiões do Continente, Autónomas da Madeira e Açores (NUT I), Regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (NUT II), para as 28 sub-regiões do Continente, que constituem as NUT III, e para os concelhos das regiões da Grande Lisboa e do Grande Porto. Para cada nível de representação foram construídas amostras aleatórias, estratificadas por área geográfica e ano de escola. Globalmente foram inquiridos cerca de 33.000 alunos do 3.º CEB público e os resultados mostram que, nos últimos 5 anos, houve aumento das percentagens de consumidores de bebidas alcoólicas, tanto ao nível da experimentação como dos consumos recentes e atuais, acompanhado no entanto, pela descida da prevalência da embriaguez.

Quanto à evolução dos consumos atuais à data da recolha de dados (últimos 30 dias) são de destacar, o aumento contínuo de consumidores de cerveja, a estabilidade quanto às bebidas destiladas ou espirituosas e, também, a estabilidade para apenas nos últimos 5 anos, do vinho. A percentagem de alunos que se tinham embriagado na altura dos

estudos manteve-se (7%) e, em 2011 era igual à dos últimos 12 meses (cerca de 23.000). Em 2001 tinham consumos atuais de tabaco perto de 60.000 alunos do 3.º CEB.

3.4.2. Drogas Estimulantes

Das inúmeras drogas estimulantes existentes no mercado serão abordadas as mais comuns em Portugal: a cocaína, anfetaminas, *ecstasy* e o tabaco.

3.4.2.1. Cocaína

A cocaína é um derivado alcaloide extraído da planta *Erythroxylon coca*, e a sua descoberta/utilização remonta a 2500 anos A.C., segundo achados arqueológicos. Com a evolução dos tempos, os Incas tiveram acesso a esta substância para uso medicinal e sagrado. Mais tarde, com a descoberta da América, a Igreja proíbe a sua forma mais comum de administração (mastigação). Contudo, ao verificar os seus efeitos anorexiantes em trabalhadores, Filipe II de Espanha despenaliza o seu uso. Em 1750 dá-se a chegada desta planta à Europa pelo botânico Joseph Tussie, no entanto só em 1858 é isolado o princípio ativo, a Cocaína, que levou ao aumento do interesse por esta substância e rapidamente iniciou-se a comercialização da mesma em grande escala.

Freud contribuiu para provar a sua característica de anestésico local, sendo generalizado o seu uso médico. No entanto, posteriormente são conhecidos os seus efeitos negativos e aditivos, percussores de perturbações físicas e psíquicas. Contemporaneamente o consumo de cocaína teve alguns surtos, nomeadamente nos anos 20 e 70, porém só na década de 80 chega a Portugal, passando rapidamente de substância de elite a generalizada.

Quanto ao aspeto, a cocaína pode apresentar-se sob a forma de um pó branco cristalino, inodoro, de sabor amargo e insolúvel na água. A via de administração mais comum é por inalação, podendo também ser absorvida por mucosas (cavidade oral) e por injeção via intravenosa. Pode também ser conjugada com outros compostos, alterando os seus efeitos.

O mecanismo de ação desta substância provoca o aumento de neurotransmissores na fenda sináptica, aumentando também o estímulo das vias de neuro transmissão (dopamina e noradrenalina), sendo por isso uma substância do grupo dos simpático-miméticos indiretos. Ao atuar como estimulante do SNC, causa efeito semelhante ao das anfetaminas, atuando especialmente nas áreas motoras, sendo terapêuticamente usada como analgésico.

Relativamente aos aspetos farmacológicos, o metabolismo desta substância é essencialmente hepático e importa referir que a velocidade de absorção é mais rápida que a sua excreção, o que potencia facilmente efeitos tóxicos no organismo. No que diz respeito aos efeitos estes podem ser relacionados com a sua ação intensa e breve (cerca de 30 minutos). Em moderadas doses pode provocar ausência de fadiga, sono e fome, além de que o indivíduo poderá também experimentar exaltação, euforia, podendo também atuar como afrodisíaco ou não. Dos efeitos físicos provocados por esta substância podem constar o aumento do ritmo cardíaco, da tensão arterial e aumento da temperatura corporal, assim como, sudorese, tremores ou convulsões. Em doses elevadas os efeitos são potenciados, provocando usualmente agitação, ansiedade, alucinações e, seguidamente à sensação inicial de bem-estar, surge o cansaço, apatia, impulsividade e irritabilidade.

Os riscos relacionados com o consumo de cocaína incluem para os consumidores, a longo prazo, irritabilidade, crises de ansiedade e pânico, apatia sexual ou impotência, distúrbios alimentares, diminuição da memória e da concentração, podendo também evoluir para psicoses esquizofrénicas com delírio de tipo persecutório e alucinações. São também possíveis alterações neurológicas (cefaleias, acidente vascular cerebral), cardiopatias e dispneia. Dadas as suas características, a cocaína pode causar danos graves no feto (aborto e alterações nervosas) quando consumida por gestantes.

A quantidade suficiente para provocar *overdose* varia de indivíduo para indivíduo, do grau de pureza da substância e da forma de administração, levando à paragem cardíaca e respiratória na maioria dos casos. Esta quantidade situa-se entre as 0,2 e 1,5 gramas de cocaína pura.

A cocaína produz dependência psicológica mas não física e, dada a curta duração dos seus efeitos, sugere o consumo compulsivo. A tolerância inicial a esta substância desenvolve-se quando o consumo é contínuo e os consumidores parecem experimentar os efeitos mais intensamente devido à fusão da cocaína com outros compostos. No que respeita à síndrome de abstinência, este tipo de substância não provoca sinais físicos mas sim alterações psicológicas tais como hiper-sonolência, apatia, ideação suicida, depressão, ansiedade, irritabilidade, surtos psicóticos e desejo de consumo compulsivo.

A cocaína é a droga estimulante ilícita mais consumida na Europa, apesar de a maior parte dos consumidores estar concentrada num número relativamente pequeno de países. Estima-se que cerca de 2,2 milhões de jovens europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (1,7% desta faixa etária) terão consumido cocaína no último ano (OEDT,2014).

3.4.2.2. Anfetaminas

As anfetaminas são substâncias de origem sintética que provocam efeitos estimulantes. Estimulam o SNC atuando na noradrenalina, afetando os sistemas dopaminérgicos e serotoninérgicos imitando os efeitos da adrenalina e noradrenalina.

Estas substâncias são utilizadas no tratamento de obesidade, depressão, epilepsia, Parkinson, narcolepsia e lesões cerebrais em crianças. Existem sob a forma de Bezedrine®, Bifetamina®, Dexedrine®, Dexamil®, Methedrine®, Desoxyn®, Desbutal®, Obedrin® e Amphaplex®.

As Anfetaminas são conhecidas por provocar hiperatividade, aumento da atenção e concentração, falta de apetite e sono, excitação nervosa, euforia, elevado grau de confiança, fadiga, depressão, apatia ou agressividade. A duração do seu efeito, em geral, varia entre 6 a 12 horas.

Entre os riscos a que o consumidor destas substâncias está sujeito pode-se destacar: sede, sudorese, cefaleias, tonturas, vertigens, alterações do sono, anorexia (devido à

perda de apetite e morte por inanição), desidratação, diarreia, taquicardia, aumento da tensão arterial, náuseas e má disposição.

O consumo crónico pode provocar uma acentuada perda de peso e exaustão, ineficácia do sistema imunitário, testículos dolorosos, tremores, ataxia, perturbações no ritmo cardíaco, dores musculares e articulares e ataque cardíaco.

Os indivíduos consumidores deste tipo de substâncias desenvolvem tolerância rápida, ou seja, rapidamente irão aumentar as suas doses de consumo, podendo mesmo vir a perder o controlo deste. Esta substância provoca dependência psicológica.

Após serem submetidos a uma privação do consumo de anfetaminas os consumidores demonstram alguns sintomas tais como: letargia, fadiga, apatia, sonolência, insónia, hipersónia, depressão, dores musculares, irritabilidade, alterações do sono e ideação suicida.

3.4.2.3. Ecstasy

O *ecstasy* é uma substância sintética pertencente à família das fenilaminas, derivada anfetamínica com composição química semelhante à mescalina (alucinogénio). O *ecstasy* atua a nível cerebral, mediando o aumento da produção e diminuição da reabsorção da serotonina. Esta parece afetar a disposição, o apetite e o sistema nervoso. Tem ação alucinogénia, psicadélica e estimulante.

Em 1914 o *ecstasy* foi patenteado como inibidor do apetite mas, com a chegada dos anos 50, foi utilizado experimentalmente em contexto de terapia de casal e psicoterapia devido aos seus efeitos entactogénicos, isto antes da sua ilegalização, que viria a acontecer nos anos 80. Foi nesta década que o seu consumo aumentou exponencialmente.

O *ecstasy* foi inicialmente consumido em Ibiza e nos países do mediterrâneo, no contexto da noite e da música eletrónica. O consumo espalhou-se, mais tarde, até à Inglaterra e Holanda, onde surge a nova cultura da “*rave*” entre os jovens.

Pode ser consumido por via oral, embora possa também ser injetado ou inalado, surgindo assim em forma de pastilhas, comprimidos, barras, cápsulas ou pó. Pode apresentar diversos aspetos, tamanhos e cores, de forma a tornar-se mais atrativo e comercial. O *ecstasy* ou MDMA apresentam nomes de rua como a “pílula do amor”, “Eva”, entre outros.

Entre os efeitos desta substância, quando usado em simultâneo com outras substâncias (ex. *cannabis*) destaca-se um aumento da sensibilidade sensorial (auditiva, em particular).

Pode também provocar efeitos semelhantes a outras substâncias como é o caso das anfetaminas e do álcool, ou seja, provoca excitação, agitação e desinibição.

Para além disso, pode oferecer uma forte sensação de amor ao próximo, de vontade de contacto físico e sexual. Pode provocar também uma sensação de intimidade e de proximidade com outras pessoas, aumento da percepção de sensualidade, aumento da capacidade comunicativa, loquacidade, euforia, despreocupação, autoconfiança, expansão da perspetiva mental, incremento da consciência das emoções, diminuição da agressividade ou perda da noção de espaço.

A nível físico pode ocorrer trismo (contração dos músculos da mandíbula), taquicardia, aumento da pressão sanguínea, boca seca, diminuição do apetite, dilatação das pupilas, mobilidade alterada, reflexos exaltados, vontade de urinar, tremores, transpiração, câibras ou mialgias.

Os primeiros efeitos surgem após 20 a 70 minutos, alcançando a fase de estabilidade em 2 horas. Os efeitos desaparecem 4 a 6 horas após o consumo. Podem ocorrer algumas consequências residuais nas 40 horas posteriores ao consumo.

Os riscos apresentados a longo prazo são: cansaço, esgotamento, sonolência, deterioração da personalidade, depressão, ansiedade, ataques de pânico, má disposição, letargia, psicose, dificuldade de concentração, irritação ou insónia e arritmias, morte súbita por colapso cardiovascular, acidente vascular cerebral, hipertermia, hepatotoxicidade ou insuficiência renal aguda.

O consumo de *ecstasy* proporciona a capacidade de resistir a atividade física intensa (várias horas a dançar), porém traz consequências perigosas, como por exemplo a

desidratação e o aumento da temperatura corporal, sendo que esta pode chegar aos 42°C, o que por sua vez pode conduzir a hemorragia interna. A desidratação e a hipertermia têm sido causa de várias mortes em “raves”. A desidratação pode ser reconhecida pelos seguintes sinais: parar de transpirar, desorientação, vertigens, cefaleias, fadiga, câibras ou síncope. No caso de algum destes sintomas ser detetado deve-se proceder á ingestão de água. O desenvolvimento de tolerância pode ser favorecido pelo uso contínuo do *ecstasy*, pode também desenvolver-se dependência psicológica.

É de referir que esta substância é frequentemente falsificada e substâncias como as anfetaminas, a quetamina, a cafeína ou medicamentos são vendidos com o nome de *ecstasy*.

O consumo, tanto das anfetaminas como do *ecstasy*, entre a população é elevado. Sendo a taxa de prevalência maior entre os jovens e globalmente estas são também as substâncias sintéticas mais prevalentes. Os locais de maior distribuição são as zonas urbanas, junto a discotecas, clubes ou eventos de dança.

A seguir à *cannabis*, as anfetaminas e o *ecstasy* são das substâncias ilegais mais consumidas.

3.4.2.4. Tabaco

Existem mais de 50 espécies da planta do género nicotínico, mas apenas uma (*Nicotiana tabacum*) é que desperta maior interesse. Esta vem do continente Americano, onde era conhecida, essencialmente, pelos seus efeitos alucinogénios. No fim do século XV a planta foi transportada para a Europa, devido ao seu grande interesse medicinal da altura. Por esta razão a sua divulgação e aceitação foi rápida.

Uma vez que o seu consumo não era ilegal cresceu de forma exponencial em toda a Europa, tendo atingido grandes proporções. Até ao século XIX existiam duas formas de consumo de tabaco, uma delas era enrolando e a outra forma, de maior abrangência, o produto de maior qualidade (pó fino) ou dos resíduos (rapé) era aspirado pelo nariz. Por

outro lado, também se usava o tabaco em cachimbos normais ou em cachimbos de água. Na altura eram raras as menções dos malefícios do consumo de tabaco exceto do cancro do lábio e/ou da língua em fumadores de cachimbo, bem como a angina provocada pelo fumo.

As formas mais comuns de consumir tabaco são: charuto, cigarro (com ou sem filtro), cachimbo, rapé e tabaco de mastigar; estas últimas conhecidas também por "tabaco sem fumo". A diferença entre o tabaco para mastigar e o rapé é que o primeiro é mais grosso, enquanto no último as folhas e o talo da planta têm de ser trituradas finamente e de seguida perfuma-se o pó que foi obtido.

Na década de 20 a taxa de cancro do pulmão aumentou consideravelmente, surgindo os primeiros estudos de investigação na década de 50 e os primeiros artigos científicos sobre o tema. Destes estudos salientam-se o de Richard Doll e Bradford Hill que foram realizados primeiro em doentes com cancro do pulmão e em segundo numa coorte de médicos ingleses. Este estudo, sendo um estudo de investigação longitudinal, foi iniciado em 1951 e durou 50 anos, tornando-se decisivo na compreensão dos efeitos do consumo de tabaco e dos benefícios obtidos com a cessação tabágica.

Em 2012, mais de um quarto da população entre 15 aos 64 anos era consumidora de tabaco. Atualmente as consequências do consumo de tabaco na saúde das pessoas encontram-se bem estabelecidas, podendo ser relacionadas com um elevado número de doenças.

A toxicidade do tabaco está relacionada sobretudo com a forma como este é consumido, tal como com a intensidade da inalação da substância. Análises realizadas a constituintes químicos do tabaco permitiram detetar 4500 substâncias no total. Na folha do tabaco não submetida a tratamento foram possíveis de identificar 16 substâncias químicas cancerígenas. Este número eleva-se para mais de 50 quando ocorre a combustão, ou seja, quando a folha é queimada. Assim, é possível generalizar que qualquer tipo ou forma de apresentação de tabaco (mascar, cachimbo, cachimbo de água, cigarro) é prejudicial para a saúde do consumidor, não existindo um limiar seguro de exposição. Isto é confirmado pela OMS e pela International Agency for Research on Cancer (IARC), entre outras entidades internacionais.

Sendo o tabaco uma SPA, tem os seus benefícios e malefícios. Existem diversas doenças relacionadas com o consumo de tabaco como por exemplo: Doença pulmonar obstrutiva crónica (85% dos casos); cancro (pulmão, boca, esófago, faringe, estômago, pâncreas, rim, fígado, bexiga, colo do útero...); aterosclerose; hipertensão arterial; infeções respiratórias; úlcera péptica; menopausa precoce; disfunção erétil e dependência.

Relativamente aos riscos associados ao ato de fumar, um estudo realizado em Portugal denominado “*Carga e Custos da Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal*” de Miguel Gouveia da Universidade Católica Portuguesa em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Gouveia *et al.*, 2007), apresenta os riscos do ato de fumar relacionados com os diferentes tipos de cancro. Esses dados são apresentados na tabela nº 8:

Doença	Fumador		Ex-Fumador	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Cancro da cavidade oral	10,89%	5,08%	3,40%	2,29%
Cancro da Laringe	14,60%	13,02%	6,34%	5,16%
Cancro da traqueia/pulmões/brônquios	23,60%	12,69%	8,70%	4,53%
Doença isquémica cardíaca (35-64 anos de idade)	2,80%	3,08%	1,64%	1,32%
Doença vascular cerebral (35-64 anos de idade)	3,27%	4,00%	1,04%	1,30%
Bronquite/enfisema	17,10%	12,04%	15,64%	11,77%

Tabela 8- Riscos de ocorrência de doenças relacionados com o tabagismo

O mesmo estudo revela que 89,9% e 58,5% dos casos de cancro da traqueia, pulmões e brônquios em homens e mulheres, respetivamente, não ocorreriam se essas pessoas

nunca tivessem fumado. No que respeita ao cancro da laringe os números são idênticos (84,9% nos homens e 59,7% nas mulheres). O cancro da cavidade oral e faringe não teria ocorrido em 78,7% dos homens e em 33,1% das mulheres se estes nunca tivessem fumado e 42,1% dos homens e 18,9% das mulheres não teriam sofrido de doença isquémica cardíaca. As doenças vasculares cerebrais eram preveníveis em cerca de 41,7% e 24,6% em homens e mulheres respetivamente e 89,9% dos casos de bronquite e enfisema em homens e 63,8% em mulheres não teria ocorrido.

Segundo o mesmo estudo, em 2009, as doenças relacionadas com o tabagismo foram um total de 367.325, o que se traduziu em custos avultados para o Estado: os custos de internamento foram de 424 milhões de euros e o custo atribuível ao tabagismo foi de 126 milhões de euros. Estes números indicam a emergência na prevenção deste flagelo público, não só em termos de custos monetários atribuíveis mas também em custos pessoais e humanos.

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública mundial, sendo responsável por 5 milhões de mortes anuais. É a primeira causa de morbilidade e mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos. A OMS estima que até 2030 ocorrerão anualmente 10 milhões de mortes resultantes do consumo de tabaco, 70% dos casos nos países em desenvolvimento.

O tabaco além de ser composto por nicotina (alcaloide vegetal com propriedades psicoativas) é também composto por mais de 4500 substâncias químicas, substâncias essas com características cancerígenas, tóxicas, irritantes e mutagénicas.

A nicotina sendo uma SPA tem características passíveis de induzir dependência física e psicológica, com processos semelhantes aos da heroína e da cocaína. A dependência da nicotina é considerada uma perturbação da saúde mental e está catalogada no 4º Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) e na 10ª Classificação Internacional das Doenças (ICD). Existem estudos que relacionam o consumo de tabaco e a depressão, estimando que cerca de 60% dos fumadores têm história de depressão clínica.

Os sintomas de dependência podem surgir após alguns dias ou semanas de uso ocasional ou regular. Contudo, nem todos os jovens que experimentam tornam-se

dependentes. A nicotina em novos utilizadores provoca algumas reações, entre elas, redução do tempo de reação, melhoria da atenção e da memória, redução do *stress* e da ansiedade e diminuição do apetite. No entanto, induz tolerância, ou seja, a exposição repetida à mesma dosagem pode provocar redução dos efeitos mencionados, levando o consumidor a aumentar a dosagem consumida.

Os efeitos adversos do consumo de nicotina existem, como em qualquer outra substância, sendo alguns deles a causa explicativa do não consumo por parte de alguns jovens que já tenham experimentado. Esses efeitos adversos (náuseas, tosse, tonturas, ansiedade) tendem a desaparecer com o consumo regular.

Assim que é instalada a dependência da nicotina, o não consumo provoca síndrome de abstinência, que de acordo com a ICD-10, se caracteriza por *“um forte desejo de voltar a fumar mesmo quando já existem sintomas de doença, dificuldade de concentração, humor disfórico ou deprimido, irritabilidade, frustração, ansiedade, depressão, alterações do sono, diminuição do ritmo cardíaco, disforia, cansaço e aumento de apetite ou ganho ponderal”* (Nunes, 2006).

Todos estes efeitos adversos da privação do consumo de tabaco explicam a continuidade do consumo pelo fumador, uma vez que procura não só os efeitos agradáveis mas também a redução dos efeitos adversos da abstinência.

Segundo o ICD-10 a dependência pode ser classificada segundo diferentes critérios e na presença de pelo menos três desses critérios pode-se afirmar que estamos perante uma situação de dependência. Esses critérios são: 1- Forte desejo, ou compulsão, para consumir a substância; 2- Dificuldade em controlar o consumo, em termos do seu início, do seu termo ou da sua intensidade; 3- Síndrome de abstinência; 4- Desenvolvimento de tolerância; 5- Perda progressiva do interesse por atividades sociais, laborais ou de lazer, devido ao uso da substância, ou aumento do tempo dedicado à sua obtenção ou à sua utilização; 6- Persistência do consumo, mesmo quando já existem sintomas evidentes de doença.

Por tudo o mencionado anteriormente, a cessação tabágica é benéfica qualquer que seja o tipo de consumo presente, traduzindo-se em vantagens a curto, médio e longo

prazo. Quanto mais precoce o abandono, maior a esperança média de vida, e menor o risco de morte prematura.

Richard Doll verificou que metade dos fumadores regulares morre devido ao consumo de tabaco, 25% dos quais com idades entre os 25 e os 69 anos de idade. A esperança média de vida diminui cerca de 10 anos que podem ser recuperados se existir cessação tabágica (Doll, 1986).

Apesar do aumento de apetite e possível ganho ponderal, sendo este um aspeto importante a considerar e um possível fator dificultador da cessação tabágica, o perfil lipídico e a distribuição da gordura corporal registam uma melhoria. O aumento ou introdução da atividade física e uma dieta hipolipídica ajudam a controlar este aspeto.

Os benefícios da cessação tabágica são diversos e podem sentir-se logo após algumas horas:

- Após 12 horas os níveis de monóxido de carbono no sangue voltam ao normal e os níveis de oxigénio aumentam;
- Após 72 horas ocorre o aumento da capacidade pulmonar e a respiração torna-se mais fácil;
- Após 2 ou 3 semanas há diminuição do risco de ataque cardíaco;
- Após 2 meses ocorre uma melhoria do olfato e do paladar, bem como do aspeto da pele;
- Após 5 – 15 anos o risco de acidente vascular cerebral é igual ao de um não fumador;
- Após 5 anos o risco de cancro da cavidade oral e esófago reduz para metade, quando comparado com um fumador;
- Após 10 anos de abstinência existe a redução de 30 a 50% de cancro do pulmão;
- Redução do fumo ambiental provocado pelo tabaco;
- Outro aspeto importante é servir de exemplo para crianças e jovens.

Em Portugal Continental 20% da população com mais de 10 anos é fumadora. Segundo os inquéritos nacionais de saúde, 29,3% dos homens e 7,9% das mulheres com mais de 15 anos de idade referem ser fumadores.

Relativamente à idade de início, 6% referem ter começado a fumar depois dos 24 anos de idade, enquanto os restantes (94%) referem ter iniciado o consumo na adolescência, sendo 19% antes dos 15 anos de idade, 36% entre os 15 e os 17 anos de idade e 39% entre os 18 e os 24 anos de idade.

No que respeita ao convívio com fumadores, um estudo realizado em 1992 pela Comissão Europeia no âmbito do Programa Europa Contra o Cancro, 36% referiram conviver com fumadores no domicílio, 50% no local de trabalho e 77% em restaurantes e locais de vendas de bebidas (WHO, 2002).

Peto, Lopez, Boreham, & Thun (2006) realizaram um estudo no qual concluíram que 8100 é o número de mortes atribuídas ao consumo de tabaco em Portugal no ano de 2000. Dessas mortes 42% foram provocadas pelos diferentes tipos de cancro, 22,2% por doenças vasculares, 17,3% por doenças respiratórias e 18,5% por outro tipo de complicações. Em relação às mortes por cancro, 62% ocorreram por cancro do pulmão. Destas 8100 mortes, 49% ocorreram entre os 35 e os 69 anos de idade, demonstrando que em média as pessoas que morrem na meia-idade vítimas do consumo de tabaco, perderam 23 anos de vida. Quando comparadas estas mortes com mortes por causas não médicas (suicídio, acidentes de trabalho, acidentes com veículos motorizados), no ano de 2006 ocorreram 4769 mortes. Estes números retratam a gravidade do problema, uma vez que o número de mortes pelo consumo de tabaco é praticamente o dobro.

Comparando os números obtidos pelos Eurobarómetros de 2006 e 2009 realizados na União Europeia podemos obter alguns dados importantes. No ano 2006, 32% era o número de fumadores com mais de 15 anos, sendo 37% homens e 27% mulheres. Desses fumadores 20,8% fumavam diariamente, sendo 30,6% homens e 11,6% mulheres. A faixa etária com maior número de fumadores era a que incluía jovens adultos entre os 25 e os 34 anos de idade (39% homens e 17,6% mulheres). No ano de 2009, a percentagem de fumadores na União Europeia com mais de 15 anos desceu ligeiramente centrando-se nos 29%, dos quais 35% eram homens e 25% mulheres (The Gallup Organization, 2011).

Comparando os dados relativos a Portugal e à União Europeia apresentados pelos Eurobarómetros de 2006 e 2010, em Portugal no ano de 2006, 64% dos portugueses

nunca tinha fumado, 24% eram fumadores e 12% eram ex-fumadores. Na União Europeia, no ano de 2006, os dados mostram-se um pouco diferentes embora a percentagem de fumadores em Portugal seja menor, 47% nunca tinham fumado, 32% eram fumadores e 21% ex-fumadores. No ano de 2009 verifica-se uma redução dos números relativamente ao consumo de tabaco. Em Portugal, 64% dos portugueses nunca tinham fumado, 23% eram fumadores e 13% eram ex-fumadores. Na União Europeia, 49% dos inquiridos nunca tinham fumado, 29% eram fumadores e 22% eram ex-fumadores. Destes ex-fumadores, 27% eram do sexo masculino e 17% do sexo feminino.

Relativamente aos jovens, a prevalência dos rapazes fumadores em Portugal é menor do que a maioria dos países europeus no entanto, a prevalência das raparigas fumadoras é bastante elevada, aproximando-se do grupo de países com prevalência de adolescentes fumadores mais elevada.

Em onze anos decorridos pode-se constatar que nos diferentes países da União Europeia a prevalência de fumadores/as na população adulta reduziu cerca de 2,5%, sendo atualmente de 32%. Entre 2002 e 2006 verificou-se um decréscimo na prevalência de fumadores em todos os países, exceto na Grécia que se manteve. Em países como Portugal, a Áustria e o Luxemburgo ocorreram decréscimos acentuados na prevalência de fumadores de cigarros.

Em Portugal de 2002 a 2006 ocorreu um decréscimo de 29% para 23% no número de fumadores contudo, entre 1987 e 2006 verificou-se um aumento de cerca de 2,4% de fumadores na população com mais de 15 anos. Na população masculina relativamente ao consumo de tabaco diário o decréscimo foi ligeiro (2,7%), mas nas mulheres registou-se um aumento na prevalência de fumadoras de 6,8%.

Com o decorrer dos anos e com a industrialização, a mulher surgiu como um novo mercado promissor para a indústria de tabaco. Anteriormente, sendo o ato de fumar reservado exclusivamente aos homens, a mulher utilizou este recurso como sinal da sua emancipação e independência. Consequentemente, com o decorrer das décadas pôde-se observar um aumento exponencial do número de fumadoras. Sendo os fumadores maioritariamente homens (4 vezes maior em número), o número de fumadoras tem

vindo a aumentar, principalmente nos países em desenvolvimento e em alguns países de Leste, Centro e Sul da Europa. Os números apresentados anteriormente reforçam o acontecimento desta tendência.

Em Portugal, a DGS demonstra preocupação com este problema de saúde pública, criando estratégias de prevenção e controlo e implementando-as no país. Das várias estratégias instituídas com o decorrer dos anos são de salientar as seguintes:

- Controlo da produção agrícola de tabaco e cessação de subsídios à plantação de tabaco;
- Controlo da indústria e regulamentação de produtos de tabaco (design dos cigarros, teores de nicotina e outros constituintes);
- Rotulagem e advertências ao consumidor;
- Políticas fiscais e de preços;
- Controlo de vendas (máquinas de venda automáticas, venda a menores, tráfico ilícito);
- Proibição da publicidade e patrocínios;
- Proibição da venda de tabaco a menores;
- Proibição/restricção de máquinas de venda de tabaco (estabelecimentos de ensino, de saúde, recintos desportivos e serviços de administração pública);
- Controlo da exposição involuntária ao fumo de tabaco (implementação da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto);
- Informação e educação para a saúde nas escolas;
- Criação de programas de apoio à cessação tabágica.

A Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, também chamada Lei do Tabaco, que aprova normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco entrou em vigor no dia 1 de Janeiro de 2008 (DGS, 2011). Os diversos estudos não são conclusivos sobre a evolução das prevalências de fumadores em Portugal. No entanto, existe diminuição sustentada de consumo de tabaco no 6.º e 8.º ano de escolaridade (DGS, 2011).

Também é importante unir esforços no sentido de alterar questões sociais e culturais como o “fumar como moda”, “fumar como ritual de socialização e integração em grupos

de pares durante a adolescência”, “fumar por prazer”, “fumar para controlo do *stress*” e controlo da publicidade direta ou indireta.

Segundo o Eurobarómetro de 2010, quando questionados sobre as razões para deixar de fumar, 71% referiram ser pela preocupação com a saúde pessoal, 52% por influência da família e amigos, 47% pelo preço atual do tabaco, 35% pela preocupação com os efeitos de fumar e não fumar, 21% pelos avisos do médico ou outros profissionais de saúde, 19% porque a sociedade reprova e 16% pela restrição de fumar nos locais de trabalho (The Gallup Organization, 2011).

Com estes dados, podemos concluir que com as estratégias que vêm a ser distribuídas existe uma influência na vontade da procura da cessação tabágica quer pelo preço do tabaco quer pelas restrições instituídas. No entanto, os profissionais de saúde são ainda pouco relevantes na decisão de deixar de fumar, surgindo em penúltimo nas razões mais apontadas.

Apesar destas políticas, em Portugal ainda não estão a ser tão eficazes como o previsto. Apesar da Lei nº 37/2007 de 14 de Agosto, 39% dos portugueses referiram ter entrado num bar onde era permitido fumar nos últimos seis meses e 17% num restaurante com as mesmas condições.

Relativamente à influência da publicidade sobre o ato de fumar, esta já é considerada há longos anos um problema, sendo proibida há bastante tempo. No entanto, os anúncios devem ser controlados (sendo estes de álcool ou qualquer outra substância) pois, em vez de prevenirmos podemos estar a promovê-los. Falar das SPA é valorizá-las pelo que tudo deve ser executado com contrapeso e medida.

Foram realizados estudos acerca do papel de fumador e não fumador em jovens. O papel de fumador foi sempre um papel fácil de representar, mostrando sempre uma atitude descontraída e confiante. Por outro lado, a representação do papel de não fumador mostrou-se sempre muito difícil de encenar, uma vez que se trata de um papel social ainda não construído. A carga emocional do “Não” é muito elevada, provocando consequentemente uma tensão negativa na representação do papel. Deste modo, verificamos o surgir de uma necessidade de construção de um papel socialmente aceite (“Não fumador”) como sendo uma pessoa saudável, bem-disposta, integrante de um

grupo alargado de amigos ao contrário de um papel social reprovável e não aceite pela sociedade (“Fumador”).

Num documento lançado em 2014, o *“Health for the World’s Adolescents”*, a OMS destaca a importância das políticas como medidas de proteção dos adolescentes e, a título de exemplo, surgem as políticas dirigidas ao consumo de tabaco, a proibição de publicidade relacionada com o tabaco, entre outros. Para que estas políticas funcionem é fulcral compreender que *“os adolescentes são a torre para a mudança social e não simples beneficiários de programas sociais”* (WHO, 2014).

Os jovens são o primeiro grupo alvo de prevenção. Neste sentido o Programa Nacional de Saúde Escolar de 2014 refere que a escola torna-se o meio privilegiado de atuação uma vez que é onde os jovens passam a maior parte do seu tempo e, muitas vezes, onde iniciam os seus consumos (Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2014a). Assim, *“através da escola é possível alcançar a maioria dos jovens e suas famílias, dirigindo assim a uma parte significativa da população”* (Administração Regional de Saúde do Norte, 2006).

Segundo a mesma fonte, os pais e a escola assumem um papel fundamental no processo educativo, processo este que assenta em vertentes formais e informais e, deste modo, todos devem ter a plena consciência de que o exemplo pessoal é muito importante.

A prevenção do tabagismo é um trabalho dirigido aos jovens (vários estudos indicam que o hábito de fumar instala-se entre os 14 e os 16 anos e a iniciação tabágica antes dos 12 anos de idade).

Considera-se que *“o início do uso de substâncias antes dos 15, 16 anos constitui um fator de risco para uma variedade de problemas de saúde mental, de eventual abuso de álcool e substâncias e má adaptação no mundo adulto”* (Matos, Machado, Caridade, & Silva, 2006).

Segundo a mesma autora a aquisição de hábitos de consumo de substâncias psicoativas é influenciada por diversos fatores socioeconómicos, culturais e pessoais tais como: *“idade, a etnia, a estrutura familiar, o estatuto socioeconómico, da família, atitudes de consumo da família e dos amigos, ligação com a família e com os amigos, fraco envolvimento escolar ou profissional, sintomas de stress, ansiedade e depressão, problemas de autoestima e outras características de personalidade...”*.

Matos, Machado, Caridade, & Silva (2006) realizaram em Portugal Continental um estudo longitudinal entre os anos de 1998 e 2002, no qual foi realizada uma seleção aleatória de escolas e turmas do 5º, 6º, 7º, 8º e 10º ano de escolaridade.

Os resultados demonstram que numa amostra de 7915 alunos 9,4% referiram “fumar tabaco” e 90,6% referiram “não fumar”. Relativamente às bebidas destiladas numa amostra de 7869 alunos 8,5% referiram consumir estas substâncias e 91,5% referiram “consumir raramente” ou “nunca ter consumido”. Outra variável estudada foi a percepção dos adolescentes quanto à sua felicidade. Numa amostra de 7833 alunos 85,7% referiram ser “Felizes” e 14,3% referiram ser “Infelizes”.

Analisando as três variáveis simultaneamente obtiveram-se os seguintes resultados:

5º Ano:

- Média de idades: 10,7 anos;
- Consumo de tabaco: 2,7% consumidores;
- Consumo de bebidas destiladas: 1,8% consumidores;
- Infelicidade demonstrada: 1,3%.

6º Ano:

- Média de idades: 11,9 anos;
- Consumo de tabaco: 5,7% consumidores;
- Consumo de bebidas destiladas: 2,4% consumidores;
- Infelicidade demonstrada: 1,7%.

7º Ano:

- Média de idades: 12,9 anos;
- Consumo de tabaco: 7,4% consumidores;
- Consumo de bebidas destiladas: 6,8% consumidores;
- Infelicidade demonstrada: 2,7%.

8º Ano:

- Média de idades: 14,2 anos;

- Consumo de tabaco: 12,5% consumidores;
- Consumo de bebidas destiladas: 9,2% consumidores;
- Infelicidade demonstrada: 2,9%.

10º Ano:

- Média de idades: 16,1 anos;
- Consumo de tabaco: 18,1% consumidores;
- Consumo de bebidas destiladas: 21,9% consumidores;
- Infelicidade demonstrada: 2,5%.

Relativamente ao diálogo com os pais os jovens que referem ser “Felizes” têm mais facilidade em falar com a mãe (78,2%) do que com o pai (56,2%). Já os jovens que se consideram “Infelizes” apresentam percentagens mais baixas de facilidade no diálogo tanto com a mãe (50,9%) como com o pai (31,6%).

“As crianças e os adolescentes com uma maior perceção de felicidade apresentam mais comportamentos ligados à proteção e um melhor envolvimento com os seus contextos (escola, família e grupo de pares) e relações interpessoais mais positivas com os elementos desses contextos” (Matos, Machado, Caridade, & Silva, 2006).

Segundo estes autores, o consumo de SPA ao longo da idade aumenta significativamente entre o 6º e o 8º ano de escolaridade. Do 8º para o 10º ano existe um aumento mais significativo no consumo de substâncias ilícitas.

Apesar de haver concordância que quanto maior o consumo de substâncias menor a perceção de satisfação com a vida, este estudo não permite concluir que a baixa perceção de satisfação com a vida leva ao consumo de substâncias ou se é o consumo das mesmas que leva à baixa satisfação.

O exemplo do uso do tabaco, um comportamento que normalmente começa durante a adolescência e tem grande impacto sobre a saúde do adulto, destaca o preço que os países vão pagar se não direcionar mais recursos e ações para a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes agora (WHO, 2014).

Com base no Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em 2005/2006, 19,7% dos residentes em Portugal, com idade igual ou superior a 10 anos, referiam ser fumadores

atuais. Destes fumadores, 10,7% admitiam “fumar ocasionalmente” e 89,3% “diariamente”. A proporção de fumadores era maior na população masculina, 28,9%, a par de 11,2% na população feminina. A prevalência mais elevada era no grupo etário 35 a 44 anos, quer entre os homens, 44,6%, como entre as mulheres, 20,9% (DGS, 2011).

Considerando a população de 15 e mais anos de idade estudada nos quatro INS realizados, observa-se a propensão decrescente na proporção de fumadores diários atrás referida (18,4% em 1987; 17,3% em 1995/1996; 18,0% em 1998/1999; 17,2% em 2005/2006) (DGS, 2011).

Ainda na população com idade igual ou superior a 15 anos que respondeu ao INS 2005/2006, a prevalência de fumadores diários era de 27,6% nos homens e de 10,6% nas mulheres, enquanto os fumadores ocasionais constituíam 3,3% da população masculina e 1,2% da população feminina (DGS, 2011).

Segundo a mesma fonte, no sexo masculino, a prevalência mais elevada de fumadores verificou-se em 2005/2006, na Região Autónoma dos Açores (31,0%) e a menor, na Região Centro (20,5%). Já no sexo feminino, a prevalência mais elevada verificou-se na Região de Lisboa e Vale do Tejo (15,4%) e a mais baixa, na Região Norte (7,6%). Em 2010, o estudo Infotabaco apresenta a estimativa de consumo diário do tabaco por região para Portugal Continental onde a estimativa pontual mais baixa foi observada para a região Norte e a mais elevada para o Algarve. Contudo, não existe evidência de heterogeneidade da prevalência de consumo diário de tabaco por região em Portugal Continental.

Utilizando os dados do INS, observa-se uma tendência decrescente na idade de início do consumo de tabaco. Considerando a população residente que fumava diariamente em 2005, verificava-se que a maior parte tinha começado a fumar entre os 15 e os 19 anos de idade (55,6%), com maior evidência na população com menos de 25 anos (65,1%) e nas que tinham entre 25 a 44 anos (60,0%). Por outro lado, 33,0% da população idosa (65 e mais anos) fumadora em 2005, tinha iniciado o consumo com menos de 15 anos. As mulheres a partir dos 45 anos de idade iniciaram o consumo de tabaco em idades mais tardias, comparativamente aos homens do mesmo grupo etário. A maior parte dos homens a partir daquela idade iniciou o consumo de tabaco até aos 20 anos (74,9%),

enquanto para as mulheres as proporções mais elevadas se registavam entre os 20 e os 24 anos, ou entre os 25 e os 29 anos nas mulheres idosas (65 ou mais anos) (DGS,2011).

O estudo ECOS-Infotabaco realizado em 2010, apresenta uma estimativa para a idade de iniciação de consumo de tabaco nos fumadores diários e ocasionais de 17,6 anos (16,5; 18,7), evidenciando que os homens começam a fumar um pouco mais cedo que as mulheres [homens 16,7 anos (15,5; 17,8) e mulheres 19,6 anos (16,5; 18,7)].

O projeto HBSC sobre os Comportamentos de Saúde das Crianças em Idade Escolar é um estudo realizado por múltiplos países em colaboração com a OMS na Europa. A população alvo deste estudo são os jovens que frequentam a escola, com idades de 11, 13 e 15 anos. O inquérito foi realizado numa amostra representativa a nível nacional obtida em cada uma das três aplicações feitas em 2002, 2006 e 2010. Das muitas facetas inquiridas aos jovens em idade escolar uma que foi sempre incluída foi a questão relativa ao consumo de tabaco.

Em todos os níveis de ensino 6.º, 8.º e 10.º ano assistiu-se a uma redução para cerca de metade dos níveis de consumo verificados em 2002. No que respeita ao consumo de tabaco incluindo formas menos regulares de consumo, o padrão observado foi semelhante, com decréscimo substancial de 2002 para 2006 e alguma evolução de decréscimo sustentado sobretudo no grupo etário mais jovem (DGS, 2011).

Em 2012, mais de um quarto da população entre 15 aos 64 anos era consumidora de tabaco. A maioria dos fumadores portugueses principiou o consumo entre os 12 e os 20 anos de idade e os principais fatores influenciadores foram os amigos, a curiosidade e vontade de novas experiências. Dados mais recentes afirmam um ampliação do consumo de tabaco entre os jovens em idades escolares, tendência que necessita de acompanhamento e reversão nos próximos anos (DGS, 2014b).

Segundo Borges *et al.* (cit. por DGS, 2011), em Portugal, estima-se que morram anualmente cerca de 12.500 pessoas por doenças associadas ao tabaco - 11,7% das mortes anuais. A proporção da carga da doença atribuível ao tabaco, medida em anos de vida ajustados por incapacidade – *Disability Adjusted Life Years (DALY)*, é de 11,2%. Existem diferenças acentuadas entre os sexos: nos homens, 15,4% da carga da doença e 17,7% das mortes são atribuíveis ao consumo de tabaco, enquanto, no sexo feminino,

este consumo é responsável por 4,9% da carga da doença e 5,2% das mortes. Caso os fumadores abdicassem do tabagismo e passassem a experimentar, o risco médio das populações de ex-fumadores, que é superior ao dos nunca fumadores mas inferior ao dos fumadores, a carga da doença medida pelos DALY poderia reduzir-se em 5,8% (7,8% dos homens e 2,8% das mulheres) e as mortes em 5,8% (8,5% homens e 2,9% mulheres).

No relatório “Portugal – Programa de Saúde Prioritários em Números: Retrato a 15 de Setembro” apresentado pela DGS em 2014, foi analisada a evolução entre 2001 e 2012 quanto aos consumos atuais de tabaco declarados (no “último mês”), verificando-se um decréscimo do consumo nos grupos etários mais jovens, entre os 15 e os 44 anos mas uma ligeira subida nos restantes. No sexo masculino a descida dos consumos de tabaco foi transversal a todas os grupos etários contudo, no sexo feminino só se verificou no grupo etário dos 15 aos 34 anos (DGS, 2014c).

Neste relatório reforçam como prioridade proceder à revisão da Lei nº 37/2007, com o objetivo de melhorar a proteção à exposição do fumo ambiental provocada pelo tabaco.

3.4.3. Drogas Perturbadoras

As drogas perturbadoras referem-se ao grupo de substâncias que modificam de forma qualitativa a atividade cerebral, ou seja, distorcem o seu funcionamento. As drogas perturbadoras mais comuns são as canabináceas, o LSD, as colas e os cogumelos psicadélicos.

3.4.3.1. Canabináceas

As canabináceas são compostos químicos derivados da planta *Cannabis sativa*, originária da região do Mar Cáspio e Negro. Na primeira metade do século passado, a Europa foi um dos principais produtores desta planta, utilizando as suas fibras em detrimento dos

efeitos psicoativos. A primeira referência a esta planta remonta a 5737 A.C. e consta da farmacopeia do Imperador Shen Nuna.

Esta substância pode apresentar-se sob três formas: preparada a partir de folhas secas flores e caules (erva), a partir da resina da planta fêmea (haxixe), e a partir da mistura da resina da planta com um dissolvente como o álcool, a acetona ou a gasolina (óleo de haxixe).

As concentrações de Tetrahidrocannabinol (THC) podem variar respectivamente entre 5-10%, 20% e 85%. As formas comuns de consumo são por inalação ou ingestão, fumada misturada com tabaco ou ingerida sob a forma de tisanas.

As canabináceas apresentam rápida absorção nos pulmões ou trato gastrointestinal, e a permanência no organismo é elevada devido às suas características lipossolúveis. Dado que a sua assimilação é realizada pelos lípidos do organismo e pela libertação lenta no plasma, é possível detetar THC na urina dos consumidores, semanas depois de estes terem abandonado o consumo. O THC atua no SNC sobre um recetor cerebral específico, com maior concentração nos gânglios basais, hipocampo e cerebelo.

No que respeita aos efeitos, as canabináceas atuam em curto prazo e variam em função da dose, da pureza da *cannabis* utilizada, da forma de consumo, do ânimo e de experiências anteriores com esta substância. Alguns dos efeitos imediatos são o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial (quando o indivíduo está deitado), pelo que a pressão arterial diminui quando o indivíduo está em pé; congestão dos vasos conjuntivais, diminuição do lacrimejo, dilatação dos brônquios, diminuição da pressão intraocular e fotofobia. Dos sintomas psíquicos constam a euforia, sonolência, fragmentação do pensamento, maior sensibilidade a estímulos externos, instabilidade na marcha, ação antiemética, alterações na memória a curto prazo, aumento do tempo de reação e défice na aptidão motora (que pode persistir até 12 horas após consumo), podendo assim interferir na condução de veículos. Podem também surgir efeitos negativos por exemplo, se o indivíduo ingerir a substância em locais desconhecidos pode desencadear-se um estado de ansiedade e ataques de pânico. Em pessoas mais vulneráveis pode mesmo ocorrer quadros psicótico-alucinatórios agudos, no entanto não necessitam de intervenção especializada.

A longo prazo o consumo desta substância pode provocar nos fumadores bronquite e asma, aumentando o risco de cancro do pulmão, diminuição da testosterona, inibição reversível da espermatogénese no homem e supressão da hormona luteinizante plasmática na mulher, originando ciclos anovulatórios. Em fumadores crónicos pode provocar apatia, isolamento e passividade.

No que respeita à dependência, esta substância desperta uma síndrome de abstinência leve: ansiedade, sudação, irritabilidade, dores musculares e a tolerância só é verificada nos grandes consumidores. Dada a pouca procura de ajuda pelos consumidores desta substância, no que diz respeito à sua cessação, deduz-se o seu escasso poder de dependência.

Em alguns países existem canabináceas sintéticas, comumente utilizadas como antiemético oral, diminuindo as náuseas provocadas por quimioterapia.

A *cannabis* é geralmente fumada e, na Europa, normalmente misturada com tabaco. Os padrões de consumo de *cannabis* vão do ocasional ou experimental, ao regular e à dependência, estando os problemas relacionados com a *cannabis* fortemente associados a um consumo frequente e de quantidades elevadas.

A *cannabis* é a droga ilícita mais suscetível de ser experimentada por todas as faixas etárias. Estima-se que 14,6 milhões de jovens europeus (15 – 34 anos) ou 11,2% desta faixa etária, 8,5 milhões dos quais com idades compreendidas entre 15 e 24 anos (13,9%), consumiram *cannabis* no último ano (Figura 3). O consumo de *cannabis* é normalmente mais elevado entre o sexo masculino, diferença que é habitualmente mais marcada nos padrões de consumo mais intensivo ou mais regular. Atualmente, coexistem tendências de consumo divergentes, conforme o ilustra o facto de, entre os países que transmitiram dados de inquéritos realizados desde 2011, oito terem comunicado reduções e cinco terem comunicado aumentos na prevalência no último ano.

Atualmente, poucos inquéritos nacionais apresentam dados sobre o consumo de agonistas dos recetores canabinoides sintéticos e, naqueles que o fazem, os níveis de prevalência são geralmente baixos.



Figura 3- Droga estimulante predominante por prevalência do consumo no último ano entre os jovens adultos (15-34 anos)

3.4.3.2. LSD

A LSD, mais conhecida por LSD-25, *pills*, *cones*, *trips* ou ácidos, é um composto cristalino alcaloide que pode ser produzido sinteticamente em laboratório a partir do processamento do esporão do centeio. Apresenta ação alucinatória e foi descoberta pelo cientista sueco Albert Hoffman em 1937 que acidentalmente ingeriu uma pequena quantidade desta substância. Após esse episódio iniciaram-se experiências terapêuticas com o LSD-25. Nessa altura o LSD-25 não era considerado prejudicial à saúde tendo sido utilizado no tratamento de doenças mentais.

Atualmente está comprovado que esta substância não tem qualquer tipo de utilidade médica e é considerada uma das substâncias mais ativas que age no cérebro, pois pequenas doses provocam grandes alterações.

Esta substância ganhou popularidade na década de 60, estando o seu consumo culturalmente associado ao movimento psicadélico. O LSD-25 pode apresentar-se sob a forma de barras, cápsulas, tiras de gelatina, micropontos ou folhas de papel secante (como selos ou autocolantes), sendo que uma dose média é de 50 a 75 microgramas. Pode ser consumido por via oral, sublingual, intravenosa ou inalatória.

Esta substância atua sobre os sistemas neurotransmissores serotoninérgicos e dopaminérgicos. Além disso, inibe a atividade dos neurónios a nível visual e sensorial. Como consequência ocorrem distorções no funcionamento do cérebro, levando a alterações psíquicas.

Os efeitos desta substância dependem da sensibilidade do indivíduo, do ambiente, da dose, da qualidade da mesma e da expectativa face ao seu uso. Estes, podem ser muito variados, agradáveis ou desagradáveis, podendo ser divididos em físicos e psicológicos.

Os efeitos físicos observados podem ser a midríase pupilar, sudorese, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, aumento de temperatura, debilidade corporal, sonolência e, por vezes, náuseas e vômitos.

Os efeitos psicológicos observados são a visualização de cores brilhantes, audição de sons incomuns, sensações de deformidade externa do próprio corpo, sinestésias, experiências místicas, "*flashbacks*", paranoia, alteração da noção temporal e espacial, confusão, pensamento desordenado, momentos delirantes podendo conduzir a atos autoagressivos (por exemplo suicídio) e hetero agressivos, despersonalização, perda do controle emocional, sentimento de bem-estar, experiências de êxtase, euforia alternada com angústia, pânico, ansiedade, depressão, dificuldade de concentração, perturbações da memória e psicose denotada por "má viagem".

Os "*flashbacks*" são fenómenos psicológicos nos quais o indivíduo vivencia alguns efeitos secundários do LSD-25 mesmo muito tempo após tê-lo consumido (semanas, meses ou mesmo anos). Estes fenómenos podem ser positivos ou extremamente negativos e angustiosos. Esta síndrome é conhecida como "Transtorno Perceptual Persistente por Alucinogénios".

Os riscos do consumo desta substância são muito elevados. A alteração total da perceção da realidade é muito frequente e o risco de sobredosagem é enorme pois a

pureza do produto é muito variável. Quando misturado com outras substâncias como as Anfetaminas, o LSD-25 torna-se ainda mais perigoso.

O LSD-25 é metabolizado pelo fígado sendo eliminado pelas fezes e pela urina. Esta substância apresenta grande capacidade lipossolúvel, o que leva à ocorrência de uma dependência que dura três a quatro dias, período no qual o indivíduo não experimenta qualquer tipo de efeito relacionado com o uso da substância. Esta tolerância após quatro a sete dias de abstinência é revertida, voltando a surgir os efeitos da substância.

A Dietilamida do Ácido Lisérgico pode levar à ocorrência de dependência psicológica (em casos raros) mas não provoca dependência física, não tendo sido observados sintomas de abstinência.

3.4.3.3. Cola

A cola de sapateiro é uma substância que se insere no grupo das SPA inalantes. O toluene é o ingrediente ativo da cola de sapateiro, cola de aerodelismo, fluído de isqueiro, tinta, gasolina, desodorizante, *spray* para cabelo, esmalte de unhas, entre outros.

Esta substância é inalada e a forma mais comum do seu uso consiste em verter o produto num saco de plástico e apertar o orifício do saco à volta da boca e do nariz, para aspirar os vapores que se desprendem. A sua absorção é rápida devido à grande extensão da superfície do epitélio pulmonar e à elevada solubilidade lipídica.

A maioria dos inalantes deprime o SNC com efeitos agudos muito semelhantes aos do álcool. Muitos consumidores usam-nos simultaneamente com outras substâncias, especialmente o álcool.

Relatórios médicos divulgados na década de 60 afirmam que o toluene causa danos permanentes no cérebro, podendo inclusive matar o indivíduo, corroer as membranas nasais, destruir a medula óssea e danificar os rins. O toluene pode também provocar impulsos violentos, lesões tanto no fígado como nos órgãos respiratórios, assim como cegueira.

A inalação dos vapores provoca efeitos similares aos do álcool e em doses elevadas pode provocar alucinações. Os sintomas observados incluem euforia, inquietação, confusão, desorientação, excitação e descoordenação motora. As inalações repetidas podem causar vertigens, desequilíbrio, alterações na percepção das cores, distorção do sentido de tempo e espaço e sensação de onipotência ou de grande poder.

A longo prazo o toluene pode gerar tolerância se for usado com frequência semanal durante um período de cerca de três meses, a partir dos quais o indivíduo necessitará de doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito. Não se sabe se o toluene causa dependência física, mas está comprovado que os indivíduos que inalam esta substância com muita frequência estão sujeitos à dependência psicológica, sendo os seus efeitos negativos revertidos com a suspensão do consumo da substância.

A *overdose* por cola de sapateiro é caracterizada por náuseas, vômitos, fadiga, fraqueza muscular, gastralgias, tremores, sentimentos de medo, solidão e culpa, paralisia dos nervos cranianos e periféricos, delírio, perda de consciência e até coma.

Normalmente, o consumo desta substância constitui um fenômeno transitório que se abandona na idade adulta. No entanto, existem pessoas que fazem um uso prolongado da mesma, correndo assim riscos físicos e psicológicos graves.

3.4.3.4. Cogumelos Psicadélicos (“Cogumelos Mágicos”)

Cogumelos psicadélicos são fungos com propriedades psicadélicas, que podem ter uma utilidade diversificada. Podem ser usados em atividades culturais de determinados povos, e também como substâncias recreativas, especialmente por jovens urbanos. As espécies mais utilizadas são: *Psilocybe cubensis*, *Psilocybe cyanescens* e *Psilocybe semilanceata*. Normalmente, são classificados como tóxicos devido aos efeitos que causam.

Os cogumelos podem ser consumidos por ingestão no chá ou leite condensado, por exemplo. Cogumelos sem psilocina/psilocibina também são utilizados para fins considerados "recreativos", sendo um exemplo a *Amanita muscaria* (cogumelo

vermelho com pintas brancas, conhecido por ilustrar os contos de fadas), o qual produz um efeito embriagante. Em muitos lugares, este tipo de cogumelos também é utilizado em rituais religiosos e pagãos.

As substâncias psicadélicas são classificadas como aquelas cujo principal efeito consiste no aumento da capacidade de pensamento do cérebro. Acredita-se que isto se deva à debilitação dos filtros que bloqueiam sinais relacionados a certas funções de alcançarem o consciente. Supõe-se que estes sinais tenham origem em múltiplas funções cerebrais, incluindo os sentidos, emoções, memórias, além de funções do subconsciente. Este efeito é normalmente conhecido como expansão da mente, ou expansão da consciência, já que a mente consciente torna-se ciente de aspetos normalmente inacessíveis. Em níveis avançados isto pode destruir temporariamente a noção de ego resultando num estado dissociativo.

Uma substância psicadélica é aquela que, sem causar dependência física, ansiedade, vertigem, delírios, amnésia, entre outros, aumenta a capacidade de pensamento de forma mais ou menos confiável e leva a mudanças da percepção experimentadas. Por vezes poderão sentir-se os seus efeitos nos sonhos ou em lampejos involuntários da memória a longo prazo.

4. Comportamentos Aditivos sem Substância

Os comportamentos aditivos sem substância são um tema comum da atualidade. Sendo também um problema dos jovens e relacionado com o desenvolvimento tecnológico é mencionado em publicações científicas e em programas de prevenção, como é o caso do Programa Nacional de Saúde Escolar de 2014, embora de forma limitada a nível nacional, dada a dimensão do problema.

A década de 1990 ficou marcada por várias mudanças na sociedade, sendo a mais evidente a introdução e difusão da *internet* no quotidiano dos povos.

No que se refere ao jogo, a dependência está definida enquanto transtorno quando assume um comportamento caracterizado por *“episódios repetidos e frequentes que dominam a vida do sujeito em detrimento dos valores e dos compromissos sociais, profissionais, materiais e familiares”*.

Relativamente aos comportamentos aditivos sem substância, considera-se ser relevante dar destaque ao fenómeno do jogo. O jogo é uma problemática com uma história recente em termos de definição de políticas de saúde a nível europeu, sendo a evidência sobre as suas diversas vertentes esparsa e de alguma forma incoerente, fruto da utilização de delimitações conceptuais distintas. Como tal, considera-se pertinente efetuar um enquadramento relativamente aos termos e categorias utilizados neste documento, referentes essencialmente ao fenómeno do *gambling*, traduzido por alguns autores (Lopes, 2009; Balsa, Vital & Urbano, 2013 cit. por SICAD, 2013a) como “jogo a dinheiro” e por outros apenas como “jogo” (Hubert & Griffiths, 2013 cit. por SICAD, 2013a).

A sua definição foi recentemente consensualizada por um grupo de especialistas no âmbito do programa europeu *Alice-Rap*: *“Apostar um determinado valor material num evento com resultado incerto, reunidas as seguintes características: (a) estão envolvidas duas ou mais partes (em que uma pode ser uma organização); (b) o resultado é*

*determinado apenas por ou predominantemente pelo acaso e não pela competência e (c) o termo inclui todas as formas, seja de base territorial ou interativa/online, lotarias, apostas ou jogos (roleta, poker, entre outros) ” (Bühninger, Braun, Kräplin, Neumann & Slecza, 2013, cit. por SICAD,2013a). No que diz respeito à identificação de problemas e da sua gravidade, os dados que se apresentam neste documento sustentam-se no instrumento *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*, já aferido para a população portuguesa por Lopes em 2008 e baseado inicialmente nos critérios do DSM-III quanto a esta problemática.*

A partir deste instrumento, é possível efetuar uma classificação dos jogadores em três níveis, um referente a ausência de problemas e os dois seguintes em que são identificados problemas mas segundo distintos níveis de severidade, em que o nível superior de severidade é o que configura os critérios de perturbação estipulados pelo DSM-III.

Estes níveis de severidade espelham o que se tem considerado como um contínuo com diversos estádios entre o jogo enquanto elemento de lazer ou profissional e o jogo enquanto perturbação com significado clínico. Sem perder de vista o panorama geral relacionado com o jogo, a proposta de atuação no que concerne aos jogadores concretos incide nos últimos estádios deste contínuo (SICAD, 2013a).

A discussão internacional sobre esta problemática refletiu-se também em alterações no DSM-V, recentemente publicado, ao nível dos termos utilizados (o termo anterior, “jogo patológico”, passa no DSM-V a ser “perturbação relacionada com o jogo”) e no próprio enquadramento do fenómeno nas perturbações mentais (transitando do capítulo de “perturbações do controlo dos impulsos não classificadas noutra parte” para o capítulo das “perturbações aditivas e relacionadas com substâncias”). O jogo, no seu sentido amplo, é uma prática transversal a todas as sociedades, tendo sobretudo uma dimensão de lazer. Também na sua vertente que envolve a alocação de dinheiro é um fenómeno com uma elevada expressão, ainda que variável entre países europeus (prevalências de 40% a 80% no último ano, segundo Griffiths, 2010 cit. por SICAD,2013a).

A probabilidade de um indivíduo desenvolver problemas relacionados com o jogo resulta da conjugação de fatores individuais (posição no ciclo de vida, designadamente

jovens, sexo masculino, determinadas características neuro cognitivas, emocionais, de personalidade e presença de abuso de substâncias, por exemplo), familiares (existência de membros da família com problemas com o jogo e/ou substâncias, relações familiares frágeis, educação parental permissiva ou inconsistente, atitude positiva relativamente ao jogo, por exemplo), do grupo de pares (atitude positiva e práticas do grupo favoráveis ao jogo) e ambientais (disponibilidade e acesso a jogos, fracas condições sociais, atitude positiva da sociedade relativamente ao jogo, estruturas de apoio social e de saúde inadequadas, regulamentação inconsistente ou inexistente relativamente à promoção do jogo ou o controlo e repressão do jogo ilegal) (SICAD, 2013a).

Os jogos eletrónicos (virtuais ou não) são fatores que desenvolvem alterações significativas nos seus utilizadores. Abreu, Karam, Góes, & Spritzer (2008) referem numa revisão da literatura sobre o uso de *internet* e dos videojogos, que as características do uso excessivo de jogos são:

- **Importância:** o jogo torna-se a atividade mais importante na vida do indivíduo;
- **Alterações no humor:** euforia/prazer ao jogar e redução da ansiedade;
- **Tolerância:** necessidade de jogar por períodos cada vez mais alargados;
- **Abstinência:** estados emocionais e físicos desagradáveis quando ocorre diminuição significativa do jogo, seja esta voluntária ou involuntária;
- **Conflito:** entre o jogador e as pessoas envolventes (casa, escola, trabalho, entre outros);
- **Recaída:** tendência a jogar excessivamente após um período de abstinência.

Relativamente ao jogo, é de destacar em primeiro lugar a sua relevância na socialização da criança e do adolescente. O jogo é uma atividade que, desde que exercida de forma responsável, não apresenta riscos para a saúde do indivíduo, podendo mesmo ser um aspeto lúdico importante. Na literatura da especialidade é consensual que se está a assistir a uma alteração de paradigma do jogo infanto-juvenil, caracterizado pela inatividade física, longos períodos de jogo e aumento do grau de isolamento social, o que não poderá a prazo deixar de ter consequências (Lopes *et al*, 2014 e SICAD, 2013a). (Ferreira, Lovato, Corrêa, & Pombeiro, 2009) num estudo realizado sobre os malefícios da *internet* nas crianças que jogam jogos, concluíram que as crianças adotam posturas,

comportamentos e linguagens semelhantes aos das personagens (chegando mesmo a apresentar gírias semelhantes) e têm tendência a tornarem-se agressivas, agitadas e impacientes. Estas crianças tornam-se adolescentes com os mesmos comportamentos, mas mais difíceis de solucionar. Consequentemente, com o evoluir dos anos, tornam-se adultos com sérios problemas quer sociais, intelectuais ou de saúde física.

Os mesmos autores abordam também a problemática do uso desmedido dos jogos na saúde física das crianças e jovens: “... *uma postura incorreta mantida por longos períodos pode causar problemas graves da coluna. A visão também é muito afetada devido a grande exposição em frente ao computador*”.

O uso excessivo da *internet* e do computador provocam também distorção na formação de uma criança que muitas vezes isola-se, desaprendendo a brincar com outros e a partilhar. Tornam-se individualistas, sedentários e, muitas vezes, com problemas de peso associados (obesidade), que mais tarde acarreta em problemas de natureza cardíaca, entre outros.

Torna-se emergente o alerta aos pais para esta problemática, para que se mantenham atentos aos sinais e reformulem a ideia de que o mundo virtual não traz perigos ou consequências para o mundo real.

A Associação Americana de Psicologia denomina a dependência da *internet* como *Pathological Internet Use* (PIU) sendo os portadores da mesma chamados *webaholics*, isto é, viciados na *internet*.

Contudo, a sociedade atual não se encontra desperta para esta problemática, não a considerando de todo um problema com necessidade de resposta. O “vício do computador” é quase que visto como uma qualidade social, sendo um indivíduo com uma rede extensa de amigos virtuais alguém respeitado. Será importante investir na formação e divulgação desta área, alertando para os sintomas dos *Webaholics*.

Gary Small, diretor do Centro de Pesquisa em Memória e Envelhecimento da Universidade da Califórnia, em entrevista publicada afirma que “*a Internet transforma o cérebro*” (Revista VEJA, 2009). Este investigador americano realizou um estudo com indivíduos com idades compreendidas entre os 55 e os 76 anos de idade. O grupo foi submetido a exames auxiliares de diagnóstico, enquanto realizavam pesquisas na

internet. Este investigador observou que, com a utilização moderada foi possível verificar que algumas áreas do cérebro foram fortalecidas, o que levava o cérebro a “fazer mais com menos energia”.

Os circuitos neuronais são estimulados pela variedade de estímulos recebidos provenientes do meio exterior, pelo que se alteram também com o uso da tecnologia digital. Small afirma que apesar dos efeitos positivos constatados no grupo de indivíduos em estudo com mais de 55 anos (aumento e fortalecimento da atividade cerebral), despendendo um período de tempo de 10 horas/dia pode reduzir a aptidão para o contacto pessoal, para manter um diálogo com outros, etc. Estes efeitos decorrem de uma sobre-exposição dos estímulos das sinapses cerebrais nos lobos frontal, parietais e temporais, reforçando as áreas das habilidades tecnológicas e negligenciando a área das aptidões sociais. Decorrentes desta negligência perdem-se também capacidades na interpretação da linguagem não-verbal (postura corporal, olhar, gestos, entre outros). Reforçando esta conclusão de Gary Small surge um estudo realizado com 200 jovens que foram sujeitos a observação de fotos de pessoas enquanto jogavam. Estes jovens referiram sentir dificuldades em identificar se essas mesmas pessoas estavam quase a chorar, carrancudas, entre outros.

Os jovens são um grupo suscetível a todas as alterações referidas anteriormente. Além de passarem mais tempo *online* e não em vida social, o lobo frontal do cérebro ainda não está completamente desenvolvido, pelo que se tornam mais vulneráveis. Esta secção do cérebro é aquela que nos diferencia dos animais, controlando os pensamentos mais complexos e a capacidade de planeamento. Os jovens que utilizam regularmente a *internet* encontram-se num estado permanente de atenção parcial, isto é, estão permanentemente a tentar acompanhar tudo o que acontece (seja nas redes sociais, nos jogos *online* ou uma simples mensagem de texto) não se focando em nada particularmente. Isto traduz-se num estado de elevado *stress* que influencia negativamente o cérebro, levando-os a não terem tempo de refletir e a tomar decisões pouco ponderadas.

Considerando a progressiva sofisticação dos jogos digitais e das novas plataformas e os momentos complexos que são as evoluções da adolescência, é de admitir o potencial aparecimento de comportamentos aditivos desde a mais tenra idade em jogo realizado

sem dinheiro, mas onde os mecanismos do jogo a dinheiro estão presentes: prêmio através de pontuação, repetição de ciclos rápidos de jogo, reforço da autoestima de quem tiver longos períodos de permanência no jogo, sensação de que a longa experiência no jogo desenvolve a perícia, introdução do fator acaso para o desfecho do ciclo de jogo (Lopes *et al*, 2014 e SICAD,2013a). A passagem do jogo sem dinheiro para o jogo a dinheiro está no aberto campo das hipóteses porque, como se indicou acima, os mecanismos do interface jogador/máquina são os mesmos (Lopes *et al*, 2014).

Na fase de vida entre os 16-23 anos verifica-se atualmente uma forte tendência para que os jovens se iniciem no jogo a dinheiro pela via digital. Segundo um estudo, numa amostra de estudantes universitários portugueses, a taxa de jogo a dinheiro pela via digital verificada foi de 6,2% e a de jogo problemático apenas de 1,2% (Magalhães, Lopes & Dervensky, 2012 cit. por SICAD,2013a). Considerando o jogo a dinheiro (totobola, totoloto, lotarias, jogos de cartas, raspadinha, euromilhões, jogos de dados, entre outros), verifica-se que em 2012, 50% dos jovens com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos jogaram a dinheiro, particularmente o euromilhões. Quanto aos 15-19 anos, é a faixa etária onde maioritariamente se iniciam os consumos de SPA e emergem padrões de consumo nocivos e abusivos.

Os indivíduos que mais utilizam a *internet* e desenvolvem sintomas de dependência sugerem desde o início alterações na sua personalidade como vulnerabilidade pessoal, baixa autoestima, ansiedade social, entre outros). Ao desenvolverem sintomas sugestivos de dependência *online* (alterações do padrão do sono, alterações no contexto laboral e nas relações pessoais) chegam a estar conectados mais de 12 horas por dia, sendo que muitas vezes podem estar até 35 horas ininterruptas, provocando prejuízo na saúde física e emocional.

Várias são as publicações internacionais e, segundo um estudo publicado por Conti *et al*. (2012) no qual ocorre a validação para português do *Internet Addiction Test*, “*a dependência da internet vem ganhando espaço nas publicações leigas e científicas em todo o mundo, pela crescente e rápida popularidade da rede mundial*”.

Os jovens nascidos entre 1990 e 2000 habitualmente são denominados de “Geração D”, sendo uma das suas particularidades, terem crescido continuamente expostos às redes

virtuais, o que os condicionou de forma própria levando-os a apresentar comportamentos distintos de outras gerações.

Contudo, a barreira que separa o uso lúdico do uso patológico tem vindo a tornar-se cada vez mais frágil. Este assunto foi primeiramente abordado por Thomas Hodgkin mas foi Ivan K. Goldberg (psiquiatra americano) o mais conhecido na abordagem a esta temática. Este psiquiatra criou o termo “*addiction disorder*” ou “transtorno da dependência da *internet*” que incluía sintomas como “abandono ou redução da importância das atividades profissionais ou sociais em virtude do uso da *internet*”, “fantasias ou sonhos com a *internet*” e “movimentos involuntários dos dedos como se estivesse digitando”. Além disto criou um *site* na *internet* que servia como uma sala de *chat* de partilha de experiências e dificuldades.

Após este autor foram vários os que abordaram esta temática, mas o primeiro estudo surgiu em 1996 com a psicóloga americana Kimberly Young que incluiu numa amostra 496 estudantes, dos quais 39 apresentavam sinais de prejuízo significativo das rotinas diárias. Apesar de ser um estudo com uma amostra nada representativa dos usuários da *internet* (cerca de 47 milhões nesse momento) foi considerado um estudo pioneiro na área. A mesma autora modificou oito dos dez critérios incluídos no DSM-IV para descrever o jogo patológico:

- Preocupação excessiva com a *internet*;
- Necessitar de aumentar o tempo conectado (*online*) para ter a mesma satisfação;
- Exibir esforços repetidos para diminuir o tempo de uso da *internet*;
- Apresentar irritabilidade e/ou depressão;
- Quando o uso da *internet* é restringido, apresentar labilidade emocional (*internet* como forma de regulação emocional);
- Permanecer conectado (*online*) mais tempo do que o programado;
- Ter o trabalho e as relações sociais em risco pelo uso excessivo;
- Mentir aos outros sobre a quantidade de horas conectadas.

A Associação Psiquiátrica Americana considera incluir este diagnóstico na DSM-V dada a gravidade das situações que têm vindo a surgir.

Segundo Leitão & Nicolaci-da-Costa (2005) são três os tipos de excesso relatados por psicanalistas observados nos seus doentes: o volume excessivo de informações disponíveis na *internet*, o número elevado de horas conectados e a exposição excessiva da intimidade no espaço virtual. Relativamente ao excesso de informação disponibilizada *online*, o fácil acesso à informação variada pode provocar situações de confusão, desorientação e ansiedade. Além disso, é importante compreender que nem toda a informação disponibilizada está correta, pelo que é essencial que o utilizador seja capaz de realizar uma triagem assertiva da mesma. O número de horas que os utilizadores se encontram *online* é também motivo de preocupação para os psicoterapeutas. O abuso excessivo de *internet* pode desencadear problemas nos relacionamentos reais. Por outro lado, a intensidade dos relacionamentos virtuais pode resultar numa exposição excessiva da intimidade pessoal, resultando no descuido da natureza da informação partilhada. Isto pode desencadear facilmente situações de *cyberbullying* principalmente em jovens que imaturamente não têm capacidade de selecionar o tipo de informação segura para partilhar.

A Revista Portuguesa Visão publicou uma notícia sobre um estudo europeu dirigido a jovens, que incluiu Portugal. A amostra deste estudo foi composta por 378 crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 16 anos de idade. As crianças reconheceram que o uso abusivo da *internet* pode provocar alterações na saúde, mencionando cefaleias, alterações na visão, alterações no padrão de sono e mesmo no grupo de amigos: *“Depois de passarem demasiado tempo “online”, algumas disseram sentir dores de cabeça, problemas de visão, sonos irregulares e até mesmo perda de amigos”*.

O mesmo estudo revela que a maior preocupação dos jovens quanto ao uso da *internet* relaciona-se com o *“bullying”*, também denominado *“cyberbullying”* ou *“assédio online”*. No entanto, os jovens que referiram já terem sido vítimas revelam que preferem recorrer a estratégias proactivas de defesa que evitem a exposição a situações de risco (perfis *online* com restrições de visualização, por exemplo) do que solicitar apoio junto da família, amigos e escola, sendo as raparigas as que mais procuram este tipo de ajuda.

Estas conclusões revelam a importância de uma regulação parental proactiva e atenta, com abertura suficiente para permitir uma maior procura por parte dos jovens. Para isso é importante que os pais estejam informados sobre a relevância desta temática.

O envolvimento das escolas é também mencionado neste estudo sendo considerado algo fundamental na mediação e prevenção de conflitos. As estratégias de prevenção devem ser incluídas em atividades de aula ou na organização de palestras escolares.

O mesmo estudo refere que atualmente a prevenção encontra-se demasiado centrada no *cyberbullying* descurando outros assuntos importantes como é o caso da exposição a conteúdos de cariz sexual ou a dependência/vício digital.

O estudo HBSC/OMS de 2014 refere que mais de metade dos adolescentes (58,1%) visualiza entre uma a três horas de televisão durante a semana mas, ao fim de semana, cerca de metade dos adolescentes (46,9%) vê quatro ou mais horas de televisão. Os alunos do 8º ano de escolaridade são os que veem mais horas de televisão independentemente do dia da semana (Matos *et al*, 2014).

O mesmo estudo revela que, metade dos adolescentes (50,5%) joga computador meia hora ou menos durante a semana e cerca de um terço (39,5%) joga computador entre uma a três horas, sendo os rapazes os que ocupam mais tempo a jogar computador independentemente do dia da semana.

Em relação ao uso do telefone, a maioria dos adolescentes (85,1%) refere que o utiliza menos de dez vezes por dia, sem diferença entre géneros e ano de escolaridade.

Quanto ao nível de comunicação através de mensagens escritas, mais de um quarto dos adolescentes utiliza diariamente este tipo de comunicação com os amigos, sendo os adolescentes do 10º ano de escolaridade e do sexo feminino os maiores utilizadores (Matos *et al*, 2014).

O estudo HBSC/OMS de 2014 revela que 67,9% dos jovens raramente usa o *e-mail* como veículo de comunicação, sem diferença entre géneros e grau de escolaridade. 40% dos adolescentes, sobretudo as raparigas e os jovens mais velhos falam através de mensagens em tempo real como o *Facebook* semanalmente. Quanto à dependência da internet são os rapazes e os jovens do 8º ano que apresentam médias com valores superiores.

5. Comportamentos de Risco relacionados com a Sexualidade

A adolescência é um período conturbado na vida de uma pessoa. É nesta transição entre a infância e a vida adulta que ocorrem mais transformações quer a nível físico, social e psicológico. As alterações da puberdade ocorrem nesta etapa, bem como surgem as mudanças na forma como o indivíduo se relaciona com os pais, amigos, pessoas do sexo oposto e na forma como se vê a si próprio.

É também nesta etapa da vida que os jovens se colocam direta ou indiretamente em situações de risco, chegando mesmo a adotar comportamentos que interferem com a sua saúde física e psíquica.

Comportamento de risco é definido por Araújo, Blankb, & Ramos (2009) como a *“participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente”*. Os mesmos autores referem que apesar dos adolescentes serem o grupo de indivíduos mais saudável, quando comparados com outros grupos, é também aquele que mais se expõe a comportamentos de risco como por exemplo, consumo de tabaco, consumo de álcool, sexo inseguro, sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros.

Este grupo é o mais vulnerável e influenciável quer pelo grupo de pares, quer pela família ou pela comunidade. São também imaturos e, no que respeita à tomada de decisão consciente e ponderada, são menos assertivos, o que os coloca numa posição de risco e também de maior relevância para abordar em termos de prevenção.

Num estudo realizado em 720 adolescentes com idades compreendidas entre os 16 e os 17 anos da cidade de Florianópolis, concluiu que 44,5% dos jovens tinham iniciado a sua vida sexual (sendo a maioria do sexo masculino) e destes, 13,6% nem sempre utilizavam preservativo. As raparigas desse grupo foram as que mais comportamentos sexuais de risco apresentaram (6,8%). De todos os comportamentos de risco abordados neste estudo (comportamento sexual de risco, uso de drogas, uso de tabaco e uso de álcool),

foi aquele relacionado com a sexualidade que mais se destacou (Araújo, Blankb, & Ramos, 2009).

Os adolescentes com vida sexual ativa mostraram tendência a não utilizar regularmente o preservativo, sendo mais comum nas jovens adolescentes. Este comportamento coloca-as numa situação de risco ao aparecimento não só de IST's mas também de uma gravidez não planeada e muitas vezes também não desejada. Nas conclusões deste estudo os autores salientam a importância da orientação sexual no ambiente familiar e escolar como forma de prevenção das complicações associadas.

Cruzeiro *et al* (2010) publicou um estudo realizado numa amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e aos 18 anos que corrobora o estudo de Araújo, Blankb, & Ramos (2009). Estes autores estudaram os comportamentos sexuais de risco associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo. Dos 960 adolescentes incluídos no estudo, 53,4% já tinham iniciado a sua vida sexual, sendo na sua maioria do sexo masculino. Quanto ao número de parceiros nos últimos 12 meses 67,3% relataram ter tido um parceiro e 32,7% dois ou mais.

Quando questionados acerca do uso regular de preservativo nas últimas três relações sexuais 56,3% relataram usar sempre. No entanto as raparigas apresentaram um risco mais elevado (21%) por usarem o preservativo apenas ocasionalmente nas últimas três relações sexuais. O risco de utilizar ocasionalmente o preservativo verificou-se estar diretamente relacionado com a escolaridade da mãe dos entrevistados, sendo que quanto maior o risco apresentado menor o nível de escolaridade da progenitora.

Diversos estudos revelaram que o uso de álcool e drogas (lícitas ou ilícitas) estão associados ao número de parceiros sexuais e, conseqüentemente, a comportamentos sexuais de risco. Taquette, Vilhena, & Paula (2004) sugerem também a associação entre este tipo de comportamento de risco com ser portador de IST's.

Sendo verificado uma maior adesão ao uso de preservativo pelos rapazes é importante desmistificar a ideia de que *“as raparigas não devem decidir acerca do uso ou não do preservativo”*, reforçando ações de educação para a saúde dirigidas não só aos jovens mas também a pais e professores, pois são os seus educadores formais e informais. Matos & Sampaio (2010) confirmam que *“a Educação Sexual é, igualmente, um*

excelente campo para que os alunos, apoiados nos seus pais e professores, possam aumentar a sua capacidade para compreender as próprias emoções, o que é crucial para a sua sexualidade e para todas as outras dimensões da vida”.

A Portaria nº 196-A/2010 de 9 de Abril, publicada em Diário da República veio regulamentar os conteúdos da Educação Sexual integrando-se igualmente nas áreas curriculares não disciplinares (Formação Cívica), devendo ser complementadas pelas áreas curriculares disciplinares. A carga horária deverá ser adaptada a cada nível de ensino e turma. Assim, na seguinte tabela (Tabela 9) encontram-se as áreas a abordar mediante o nível de escolaridade dos alunos.

Ciclo de Escolaridade	Conteúdos
1º Ciclo (1º ao 4º anos)	<ul style="list-style-type: none"> • Noção do corpo; • O corpo em harmonia com a Natureza e o seu ambiente social e cultural; • Noção de família; • Diferenças entre rapazes e raparigas; • Proteção do corpo e noção dos limites dizendo não às aproximações abusivas. <p>1. Pode haver necessidade de desenvolver temas como dúvidas ou problemas de identidade de género, ou necessidade de proteger o corpo (alunos do 3º e 4º anos de escolaridade)</p>
2º Ciclo (5º e 6º anos)	<ul style="list-style-type: none"> • Puberdade – aspetos biológicos e emocionais; • O corpo em transformação; • Caracteres sexuais secundários; • Normalidade, importância e frequência das suas variantes biopsicológicas; • Diversidade e respeito; • Sexualidade e género; • Reprodução humana e crescimento; • Contraceção e planeamento familiar; • Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório; • Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas; • Dimensão ética da sexualidade humana.
3º Ciclo (7º ao 9º anos)	<ul style="list-style-type: none"> • Dimensão ética da sexualidade humana; • Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores (por exemplo: afetos, ternura, crescimento e maturidade)

	<p>emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreensão da fisiologia geral da reprodução humana; • Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório; • Compreensão do uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e, sumariamente, dos seus mecanismos de ação e tolerância (efeitos secundários); • Compreensão da epidemiologia das principais IST's em Portugal e no mundo (incluindo infeção por VIH/vírus da imunodeficiência humana — HPV2/vírus do papiloma humano — e suas consequências) bem como os métodos de prevenção; • Saber como se protege o seu próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não a pressões emocionais e sexuais; • Conhecimento das taxas e tendências de maternidade e da paternidade na adolescência e compreensão do respetivo significado; • Conhecimento das taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respetivo significado; • Compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável; • Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.
<p>Ensino Secundário</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão ética da sexualidade humana. Sem prejuízo dos conteúdos já enunciados no 3.º ciclo, sempre que se entenda necessário, devem retomar -se temas previamente abordados, pois a experiência demonstra vantagens de se voltar a abordá-los com alunos que, nesta fase de estudos, poderão eventualmente já ter iniciado a vida sexual ativa. A abordagem deve ser acompanhada por uma reflexão sobre atitudes e comportamentos dos adolescentes na atualidade; • Compreensão e determinação do ciclo menstrual em geral, com particular atenção à identificação, quando possível, do período ovulatório, em função das características dos ciclos menstruais; • Informação estatística sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Idade de início das relações sexuais, em Portugal e na União Europeia; Taxas de gravidez e aborto em Portugal; Métodos contraceptivos disponíveis e utilizados; segurança proporcionada por diferentes métodos; motivos que impedem o uso de métodos adequados; Consequências físicas, psicológicas e sociais da maternidade e da paternidade de gravidez na adolescência e do aborto; • Doenças e infeções sexualmente transmissíveis (como Infeção por VIH e HPV) e suas consequências; • Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas. |
|--|--|

Tabela 9- Conteúdos a abordar em Educação Sexual mediante o nível de escolaridade

Esta síntese apresentada serve como referencial para desenvolver ações de prevenção no âmbito da educação sexual de forma a adequar os conteúdos a desenvolver.

Relativamente à educação sexual em Portugal, Matos & Sampaio (2010) realizaram um estudo que abrangeu 4877 alunos portugueses no ano de 2006, com o objetivo de compreender as suas necessidades de formação nesta área. Destes alunos 46,1% responderam em primeiro lugar a vontade de ver debatido na escola o tema da sexualidade, a droga (28,6%), a violência (26,4%), o álcool (26,8%), entre outros.

Quando questionados sobre “para que serve a educação sexual” 55,9% declararam que seria “para obter mais informação”, 36,8% “para tirar dúvidas”, 20,5% “para saber relacionar-me com outra pessoa”, 19,4% “para não ter SIDA” e 17,3% “para não engravidar”. Os adolescentes compreendem que a etapa da vida em que se encontram é uma etapa de mudanças significativas e que muitas vezes são difíceis de lidar, pelo que consideram pertinente obterem mais informação.

Sobre temas mais difíceis de abordar em família, como é o caso da sexualidade, 38,5% dos inquiridos referiu sentir-se “à vontade/muito à vontade” para falar com os pais sobre educação sexual, enquanto 61,5% referiu sentir-se “pouco ou nada à vontade”. Por outro lado, é com os colegas que mais se sentem à vontade para falar (69,8%).

O mesmo estudo concluiu que apesar dos alunos se sentirem mais à vontade para falar com os colegas também referem ter uma boa comunicação em casa, o que demonstra a relevância dos pais adotarem uma postura ativa na educação sexual.

Relativamente à informação sobre IST's, 62,7% dos inquiridos referiu procurar informação junto de amigos, 48,5% junto dos pais, 39% em Centros de Saúde, 22,4% junto dos professores e 10,6% junto de um padre ou grupo religioso. Nestes dados apesar dos pais se tornarem uma segunda opção face aos amigos surge também a figura do professor, mostrando ter também um papel educativo relevante nesta área.

O estudo HBSC/OMS de 2014 revela que a maioria dos adolescentes referem não terem relações sexuais e os que mencionaram que sim, afirmam que a sua primeira relação foi aos 14 anos de idade ou mais tarde, tendo utilizado preservativo na primeira e última relação sexual. Importa reter que mais de um terço dos adolescentes que afirmam ter tido relações sexuais não usaram o preservativo referindo não terem pensado nisso como principal motivo sendo que, os outros motivos mencionados foram não terem os preservativos consigo, os preservativos serem muito caros ou terem bebido álcool em excesso.

São os rapazes e jovens do 10º ano de escolaridade que mencionam de forma mais frequente já terem tido relações sexuais, sendo as raparigas e os jovens do 10º ano de escolaridade que referiram o uso de preservativo na primeira e última relação sexual (Matos *et al*, 2014).

5.1. Infeções Sexualmente Transmissíveis

As IST's são doenças que podem ser transmitidas por uma pessoa a outra, através de relações heterossexuais ou homossexuais ou por contacto íntimo com os órgãos genitais, boca ou reto.

Estas doenças são contagiosas, transmitidas quase exclusivamente por contacto durante a relação sexual, ou seja, quando as superfícies da mucosa entram em contacto durante a atividade sexual genital, oral ou anal.

São várias as infeções descritas até aos dias de hoje sendo mencionadas de seguida algumas das mais relevantes.

5.1.1. Gonorreia

A Gonorreia é uma Infeção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*.

São os jovens adultos com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos que apresentam maior risco de a contraírem. É também nesta faixa etária que se verifica as mais altas taxas da doença, a seguir às verificadas entre adolescentes, dos 15 aos 19 anos. Cerca de 10% a 40% das infeções gonorreicas dos homens são assintomáticas, enquanto na mulher, a percentagem de infeções assintomáticas é cerca de 80%.

O período de incubação da bactéria é de 2 a 10 dias e transmite-se através de relações sexuais. A prevenção da ocorrência desta doença passa pela utilização de preservativo de proteção e por uma higiene cuidada após a relação sexual.

As manifestações clínicas desta doença são várias podendo ser divididas pelo grupo masculino e pelo grupo feminino. Os sinais e sintomas mais comuns nos homens são: uretrite, disúria (principalmente na primeira micção matinal), corrimento purulento pela uretra e tumefação do pénis (raro). Nas mulheres os sintomas mais comuns são: corrimento vaginal, desconforto ou dor ligeira e persistente no abdómen; ardor e urgência urinária. As mulheres raramente apresentam sintomas precoces e incómodos como os homens. Existe também um elevado número de doentes infetadas e assintomáticas. Se não tratada a gonorreia pode causar infertilidade e gravidez ectópica.

Segundo o Relatório Anual Epidemiológico do ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*) de 2011, neste ano foram reportados 39.179 casos, o que representa um rácio de 12,6 por 100.000 habitantes. Em Portugal no mesmo ano foram reportados 111 casos representando um rácio de 1,07 por 100.000 habitantes. O país com mais casos reportados foi o Reino Unido com 23.183 casos. Relativamente às idades dos infetados, a maioria dos indivíduos do sexo masculino apresentava-se no intervalo de idades entre 20-24 anos enquanto as mulheres encontravam-se no intervalo entre os 15 e os 24 anos de idade (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2013).

5.1.2. Sífilis

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada por uma espiroqueta, o *Treponema pallidum*, que penetra no corpo através da mucosa ou através da pele, durante a relação sexual ou por via transplacentária (a partir do quarto mês de gestação).

O período de incubação da doença ocorre entre 1 semana a 3 meses. O *Treponema pallidum* é facilmente destruído por agentes físicos e químicos, como o calor, a água e o sabão.

Os métodos de prevenção de contrair esta infeção incluem a utilização do preservativo, o rastreio à população e o tratamento precoce dos casos de forma a prevenir a sífilis tardia e a sífilis congénita.

Apesar de assintomática numa fase inicial esta IST quando não tratada devidamente pode evoluir afetando todo o organismo. Os sinais e sintomas da sífilis incluem numa fase inicial a presença de uma úlcera dura ou pústula na vulva ou pénis que rebenta. É indolor e exsudativa e pode apresentar-se também nos lábios, língua, mãos, reto, ou mamilos. Numa fase tardia da doença (quando não tratada) pode ocorrer a presença de uma massa tumoral em qualquer parte do corpo; lesão das válvulas cardíacas e vasos sanguíneos, meningite, paralisia, falta de coordenação, parésia, insónias, confusão, alucinações e raciocínio deficiente.

Segundo o mesmo Relatório do ECDC no ano de 2011 foram reportados 19.798 casos de sífilis, o que apresenta um rácio de 4,9 por 100.000 habitantes. Esta IST verificou-se ser mais comum nos homens do que nas mulheres com um rácio de 7,5 e 1,9 por 100.000 habitantes, respetivamente. 42% dos casos reportados em homens ocorreu em indivíduos que mantinham relações sexuais com outros homens e 16% dos casos reportados ocorreram em indivíduos com idades entre os 15 e os 24 anos de idade. No entanto, a maioria ocorreu em pessoas com 25 anos ou mais (ECDC, 2013).

Em Portugal nesse ano foram reportados 159 casos representando um rácio de 1,49 por 100.000 habitantes. O país com mais casos reportados foi a Alemanha com 3694 casos (rácio de 4,52 por 100.000 habitantes).

5.1.3. Herpes Genital

O herpes genital é causado pelo *Herpes vírus hominis* tipo 2 (HVH – 2). Uma vez adquirido, o herpes genital é uma doença crónica e levanta questões preocupantes acerca da futura conceção de filhos, lesões malignas e da função sexual e conjugal. No início da gravidez, as mulheres infetadas com herpes têm uma elevada probabilidade de aborto involuntário. Dado que as lesões genitais provocadas pelo herpes colocam em perigo o feto durante o parto, geralmente opta-se pela cesariana.

O período de incubação é indeterminado e a via de transmissão ocorre com elevada frequência através de relações sexuais. Os sinais e sintomas mais comuns são: inflamação local, dor, aumento dos gânglios linfáticos inguinais e sinais de infeção. Esta infeção apesar de ocorrer em homens e mulheres tende a ser mais extensiva nas mulheres, havendo mesmo lesões primárias que podem tornar-se em grandes áreas ulceradas.

5.1.4. Clamídia

A infeção por Clamídia é causada por uma bactéria a *Chlamydia trachomatis* que é transmitida por via sexual e é uma das mais comuns infeções sexualmente transmissíveis relatadas na Europa.

O período de incubação é de cerca de 1 a 2 semanas até a 1 mês ou mais e transmite-se através das relações sexuais. Esta infeção pode também ser transmitida ao recém-nascido durante o parto podendo provocar conjuntivite e pneumonia.

Os sintomas mais comuns desta IST são: micção dolorosa ou difícil, corrimento vaginal abundante ou hemorragia, dispareunia, dor pélvica, uretrite e epididimite.

A nível Europeu esta infeção é considerada um problema de saúde pública pois a sua incidência tem vindo a aumentar de dia para dia. Por outro lado, os portadores podem

ser sintomáticos mas a sua maioria é assintomática, não sabendo sequer que se encontram infetados. Isto traz prejuízos irreversíveis na saúde das mulheres com o aumento de doenças inflamatórias pélvicas (são responsáveis por cerca de 20% dos casos), ocorrendo situações de infertilidade.

Assim, foi implementado na Europa um programa de controlo da Clamídia com estratégias de atuação e prevenção. O programa é dividido em quatro níveis:

- Nível A (Promoção e Educação para a Saúde em Escolas e Programas de distribuição gratuita de preservativos);
- Nível B (inclui o nível A e a vigilância de casos em serviços médicos e de saúde associados às IST's);
- Nível C (inclui o nível B e a realização de testes aleatoriamente noutros serviços médicos e de saúde com o objetivo de encontrar portadores assintomáticos);
- Nível D (inclui o nível C e um programa organizado de testes a realizar numa população específica com o objetivo de reduzir a prevalência da Infecção).

A clamídia é a IST mais reportada na Europa. Em 2011 foram referenciados pelos diferentes países da UE 346.911 casos confirmados, o que representa um rácio de 175 por 100.000 habitantes. No entanto, a incidência poderá ser mais elevada uma vez que são muitos os indivíduos assintomáticos. A Clamídia é mais comum em jovens com idades entre os 15 e os 24 anos, sendo mais prevalente nas raparigas (ECDC), 2009). Nos rapazes esta infeção é mais prevalente no intervalo de idades entre 20 e os 24 anos. O Reino Unido é uma vez mais o país com mais casos detetados (213.398 casos), enquanto em Portugal não há dados registados. No que respeita ao tratamento e recomendações a mesma fonte aconselha a existência de abstinência sexual de uma semana durante a realização do tratamento e idealmente enquanto o parceiro realiza testes de para verificar se está infetado. É também aconselhado o uso de preservativo como método de prevenção da re-infeção ou infeção por outro tipo de microrganismo. Os parceiros sexuais deverão ser notificados de forma a poderem ser testados e tratados caso seja necessário.

5.1.5. Tricomoníase

A Tricomoníase é causada por um protozoário, o *Trichomonas vaginalis*. O período de incubação deste microrganismo é de 10 a 30 dias e a sua transmissão é realizada através de relações sexuais. A prevenção desta Infecção é realizada através do uso de preservativo.

25% das mulheres são assintomáticas e cerca de 90% delas apresentam erosões cervicais e leucorreia. Estudos sugerem que a irritação crónica pode predispor ao cancro cervical.

Os sintomas mais comuns na mulher são: prurido da vulva e vagina, corrimento vaginal abundante, espumoso, verde ou amarelado-esverdeado, inflamação dos pequenos lábios e da vagina inferior, canal vaginal e do colo do útero com manchas avermelhadas, inflamação dos grandes lábios, dispareunia, disúria e micções frequentes. Nos homens ocorre frequentemente uretrite, corrimento purulento, prurido, ardor e inflamação. Pode também ocorrer prostatite, epididimite e estenose uretral. Pode também acontecer esterilidade reversível, em consequência da inibição da motilidade dos espermatozoides, devido às toxinas produzidas pelo organismo.

5.1.6. Candidíase

A candidíase é uma infeção causada por uma forma fúngica, o *Candida albicans*.

O *Candida albicans* encontra-se na boca, vias gastrointestinais e vagina. A possibilidade de verdadeira infeção é mais elevada em diabéticas, durante a gravidez, nas pessoas com doenças ou terapêuticas que fazem baixar as defesas do organismo (uso de antibióticos de largo espectro, corticoides e contraceptivos orais) e nas pessoas obesas.

O período de incubação é variável e pode transmitir-se através de relações sexuais, apesar de não ser uma doença de transmissão exclusivamente sexual. A prevenção da infeção por *Candida albicans* assenta no uso de preservativo, na realização de higiene adequada e em evitar roupas muito justas;

Os sintomas mais comuns nas mulheres são prurido na vulva, corrimento vaginal espesso, branco e caseoso. A vulva apresenta-se inflamada e edemaciada. Podem observar-se placas brancas na vagina que parecem aderir às superfícies mucosas. Nos homens pode haver sinais de balanite e ocorrência de uretrite assintomática.

5.1.7. Vírus do Papiloma Humano e Cancro do Colo do Útero

O Vírus do Papiloma Humano (HPV) tal como o próprio nome indica, é um vírus com mais de 200 tipos identificados e que dos quais 40 infetam oportunamente o trato anogenital, a vulva, a vagina, o pénis e áreas perineais e por fim, o colo do útero. O seu genoma é constituído por Ácido Desoxirribonucleico (ADN) circular de cadeia dupla que contém cerca de 8.000 pares de bases e com uma cápside, icosaédrica composta por duas moléculas proteicas – L1 e L2. A sua replicação pode acontecer por replicação episomal nas células epiteliais (pele e mucosas) em distinção, com propagação para as células vizinhas ou por integração do genoma do vírus no ADN dos queratinócitos que conduz ao início da carcinogénese.

Após o contacto do vírus com o hospedeiro, ocorre geralmente a infeção das células basais através de microtraumatismos na mucosa. A resposta inicial é inespecífica por parte do hospedeiro em relação à infeção por HPV.

A resposta local à infeção é intercedida pela imunidade das células locais, sobretudo através da ação das células *T-helper 1*, que, normalmente, são capazes de eliminar a infeção ocasionando uma imunidade local e conferindo proteção contra infeções e portanto, adquirindo proteção contra infeções subsequentes daquele tipo de vírus específico.

A infeção geralmente é transitória e autolimitado, porém, caso os tipos de resposta imunológica não consiga eliminar a infeção, as partículas estendem-se por proximidade, infetando outras células presentes na mucosa.

No caso particular das infeções persistentes, o ADN do vírus pode introduzir-se no genoma das células do hospedeiro originando displasias de vários graus e que se não forem precocemente detetadas e tratadas evoluem para carcinoma invasivo.

O HPV pode ser considerado de alto ou baixo risco, segundo o seu potencial oncogénico. Esta infeção que é transmitida por via sexual (principalmente através do contacto epitelial direto com pele ou mucosa e, de forma rara, por via vertical, durante o parto ou por transmissão de contacto oro-genital), é das infeções mais comuns a nível mundial, sendo habitualmente assintomática e com regressão espontânea, no entanto, nos casos em que a sua infeção é persistente esta é a principal causa do Cancro do Colo do Útero (CCU).

O CCU é o segundo tipo de cancro mais frequente na mulher a nível mundial sendo a doença mais associada à infeção por HPV, sobretudo quando a sua deteção não ocorre precocemente e evolui para formas invasivas da doença.

“Ao longo da vida, 60 a 80% dos homens e das mulheres sexualmente ativos têm, alguma vez, a infeção. Estima-se que mais de 99% de todos os casos de cancro do colo do útero estejam associados à infeção por HPV, sendo os tipos 16 e 18 responsáveis por cerca de 70% destes casos.” (DGS, 2007a).

Normalmente os génotipos de HPV de alto risco são uma causa necessária mas não é suficiente para o desenvolvimento deste cancro. A infeção persistente por HPV, associada a co-fatores, podem, em alguns casos, levar ao desenvolvimento de CCU.

“A infeção persistente por HPV tem um período de latência prolongado (anos ou mesmo décadas entre o início da infeção e o desenvolvimento de tumores) e várias fases evolutivas. Consequentemente, as diversas coortes de mulheres que desenvolvem infeção persistente apresentam diferentes graus de risco para o desenvolvimento de lesões pré-cancerosas e de doença invasiva, nomeadamente CCU.” (DGS, 2008). O CCU é portanto, de etiologia bem conhecida e encontra-se intimamente relacionada com a infeção por HPV em quase 100% dos casos. A carcinogénese do CCU pode-se observar na figura em baixo:

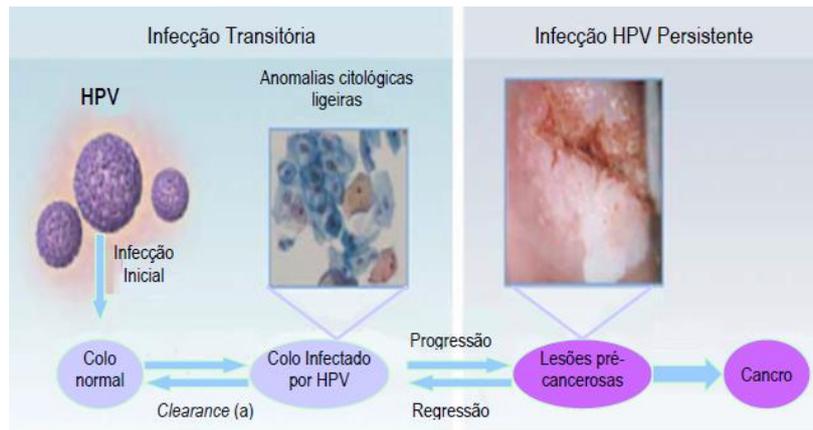


Figura 4- Carcinogênese do Câncer do Colo do Útero (DGS, 2008)

A manifestação da infecção por HPV pode ocorrer de três formas distintas: na forma clínica, subclínica ou até mesmo latente.

Na sua forma clínica manifesta-se geralmente pelo condiloma acuminado ou verruga genital, uma lesão de origem benigna provocada pelos tipos 6 e 11, que são de baixo risco e são ainda responsáveis por cerca de 90% das lesões.

Na manifestação subclínica pode apresentar-se sob a forma de lesão benigna (condilomas planos originados pelos HPV tipo 6 ou 11, que são de baixo risco) ou então, como lesões pré-malignas ou mesmo malignas (devido a HPV do tipo 16 ou 18, que são de alto risco).

Em relação à infecção latente, esta não apresenta evidências clínicas ou histológicas, sem conhecimento do tempo e mecanismos essenciais para que progrida para uma forma clínica ou subclínica.

“Em Portugal, estima-se que a incidência de cancro do colo do útero seja da ordem dos mil novos casos por ano. Nos anos de 2002, 2003 e 2004 foram registados, respetivamente, 220, 220 e 207 óbitos por neoplasia maligna do colo do útero. Estes números podem estar subavaliados, uma vez que também ocorreram, nos mesmos anos, 232, 218 e 228 mortes por “neoplasia maligna do útero, porção não especificada.” (DGS, 2007a).

O CCU progride de forma lenta e progressiva, podendo levar 20 anos ou mais desde que ocorre a infecção persistente até ao desenvolvimento de lesões de alto grau ou cancro invasivo. Esta doença apresenta maior incidência entre os 45 e os 55 anos.

Os fatores de risco conhecidos, de progressão da infecção por HPV para CCU centram-se largamente na suscetibilidade do hospedeiro, na força da resposta imunológica e em outros fatores complementares que moldam a resposta do hospedeiro à infecção.

Os fatores conhecidos que comprometem esta imunidade são: a desnutrição, o tabagismo, infecções sexuais repetitivas ou com outros microrganismos associados, situações de imunodeficiência, início precoce das relações sexuais e com parceiros múltiplos nos primeiros anos de vida sexual (ou parceiros com múltiplos parceiros), a multiparidade, a predisposição genética e o uso prolongado de contraceptivos orais (alguns autores não concordam com este fator). Independentemente destes fatores, o risco é sempre superior nas mulheres que não efetuam um rastreio regular.

“O principal objetivo da prevenção primordial (...) é evitar o surgimento e o estabelecimento de padrão de vida social, económica e cultural que, sabidamente, contribuem para um elevado risco de doença.” (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2010). A importância deste nível de prevenção é normalmente reconhecido de forma tardia.

A análise da mortalidade prematura com causas evitáveis permite reconhecer as áreas de intervenção prioritárias e com ganhos potenciais em saúde. Uma das causas de morte evitável, sensível aos cuidados de saúde foram os tumores malignos do colo do útero (DGS, 2013).

“O câncer de colo de útero é um exemplo da importância da prevenção secundária e das dificuldades em reconhecer o valor dos programas de prevenção. (...) Com o surgimento de uma vacina efetiva para o papiloma vírus humano, o câncer de colo uterino será, provavelmente, um exemplo de doença em que a prevenção primária será predominante.” (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2010).

5.1.8. Hepatite Viral

5.1.8.1. Hepatite A

A Hepatite A ocorre mais frequentemente em crianças mais crescidas e jovens adultos. Transmite-se de pessoa a pessoa, por contaminação fecal, por epidemias de fonte comum (alimentos e água contaminados) e raramente é transmitida pelo sangue.

No ano de 2011 o rácio de infetados foi de 2,51 por 100.000 habitantes (ECDC, 2010a). Esta IST verificou-se ser mais comum em crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos de idade. Em Portugal nesse ano foram reportados 12 casos representando um rácio de 0,11 por 100.000 habitantes. O país com mais casos reportados foi a Bulgária com 5587 casos (rácio de 74,45 por 100.000 habitantes) seguida da Roménia com 2581 casos detetados (rácio de 12,05 por 100.000 habitantes).

5.1.8.2. Hepatite B

A hepatite B ocorre mais frequentemente em adultos jovens com idades compreendidas entre os 25 e os 35 anos de idade e é associado ao estilo de vida adotado. É transmitida por vias percutâneas ou através da mucosa, sangue ou líquidos orgânicos contaminados (como saliva e urina), introduzidos por agulhas contaminadas e outro material infetado (como lâminas de barbear) e contacto sexual. As secreções que contêm o agente infeccioso são o sangue e líquidos serosos, a saliva, o sémen, a urina, água de lavagem nasofaríngea, fezes e líquido da pleura.

Em 2011 o número de casos reportados foi de 17.276 o que representa um rácio de 3,5 por 100.000 habitantes (ECDC, 2013). Destes casos 16,4% foram novos casos (2832) e 62,8% eram casos crónicos. A via de transmissão mais comum ocorreu de mãe para filho (67,3%), seguida do uso de drogas injetáveis (13,4%) e da transmissão por via homossexual (10,3%).

Em Portugal o número de novos casos no ano de 2011 foi 26, traduzindo-se num rácio de 0,2 por 100.000 habitantes. Novamente o Reino Unido surge no topo da lista dos países com maior número de infetados com Hepatite B com 7876 novos casos (rácio de 14,0 por 100.000 habitantes).

5.1.8.3. Hepatite C

A hepatite C ocorre em todos os grupos etários sendo mais frequente nos adultos (idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos de idade). É transmitida por via parentérica, por transfusão de sangue infetado e abuso de drogas por via intravenosa, através de relações sexuais (múltiplos parceiros), por via perinatal (5%) ou através de portadores crónicos.

Em 2011 o número de casos reportados de Hepatite C foi de 30.373 casos, representando um rácio de 7,9 por 100.000 habitantes. Destes casos 1,4% foram novos casos (440), 10,5% eram casos crónicos (3174) e 80,6% foram classificados com causa desconhecida (24.493). A via de transmissão mais comum ocorreu devido ao uso de drogas injetáveis (78,1% de todos os casos).

Em Portugal o número de novos casos no ano de 2011 foi 45, traduzindo-se num rácio de 0,4 por 100.000 habitantes.

5.1.8.4. Hepatite D

Ocorre frequentemente nos toxicodependentes. É transmitida por via parentérica (a mais importante), através de relações sexuais, por via perinatal ou através de portadores crónicos.

A prevenção da hepatite viral deve incluir medidas de vacinação, precauções com o sangue/fluídos orgânicos, utilização de preservativo e optar por uma relação monogâmica.

O prognóstico de uma hepatite viral depende de fatores como:

- Virulência do vírus;
- Extensão da afeção hepática;
- Barreiras naturais contra doenças do fígado e danos que ela provoca, como estado nutricional e saúde geral dos indivíduos;
- Apoio, em termos de cuidados que o doente recebe;
- A maioria dos doentes recupera a função normal do fígado, mas a doença pode progredir para variantes atípicas, que põem a vida em perigo.

Os sinais e sintomas, e as provas de diagnóstico alteradas podem agrupar-se em três fases: pré-ictérica, ictérica e pós-ictérica.

Fase pré-ictérica

Esta fase dura cerca de uma semana. O doente nesta fase pode apresentar o seguinte:

- Temperatura elevada e arrepios;
- Náuseas;
- Vômitos;
- Dispepsia e anorexia;
- Cefaleias;
- Artralgias;
- Sensibilidade no hipocôndrio direito;
- Dor no quadrante superior direito;
- Astenia;
- Indisposição geral;
- Perda da vontade de fumar;
- Perda de peso - a anorexia é a manifestação principal;

- Hepatomegalia;
- Nódulos linfáticos aumentados.

Fase ictérica

Inicia-se com o aparecimento da icterícia, e prolonga-se por um período entre 4 a 6 semanas. Nesta fase, as náuseas, a anorexia, os vômitos, a dispepsia, a astenia e a indisposição geralmente agravam. A sensibilidade hepática aumenta.

A icterícia ocorre porque o metabolismo da bilirrubina é afetado negativamente. Como sinais de alteração do metabolismo da bilirrubina, e de icterícia no doente temos:

- Esclerótica e pele amarelas mais visíveis nas palmas das mãos e nas palmas dos pés em pessoas de pele escura;
- Urina cor âmbar escuro;
- Elevação total da bilirrubina conjugada e não-conjugada;
- Bilirrubinúria e urobilinogénio da urina, aumentados;
- Fezes de cor entre castanha clara e tom argila;
- Fezes cor de argila, quando os canalículos biliares estiverem totalmente bloqueados.

Fase pós-ictérica

Inicia-se com o desaparecimento da icterícia e prolonga-se por várias semanas, podendo chegar a 4 meses. Durante esta fase podem desenvolver-se formas crónicas de hepatite.

5.1.9. Vírus da Imunodeficiência Humana

A Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana e a doença dela resultante, ou seja a SIDA são dos problemas de saúde mais preocupantes da atualidade. Apesar dos esforços desenvolvidos pela investigação científica em todo o mundo, a SIDA é uma doença mortal para a qual ainda não existe vacina nem cura. Contudo, existem medicamentos que atrasam a evolução da doença.

A transmissão do VIH é realizada através do contacto com sangue e fluídos corporais ou de uma mãe infetada para o filho. A infeção por VIH pode permanecer latente durante vários anos, não produzindo quaisquer sintomas clínicos. Este período de incubação prolongado é bastante preocupante, dado que o indivíduo pode apresentar-se assintomático, mas contagioso.

Outros infetados pelo vírus podem ter sintomas agudos, passageiros como febre, dores musculares, “*rash*” cutâneo, diarreia e cólicas gastrointestinais, que se verificam 2 a 6 semanas após a exposição, vindo depois a desaparecer. Outros doentes apresentam sintomas crónicos de aumento difuso de gânglios linfáticos, não cancerígenos, ou linfadenopatia generalizada persistente, febre arrepios, suores noturnos e perda de peso.

A prevenção centra-se no uso adequado do preservativo em todo o tipo de relações sexuais, na utilização de agulhas e objetos cortantes descartáveis (programas de troca de seringas financiados pela DGS em vigor) e não partilhar objetos que possam estar em contacto com sangue, como lâminas, escovas de dentes, tesouras, material de manicura.

“Estima-se que 30% das 700 000 pessoas que vivem com o vírus VIH na Europa não sabem que têm este vírus” (ECDC, 2011). Estes indivíduos constituem um grupo de risco alarmante pois além de não beneficiarem do tratamento disponível podem transmitir o vírus (sem o saberem) a parceiros ou filhos que ainda não tenham nascido.

A mesma fonte relata que em 2011 o número de novos casos foi de 28.038 o que representa um rácio de 5,7 por 100.000 habitantes. Destes casos 39% foram diagnosticados em homossexuais, 36% por contacto heterossexual e 5% devido ao uso de drogas injetáveis. As idades mais comuns da deteção desta infeção abrangem o intervalo entre os 25 e os 44 anos de idade.

Em Portugal o número de novos casos no ano de 2011 foi 902, traduzindo-se num rácio de 8,5 por 100.000 habitantes. Comparativamente ao ano de 2010 ocorreu um ligeiro decréscimo (número de casos nesse ano foi de 1442). O Reino Unido encontra-se no topo da lista dos países europeus com mais sinalizações tendo no ano de 2011 um rácio de 10,0 por 100.00 habitantes (6271 novos casos), seguido da França com 4075 novos casos.

Relativamente ao diagnóstico da doença verificou-se que 49% dos casos diagnosticados foram já realizados numa fase tardia da doença e 29% foram detetados numa fase muito avançada.

Desde o início da epidemia do VIH/SIDA em Portugal, 74% dos casos ocorreram no grupo etário entre os 20 e os 44 anos, contudo, acima dos 49 anos o número de casos revela 14,4% do número total de casos notificados nesta faixa etária. À semelhança de outros países ocidentais verifica-se em Portugal que, a proporção de casos neste grupo etário apresenta um aumento significativo e em 2013 correspondeu a mais de 20% do total de novos casos notificados (DGS, 2014c).

Em Portugal, o número de novos casos, a taxa de mortalidade e o número de anos potenciais de vida atribuídos à infeção por VIH/SIDA, apresentam um decréscimo expressivo nos últimos anos, no entanto subsiste como uma das principais causas de morte em Portugal. É prioridade nesta matéria o reforço de diferentes estratégias de intervenção com especial atenção aos grupos mais vulneráveis ou grupos com comportamento de risco. (DGS, 2014d).

5.2. Gravidez não planeada na adolescência

A gravidez na adolescência tem sido retratada por alguns autores como um problema de saúde pública, uma vez que sugere implicações ao nível do desenvolvimento na adolescente bem como em todas as pessoas envolvidas e também porque pode incorrer tanto em riscos na gestante como na criança gerada (Gontijo & Medeiros, 2004).

A OMS em 2011 publicou *guidelines* para a prevenção da gravidez precoce. Neste documento são descritos os passos de intervenção de forma a reduzir alguns resultados considerados críticos identificados nos adolescentes da atualidade:

1. Diminuição do casamento antes dos 18 anos de idade;
2. Diminuição da gravidez antes dos 20 anos de idade;
3. Aumento do uso de contraceptivo nos adolescentes;
4. Diminuição do sexo forçado entre adolescentes;
5. Diminuição do aborto não seguro entre adolescentes;

6. Aumento da utilização de serviços de saúde (WHO, 2011).

O relatório do UNFPA (Fundo das Nações Unidas Para a População) realizado acerca da população mundial e publicado em 2013 destaca a gravidez na adolescência como uma prioridade de intervenção.

Nos países em desenvolvimento a gravidez na adolescência atinge cerca de 7,3 milhões de raparigas todos os anos, sendo que 2 milhões delas têm idades iguais ou inferiores a 14 anos. A mesma fonte estima que cerca de 70.000 jovens morrem todos os anos nos países em desenvolvimento devido a complicações durante a gravidez, o parto ou no puerpério (Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), 2013).

A gravidez precoce acarreta consequências negativas não só na saúde mas também na educação e direitos das jovens mães. A economia é também afetada, pois as adolescentes vêm-se obrigadas a abandonar os estudos, dificultando mais tarde o ingresso no mercado de trabalho. A título de exemplo e segundo o relatório “Maternidade precoce – enfrentando o desafio da gravidez na adolescência” (UNFPA, 2013), no Quênia se cerca das 200.000 jovens que foram mães estivessem empregadas, a economia teria beneficiado em cerca de 3,4 Biliões de dólares.

Em Portugal a gravidez precoce tem apresentado um decréscimo significativo, tendo descido de 12% para 4% nos últimos 30 anos, no entanto a entrada em vigor da Lei nº 16/2007 de 17 de Abril que contempla a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) por opção da mulher pode estar a influenciar também estes resultados. Em 2009 a taxa de gravidez na adolescência foi de 15,5‰ sendo a taxa de gravidez geral de 38,7‰. Comparativamente ao ano de 2000 a taxa de gravidez na adolescência reduziu, já que em 2000 a taxa se fixava nos 22‰.

Segundo a DGS (2014d), em 2013 foram realizadas 17.964 interrupções voluntárias da gravidez, sendo que a IVG nas primeiras 10 semanas constituiu cerca de 97% do total realizado. Relativamente ao grupo etário, a maioria das IVG's ocorreram em mulheres com idades entre os 20 e os 24 anos de idade, enquanto as adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade apresentaram uma taxa de IVG de 10,2%. A maioria destes procedimentos foi realizada na região do Litoral e Vale do Tejo

(55,7%), seguida da região Norte. A região com menor nº de IVG é a região autónoma dos Açores com um apenas uma interrupção voluntária em 2013.

Existem fatores descritos na bibliografia como sendo predisponentes para a ocorrência de uma gravidez não planeada, como por exemplo o abandono escolar, a ausência de profissionalização e a impossibilidade do ingresso no mercado de trabalho (WHO, 2004). Segundo Cerqueira-Santos, Paludo, Schirò, & Koller (2010) *“as adolescentes com bons níveis de escolaridade e aspirações académicas têm maior probabilidade de adiar a sua iniciação sexual e buscar meios contraceptivos”*. Contudo, segundo os mesmos autores, estas jovens são também as que mais procuram a interrupção voluntária da gravidez em caso de gravidez não planeada.

Cabral (2003) num estudo publicado revelou que a imaturidade psíquica dos progenitores é também um fator de risco da ocorrência de uma gravidez na adolescência. Esta imaturidade também irá afetar a forma como a criança se desenvolve colocando-a em possíveis situações de risco.

Uma vez mais a utilização do preservativo é abordada. Cerqueira-Santos, Paludo, Schirò, & Koller (2010) referem que a gravidez não planeada está sempre associada a pelo menos um comportamento de risco (sexo não seguro). Esta nova etapa da vida da adolescente surge numa fase de diversas mudanças, comprometendo a sua independência relativamente às figuras paternas e precipitando-a para uma nova transição – a adoção do papel maternal. Os mesmos autores obtiveram resultados que mostraram que 47,7% dos jovens inquiridos (num total de 1015 jovens com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos) já tinham iniciado a sua vida sexual, sendo que mais de metade (55,4%) afirmou ter tido a primeira experiência sexual antes dos 15 anos de idade. A idade de início das raparigas na iniciação da vida sexual é ligeiramente superior (média de 14,79 anos) quando comparadas com os rapazes (média de 13,64 anos). Uma vez mais este estudo corrobora os resultados de estudos anteriormente descritos afirmando que o uso do preservativo é mais comum entre os rapazes, estando as raparigas mais suscetíveis de contrair IST's pois não usam o preservativo com tanta regularidade, optando por outros métodos contraceptivos.

Beserra, Pinheiro, & Barroso (2008) questionaram um grupo de jovens (todas do sexo feminino e com idades entre os 14 e os 16 anos) acerca do significado da sexualidade. Todas limitaram o conceito de sexualidade ao ato sexual e ao relacionamento a dois. Referiram também preocupação quanto à possibilidade de uma gravidez não planeada pois consideravam que na sociedade a responsabilidade cai prioritariamente sobre o sexo feminino, levando a perda de liberdade, adiamento de estudos, limitação no acesso ao mercado de trabalho e alterações nos planos pessoais.

A gravidez não planeada tem diferentes impactos mediante os diferentes sistemas em que a jovem gestante está incluída. Normalmente um nível socioeconómico mais baixo encontra-se associado a um menor acesso a informações sobre sexualidade, acesso limitado a cuidados e serviços de saúde e pouca importância atribuída à contraceção, o que constitui um fator elevado de risco. Por outro lado, uma adolescente proveniente de um sistema familiar fragilizado ou comprometido (por exemplo pais divorciados) apresenta maiores dificuldades na manutenção de relações saudáveis e/ou veem a gravidez como forma de escape à sua realidade, tentando construir a sua própria família (Cerqueira-Santos, Paludo, Schirò, & Koller, 2010).

Dias, Matos, & Gonçalves, (2007) desenvolveram um estudo acerca da perceção dos adolescentes relativamente à influência dos pais e amigos nos comportamentos sexuais. Com a realização deste estudo foi possível identificar os fatores de risco e de proteção no âmbito dos comportamentos sexuais. Os mais referidos foram o ambiente familiar e as relações familiares, a comunicação sobre o tema da sexualidade entre pais e filhos, o estilo parental e a supervisão parental.

Relativamente ao ambiente familiar, as fracas relações e os conflitos neste sistema (violência doméstica, situações de alcoolismo ou abuso de drogas) são apontados pela autora como possíveis fatores de risco, enquanto a existência de relações fortes assentes num clima de amizade e confiança foram considerados fatores protetores.

No que respeita à comunicação entre pais e filhos, a maioria dos jovens incluída no estudo referiu considerar um fator de risco a falta de comunicação entre as partes e cerca de 2/3 relatou não conversar com os progenitores de assuntos relacionados com a sexualidade. Esta comunicação deficitária existe na opinião dos entrevistados não só

por falta de conhecimento por parte dos pais, mas também por evitarem falar sobre o assunto com os progenitores pois consideram o assunto demasiadamente constrangedor. A comunicação positiva entre pais e filhos foi considerada um fator protetor à adoção de comportamentos de risco associados à sexualidade. Os progenitores são vistos como uma “fonte de suporte e apoio” com conselhos importantes, na medida que são mais “maduros e experientes”.

O estilo parental é também, apontado como fator influenciador dos comportamentos sexuais. Os jovens consideraram que um estilo autoritário e proibitivo teria um efeito adverso, chegando mesmo a promover e a incentivar comportamentos de risco. A falta de supervisão realizada pelos pais foi considerada pelos adolescentes um fator de risco, sendo apontada como pertinente a sua realização.

No que respeita à influência dos amigos (grupos de pares) concluiu-se que a pressão exercida para a ocorrência de relações sexuais é o fator de risco mais apontado pelos jovens, sendo os rapazes os que mais sofrem com essa pressão social. Esta pressão é referida como influenciadora do início precoce da vida sexual e para a existência de relações sexuais desprotegidas. A comunicação entre amigos pode ser também considerada um fator protetor. Quando questionados acerca da importância da família e dos amigos na adoção de comportamentos relacionados com a sexualidade, unanimemente os jovens consideraram ambos importantes, embora cada um com a sua especificidade.

A relação próxima e a comunicação positiva entre pais e filhos foram fatores protetores muito realçados, chegando mesmo a ser considerados “mais importantes que os amigos”.

5.3. Métodos Contracetivos

Em Janeiro de 2011 ocorreu uma Reunião de Consenso Nacional, que juntou a Sociedade Portuguesa de Ginecologia, a Sociedade Portuguesa de Contraceção e a Sociedade Portuguesa de Medicina Reprodutiva. Desta reunião surge um documento consensual sobre métodos contracetivos.

Este documento, denominado Consenso Nacional sobre Contraceção, foi elaborado com o objetivo de “melhorar a qualidade do aconselhamento em Planeamento Familiar”, contendo “as recomendações relativas aos critérios médicos de aceitabilidade e elegibilidade com base na investigação médica clínica e epidemiológica mais recente, segundo a orientação geral da OMS”.

A escolha do método deve ser realizada de forma segura, informada e tendo em conta a condição médica dos jovens, das suas necessidades e expectativas. Devem ser dadas informações acerca das vantagens e desvantagens de cada método, bem como deve ser incluída a abordagem à prevenção das IST's.

Na tabela seguinte (Tabela 10) é possível observar-se a eficácia na utilização e a adesão aos diferentes métodos contraceptivos.

Método	% de mulheres que tem uma gravidez não planeada ao fim de um ano de utilização de um método		% de mulheres que mantêm o método ao fim de 1 ano
	Uso correcto	Uso habitual	
• Sem método	85	85	NA
• Métodos naturais:			
Coito interrompido	4	27	43
Calendário	5		51
Muco cervical	3		
• Espermicida	18	29	42
• Preservativo			
Masculino	2	15	53
Feminino	5	21	49
• CHC ⁽¹⁾			
Oral	0,3	8	68
Transdérmico	0,3	8	68
Anel Vaginal	0,3	8	68
• PO ⁽²⁾	0,3	8	68
• Implante	0,05	0,05	84
• Prog. Injectável	0,3	3	56
• DIU			
Cobre	0,6	0,8	78
Progestativo	0,2	0,2	80
• Cont. definitiva			
Laqueação tubar	0,5	0,5	100
Vasectomia	0,10	0,15	100

⁽¹⁾ Contraceptivo hormonal combinado

⁽²⁾ Contraceptivo oral só com progestativo

NA: não aplicável

Tabela 10- Eficácia e adesão a um método de contraceção

De notar que, na sua maioria, as adolescentes são pessoas saudáveis que podem utilizar qualquer tipo de método contraceptivo. No entanto, é importante conhecer a sua condição médica para poder adequar de forma segura a introdução de um método de contraceção.

“A atividade sexual, sem proteção, expõe as adolescentes à gravidez não desejada e às infeções de transmissão sexual. É fundamental na adolescente sexualmente ativa a utilização de métodos contraceptivos eficazes de forma correta e consistente, sempre em associação com o preservativo para prevenção simultânea das infeções de transmissão sexual” (Consenso Nacional sobre Contraceção 2011, 2011).

Relativamente ao uso de contraceção hormonal combinada (oral, transdérmica, anel vaginal), esta apresenta benefícios não contraceptivos importantes como a regularização dos ciclos menstruais, a diminuição da dismenorrea, melhoria do acne e prevenção dos quistos funcionais do ovário. Contudo, devem dar-se preferência às pílulas com 30 microgramas de etinilestradiol por apresentarem menor impacto sobre a densidade mineral óssea (Consenso Nacional sobre Contraceção 2011, 2011). Este método apresenta uma grande desvantagem, a inexistência de proteção contra as IST's, sendo fundamental a associação do preservativo.

O implante contraceptivo apresenta também uma elevada eficácia, sendo uma alternativa viável ao método referido anteriormente. Apresenta também vantagens a nível da comodidade posológica, e adequa-se a adolescentes que pretendam um tipo de contraceção de longa duração ou que tenham contra-indicações para a utilização de outros métodos. Contudo, também não protege das IST's.

Relativamente ao progestativo injetável, este não é aconselhado antes dos 18 anos, uma vez que pode provocar uma diminuição da densidade mineral óssea, não devendo ser utilizado por períodos superiores a 2 anos, salvo raras exceções. Este método apresenta elevada eficácia contraceptiva independentemente da colaboração da utilizadora. Entre as desvantagens podem apontar-se a ocorrência de um padrão hemorrágico imprevisível e não protege das IST's.

O Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre ou o Sistema Intrauterino (SIU) enquanto contraceção de longa duração poderá ser também uma alternativa a considerar,

especialmente em mães adolescentes. Nas raparigas nulíparas pode ocorrer dificuldade na colocação. O DIU apresenta vantagens como a melhoria da dismenorrea mas também pode associar-se a um padrão hemorrágico imprevisível. No que respeita à eficácia, esta é também elevada independentemente da colaboração da utilizadora e como desvantagens podem ocorrer aumento da dismenorrea e do fluxo menstrual. Os dispositivos intrauterinos não protegem das IST's.

Os métodos naturais não são recomendados nas adolescentes, uma vez que apresentam uma baixa eficácia agravada, pelas irregularidades do ciclo menstrual nesta fase da vida da mulher.

No que respeita à contraceção de emergência, esta é considerada segura e bem tolerada pelas adolescentes, devendo dar-se preferência aos *“métodos de progestativo e ao acetato de ulipristal, por serem mais eficazes e apresentarem menos efeitos secundários”* (Consenso Nacional sobre Contraceção 2011, 2011). Também não protege das IST's.

A contraceção definitiva deve ser considerada em situações especiais quando outros métodos não são aceitáveis e existe uma contra-indicação absoluta à gravidez.

O preservativo é o único método de proteção contra as IST's pelo que tem sempre de ser considerado em associação com outro método. A *“dupla proteção”*, ou seja, o uso simultâneo de um método contraceptivo eficaz associado ao preservativo masculino é a melhor forma de evitar a gravidez indesejada e as infeções de transmissão sexual.

5.4. Violência no Namoro

Violência provém do latim *violentia*, que se traduz no *“ato de violentar abusivamente contra o direito natural, exercendo constrangimento sobre determinada pessoa ao obrigá-la a praticar algo contra a sua vontade”* (Oliveira M. S., 2009).

A violência nas relações é um assunto muito debatido atualmente. Centrando-se inicialmente na violência marital, rapidamente os investigadores perceberam que é um fenómeno com níveis preocupantes e que pode influenciar também os jovens. *“Apesar da violência nas relações ir sendo progressivamente considerada um problema social*

merecedor de atenção” (Callahan *et al*, 2003 cit. por Fernandes, 2013) é uma questão ainda pouco discutida quer a nível social, político e mesmo científico.

A violência perpetuada entre gerações, a violência intergeracional, é um tema em destaque na comunidade científica, sendo abordada em vários estudos e artigos desta área.

Segundo Oliveira & Sani (2009), a violência intergeracional baseia-se nos pressupostos da Teoria da Aprendizagem Social que sugere que os indivíduos sujeitos ou que foram expectadores de comportamentos violentos na sua família de origem, apresentam maior probabilidade de serem violentos no futuro ou vítimas de violência nas suas relações. Por outro lado, Kaufman & Zigler (1993) defendem que a transmissão intergeracional da violência resulta da combinação de fatores de natureza genética e social. Segundo a Teoria da Aprendizagem Social, quando comparados indivíduos com historial de violência com indivíduos com história familiar sem violência, os segundos apresentam maior probabilidade de desenvolver modelos positivos das relações e métodos de *coping* eficazes, bem como apresentam menor tolerância a comportamentos abusivos de um companheiro.

É na família que a criança inicia o seu processo de socialização, sendo um local privilegiado de aprendizagem. É neste contexto que se inserem os modelos de papéis mais relevantes ao seu desenvolvimento e, no caso de comportamentos de violência, *“estes vão ser absorvidos pela criança, recorrendo à modelagem dos comportamentos”* (Oliveira & Sani, 2009).

Os comportamentos aprendidos são na sua maioria extrapolados pelos adolescentes para as suas relações extrafamiliares, sendo muitas vezes observadas condutas quer de permissividade excessiva quer de violência. Estas condutas são muito comuns nas relações de namoro e intimidade.

Segundo Kalmuss (1984), crianças que testemunham atos de violência durante a infância apresentam um fator de risco acrescido para a ocorrência de violência marital.

Relativamente aos jovens, a adolescência é considerada *“uma passagem perigosa, de grande instabilidade emocional e caracterizada por significativas alterações desenvolvimentais sendo que representa um período de maior vulnerabilidade para a*

ocorrência de abuso na intimidade” (Caridade & Machado, 2011, cit. por Fernandes 2013).

Neste período os grupos de pares começam a incluir indivíduos do sexo oposto, formam-se as identidades e surgem as primeiras necessidades de envolvimento românticos. É também nesta altura que se formam as crenças e atitudes face aos relacionamentos interpessoais e de abuso de poder e controlo (Wolfe e Feiring, 2000, cit. por Fernandes 2013).

Segundo Teten (2009), a violência no namoro pode ser dividida em três componentes: violência física, violência emocional/psicológica e violência sexual. A violência emocional diz respeito a uma agressão com intimidações verbais ou ameaças que podem causar trauma emocional. Inclui muitas vezes o isolamento do parceiro face à família e amigos, controlo, ciúmes, remoção do poder de decisão, humilhar e manipular, com o objetivo de reduzir a autoestima e independência do parceiro. O isolamento imposto pelo parceiro agressor durante o namoro, os ciúmes e controlo são fatores de risco à ocorrência de violência, não sendo de todo reconhecido pelos jovens, chegando mesmo a ser confundido com manifestações de amor (Silva, 2014).

Por sua vez, a agressão física consiste *“no uso intencional de força física com o potencial de magoar ou matar”* (Teten 2009), incluindo comportamentos como arranhar, empurrar contra algo, sufocar, bater, dar estalos, morder, queimar e agredir com uma arma.

A violência sexual inclui comportamentos de coerção sexual, nomeadamente pressão para não utilizar métodos contraceptivos, a realização de mais relações sexuais do que as desejadas e, em casos mais graves, a tentativa ou consumação da violação.

As agressões podem ser divididas em severas, moderadas e menos graves, tendo em conta a probabilidade de provocar lesões (Offenhouer. 2011, cit. por Fernandes 2013), sendo a última categoria (*“menos graves”*) a mais comum entre os jovens (por exemplo dar bofetadas ou insultar). No entanto, Caridade & Machado (2006) referem que *“a violência tende, igualmente, a aumentar em frequência e gravidade quando a relação se prolonga no tempo, vindo a ser um forte preditor da violência conjugal”*.

Em termos legais, Portugal penaliza a violência familiar desde 1982 e a reforma penal de 2007 aprovada pela Lei nº 59/2007 de 4 de Setembro, introduziu diversas alterações legais (Fernandes, 2013). Contudo, apenas na Lei nº 19/2013 de 21 de Fevereiro é que o termo “namoro” foi inserido e a violência no namoro considerada crime (Silva, 2014).

Magdol *et al.* (1997) cit. por Machado, Macieira, & Carreiras (2010) reportavam taxas de prevalência de violência no namoro entre 22% e 56%. Isto torna estes comportamentos de violência não só um problema social mas também de saúde pública, uma vez que acarretam problemas sociais, económicos, físicos e psicológicos na vítima.

Em Portugal são poucos os dados existentes acerca da violência no namoro. Estudos realizados (Caridade & Machado, 2010) sugerem que as vítimas raramente sinalizam as situações de violência e não procuram ajuda, com medo da retaliação parental, medo da pressão para terminar com a relação, receio de um castigo, principalmente se o comportamento abusivo tiver ocorrido durante a realização de comportamentos reprováveis (por exemplo consumo de drogas ilícitas, álcool, entre outros) (Fernandes, 2013).

Machado, Macieira, & Carreiras (2010) num estudo realizado em alunos universitários verificou que 16% relataram terem sido vítimas de pelo menos um ato abusivo no último ano, aumentando para 20% quando a referência temporal se alargava a toda a vida amorosa. *“A violência íntima é entendida como uma ameaça, o uso de força ou qualquer ato (físico ou psicológico) levado a cabo com a intenção de ferir, magoar ou causar dor no outro”* (Machado, Macieira, & Carreiras, 2010).

No mesmo estudo (n=100; 58% do sexo feminino e 42% do sexo masculino) a autora sinalizou 48% dos participantes como sendo vítimas ou realizaram algum tipo de violência nas suas relações. Destes, 32% afirmam ter adotado um comportamento violento face ao parceiro e 43% admite ter sido vítima. Os comportamentos violentos mais assinalados foram “insultar, difamar ou fazer afirmações graves para ferir o parceiro” (21,9%), “dar bofetadas” (14%), “gritar ou ameaçar para meter medo” (11,6%) e “puxar os cabelos” (10,2%). Relativamente às diferenças de género, os indivíduos do sexo masculino apresentam maior número de comportamentos violentos, confirmando os resultados de estudos existentes na bibliografia. Contudo, é importante salientar que

os comportamentos violentos perpetuados por mulheres *“são usualmente atos menores e não se sabe exatamente a percentagem em que ocorrem por autodefesa”* (Machado, Macieira, & Carreiras, 2010).

Silva (2014) realizou uma análise retrospectiva acerca da violência nas relações de namoro no Norte de Portugal. Neste estudo foi realizada uma descrição das potenciais vítimas e agressores. Da amostra escolhida 93% das vítimas eram do sexo feminino (n=310) com idades compreendidas entre os 15 e os 72 anos. Na sua maioria eram solteiras, 57,7% tinham concluído pelo menos o 9º ano de escolaridade e 28% eram estudantes. Em 25,8% dos casos (n=86) as vítimas referiram ter sofrido abusos na infância ou juventude por parte de um membro da família de origem. Das vítimas identificadas 7,7% confirmaram ter história de consumo regular de álcool e 10,1% de drogas de abuso. Os agressores eram 93% do sexo masculino com idades compreendidas entre os 16 e os 75 anos. Na sua maioria eram solteiros (70,2%), 64,2% tinham concluído pelo menos o 9º ano e 33,5% encontravam-se desempregados. No que respeita ao consumo de substâncias, 37,2% dos indivíduos eram consumidores regulares de álcool e 55% de drogas de abuso. Destes indivíduos, 30,3% já tinham sido referenciados por comportamentos desviantes (ofensas à integridade física – 16,7%; roubo – 6,8%; tráfico de droga – 6,8% e violência doméstica – 4,3%) e em 44% dos casos houveram relatos de abusos na infância ou juventude.

No mesmo estudo as vítimas, quando confrontadas com o tipo de abuso sofrido, 19% referiram ser violência física, 80% física e psicológica e apenas 1% física, psicológica e sexual. Destas vítimas, 63,5% nunca procuraram cuidados de saúde em virtude dos danos sofridos.

Silva (2014) conclui que relativamente aos fatores de risco da violência no namoro *“seria expectável que a maioria das vítimas tivesse um baixo nível de escolaridade”*. No entanto, verificou-se que em *“quase metade dos casos (42,3%) as vítimas tinham completado o ensino secundário ou superior”* e 36% dos agressores também havia concluído o ensino secundário ou a licenciatura.

Segundo Silva (2014) existem sintomas passíveis de associar a adolescentes agressivos. Nos indivíduos do sexo masculino podem observar-se problemas de externalização

como o consumo de drogas e história de agressão a parceiros anteriores. Por outro lado, as adolescentes apresentam problemas de internalização como por exemplo, isolamento, ansiedade e depressão.

Neste contexto é essencial o suporte parental, no sentido de aumentar a disponibilidade afetiva e de envolvimento e supervisão apropriados, tendo presente que “os pais assumem um papel decisivo numa eventual progressão para uma trajetória antissocial ou inadaptada” (Chase; Treboux; Oleay 2002, cit. por Silva, 2014).

A prevenção da violência pode ser dividida em três níveis: primária, secundária e terciária. A prevenção primária diz respeito ao trabalho com indivíduos que não tiveram contacto com situações violentas no passado e/ou experiências de vitimação, no sentido de manter essa mesma condição. A prevenção secundária desenvolve-se junto de indivíduos com risco acrescido de se tornarem agressores ou vítimas (por exemplo aqueles que se encontram expostos à violência parental). A prevenção terciária tem como objetivo reduzir o impacto dos comportamentos violentos em indivíduos vítimas ou agressores, no sentido de evitar a perpetuação da violência intergeracional (Silva,2014).

Concluindo, a violência no namoro é um flagelo oculto na sociedade que é necessário divulgar e prevenir. Ferreira M. J. (2011) conclui num estudo realizado em jovens adolescentes que os comportamentos emocionalmente abusivos são os mais comuns (78,8% dos casos) em relação aos atos fisicamente abusivos (58,8% dos casos). Os atos sexualmente abusivos são os mais raros (5,8% dos casos neste estudo).

O mesmo autor verificou que a violência no namoro ocorre nos jovens com idades entre os 16 e os 17 anos, sendo as mulheres mais vítimas do que agressoras. É também importante referir que jovens submetidos a ambientes de violência quer assistida quer sofrida são mais suscetíveis a serem futuras vítimas e/ou agressores. É então fulcral salientar o papel dos pais e grupos de pares como membros influenciadores desta problemática, informando-os e educando-os para alterarem os seus comportamentos e agirem preventivamente.

6. Conclusão

Os acontecimentos que ocorrem nos primeiros anos de vida tem um impacto na saúde ao longo do ciclo de vida, pelo que se torna crucial investir numa intervenção preventiva eficaz no que concerne aos comportamentos de risco para a saúde que possam ser adquiridos na adolescência, prevenindo algumas das principais causas de morbilidade e mortalidade nos jovens e adultos.

A prevenção precoce destes comportamentos na infância, para além de ser mais acessível, é mais eficaz do que tentar alterar estes comportamentos pouco saudáveis quando estes já subsistem em alguns jovens ou durante a vida adulta. No entanto, a intervenção nos adolescentes permite corrigir comportamentos que surgiram na primeira década.

Os adolescentes, imaturos na sua tomada de decisão de forma consciente, são o grupo mais vulnerável e influenciável pelo grupo de pares, família e comunidade estando portanto, em risco e com necessidade de reforço ao nível da prevenção.

A escola sendo o contexto privilegiado de contato direto com a maioria dos jovens no contexto escolar é o elemento basilar na promoção de padrões de comportamentos saudáveis ao longo da vida. A intervenção em meio escolar é fundamental e deve focar-se numa abordagem holística de promoção do bem-estar alicerçada no desenvolvimento de competências individuais, sociais e emocionais que envolvem todos os intervenientes desta comunidade e da envolvente e os capacita para a gestão da saúde. Os enfermeiros, enquanto dinamizadores de educação para a saúde detêm as competências essenciais para responder ao conjunto de necessidades das crianças adolescentes e jovens.

O conhecimento é indispensável para a compreensão das problemáticas acerca dos comportamentos de risco [comportamentos aditivos de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos sem substância e comportamentos associados à sexualidade (infecções sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e o abuso no namoro)]. Através de estratégias de ensino e experiências de aprendizagem, os jovens adquirirão conhecimentos, atitudes e habilidades para a tomada de decisão na promoção da saúde,

estando envolvidos e facilitando o desenvolvimento de mecanismos de defesa que minimizam os comportamentos de risco, permitindo a literacia em saúde e o empoderamento dos jovens.

A informação não é suficiente para modificar comportamentos e atitudes nas pessoas, apesar de alguns estudos revelarem que, pessoas informadas apresentam menos probabilidade de terem comportamentos de risco nomeadamente, o uso de substâncias psicoativas. A informação contribui para a prevenção desde que não seja apoiada no medo e difundida de forma alarmista e que corrija perceções erradas e esteja focada nas consequências diretas e não apenas nas consequências a longo prazo.

A gravidade dos problemas ligados aos comportamentos aditivos representam um problema de saúde pública a nível mundial, que requerem mais intervenção dos profissionais de saúde. No âmbito dos comportamentos aditivos são discutidos os comportamentos aditivos de substâncias psicoativas cujo primeiro contacto sucede na adolescência [drogas depressoras (álcool, opiáceos, heroína, entre outros), drogas estimulantes (nicotina, cocaína, entre outros) e drogas perturbadoras (*cannabis*, alucinogénios, colas, entre outros)] ou os comportamentos aditivos sem substância com particular relevância para o jogo (jogos, *internet*, televisão, consolas, entre outros).

Verifica-se que a heroína tem um papel menos preponderante que em outras épocas, a par dos estimulantes, das drogas sintéticas, da *cannabis* e dos medicamentos que adquirem cada vez maior importância. Em Portugal, o haxixe é a substância ilícita mais consumida, assumindo prevalências muito superiores às de outras substâncias mas é a heroína (muitas vezes associada à cocaína) que surge como a substância mais utilizada a nível dos consumos problemáticos. A cocaína surge como a substância que é cada vez mais conhecida quer nas populações escolares, quer nos contextos da procura e do tratamento.

O consumo de álcool e outras substâncias psicoativas durante a adolescência podem comprometer o desenvolvimento, tanto ao nível biológico, interrompendo ou prejudicando a sua maturação, como ao nível psicossocial, envolvendo os adolescentes em situações relacionais e comportamentais com consequências imprevisíveis.

A probabilidade de um indivíduo desenvolver problemas relacionados com comportamentos aditivos sem substância é através da ligação entre fatores individuais, familiares, do grupo de e ambientais, com consequências na saúde física em especial nas crianças e jovens (problemas de coluna, visão, obesidade, entre outros). A barreira que separa o uso lúdico do uso patológico das tecnologias tem vindo a tornar-se cada vez mais frágil. É reforçada a forte tendência para os jovens iniciarem o jogo a dinheiro e ainda o jogo a dinheiro pela via digital.

Os adolescentes com vida sexual ativa mostraram tendência a não utilizar regularmente o preservativo, sendo mais comum nas jovens adolescentes, colocando-as em posição de risco para o aparecimento de IST's (gonorreia, sífilis, herpes, hepatite, entre outras) e também de uma gravidez não planeada. É salientado em alguns estudos a importância da orientação sexual no ambiente familiar e escolar como forma de prevenção das complicações associadas a estes comportamentos de risco.

A gravidez na adolescência é sempre associada a pelo menos um comportamento de risco (sexo não seguro), sendo também um problema de saúde pública, uma vez que acarreta consequências negativas não só na saúde mas também na educação e direitos das jovens mães. São fatores predisponentes para a ocorrência de uma gravidez não planeada o abandono escolar, a ausência de profissionalização e a impossibilidade do ingresso no mercado de trabalho pelo que um ambiente escolar positivo é fundamental na prevenção deste comportamento.

“Comportamento gera comportamento” ou seja, os comportamentos assimilados são geralmente extrapolados pelos adolescentes para as suas relações extrafamiliares, sendo muitas vezes observadas condutas quer de permissividade excessiva quer de violência. Estas condutas são muito comuns nas relações de namoro e intimidade, sendo outro fator que carece de intervenção dos profissionais de saúde.

Tendo em conta as finalidades do Projeto “Decidir para Agir”, projeto este que está centrado na prevenção do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos sem substância e nos comportamentos associados à sexualidade, numa população alvo jovem (alunos do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico) utilizando uma abordagem nos seus processos intencionais, não intencionais e de interação com o

ambiente que a influencia, podemos defender a relevância e a pertinência deste projeto piloto como uma linha orientadora a utilizar na promoção e prevenção de comportamentos de risco em meio escolar.

Com a implementação do projeto “Decidir para Agir” esperamos obter resultados positivos a longo prazo, para além de indicadores de estrutura também indicadores de processo e de resultado suficientemente sólidos, que nos permitam afirmar que “Boas Decisões Hoje, Serão Comportamentos Saudáveis Amanhã”.

Bibliografia

- Abreu, C. N., Karam, R. G., Góes, D. S., & Spritzer, D. T. (2008). (R. B. Psiquiatr., Ed.) *Dependência de Internet e de jogos eletrônicos: uma revisão*, pp. 156-167.
- Administração Regional de Saúde do Norte. (2006). *Programa Escolas Livres de Tabaco*. Porto.
- Alvarez, M. J. (2005). *REPRESENTAÇÕES COGNITIVAS E COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO: O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*(Tese de Doutoramento em Psicologia). Lisboa: Fundação para a Ciência e a Tecnologia e a Fundação Calouste Gulbenkian.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª Edição (DSM-IV)*. Washington (DC).
- Andrade, M. I. (2004). *A Face Oculta das Drogas*. Porto Editora.
- Andrews, G. (2001). *Contracepção: o que é que mudou na última década?* (Vol. 153). (Nursing, Ed.)
- Araújo, E. D., Blankb, N., & Ramos, J. H. (2009). *Comportamentos de Risco à Saúde de Adolescentes do Ensino Médio*.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2013). *III Inquérito ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012 (Relatório preliminar)*.
- Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso de álcool*. Loures: Lusociência.
- Batista, J. R. (2011). *Adição à Internet: Uma análise de seu significado e de suas relações com a qualidade de vida*.
- Beserra, E. P., Pinheiro, P. N., & Barroso, M. G. (2008). (E. A. Enferm, Ed.) *Ação Educativa do Enfermeiro na Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis: Uma Investigação a partir das adolescentes*, pp. 522-528.

- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (2ª ed.). (D. A. Cesar, Trad.) São Paulo: Livraria Santos.
- Cabral, C. S. (2003). Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, pp. 283-292.
- Caldeira, Z. (1999). *Drogas, Indivíduos e Família: Um estudo de relações singulares*. Rio de Janeiro.
- Caridade, S. (2008). *Violência nas Relações de Intimidade: comportamentos e atitudes dos jovens*(Tese de Doutorado em Psicologia). Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia.
- Caridade, S., & Machado, C. (2006). *Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração*.
- Caridade, S., & Machado, C. (2010). *Novas formas de vitimação criminal. Violência na intimidade juvenil: Prevalência, factores de risco e Atitudes*. Psiquilíbrios Edições.
- Caridade, S., & Machado, S. (2008). *Violência Sexual no Namoro: Relevância da Prevenção*.
- Cavalcante, M. B., Alves, M. D., & Barroso, M. G. (2008). Adolescência, Álcool e Drogas: Uma Revisão na Perspectiva da Promoção da Saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). *Results from the School Health Policies and Practices Study 2012*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Cerqueira-Santos, E., Paludo, S. d., Schirò, E. D., & Koller, S. H. (2010). *Gravidez na Adolescência: Análise Contextual de Risco e Proteção*, p. Psicologia em Estudo.
- Conti, M. A., Jardim, A. P., Hearst, N., Cordás, T. A., Tavares, H., & Abreu, C. N. (2012). *Avaliação da equivalência semântica e consistência interna de uma versão em português do Internet Addiction Test (IAT)*(Rev Psiq Clín), pp. 106-110.
- Cook, R. (1999). *Cocaína* (3ª Edição ed.). Publicações Europa-América.

- Crianças europeias reconhecem riscos para a saúde do vício na Internet - estudo. (02 de Junho de 2014). *Revista Visão*.
- Cruzeiro, A. L., Souza, L. D., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., Rocha, C. L., & Horta, B. L. (2010). *Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes*, pp. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15.
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2007). *Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais*(Análise Psicológica), pp. 625-634.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2004). Circular Normativa Nº 1. *Gravidez e Vírus da Imunodeficiência Humana*.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2007a). *Circular Informativa nº4*. Vírus do Papiloma Humano e Vacinas.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2007b). Circular Normativa Nº: 9. *Interrupção Medicamentosa da Gravidez*.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2007c). Circular Normativa Nº: 10. *Interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação*.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2007d). *Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual*.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2008). *Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)*. Comissão Técnica de Vacinação.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2011). *INFOTABAC RELATÓRIO - Primeira avaliação do impacte da aplicação da Lei do Tabaco*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2014a). *Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2014b). *Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2014*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2014c). *Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2014*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2014d). *Programas de saúde prioritários em números – 2014: Retrato a 15 de Setembro*.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2014e). *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2013*.
- Doll, R. (1986). (P. R. Zaridze D., Ed.) *Tobacco: an overview of health effects*, p. International Agency for Research on Cancer.
- Doll, R., & Hill, A. (1950). *Smoking and Carcinoma of the lung: preliminary report*.
- Dool, R., Peto, R., & Boreham, J. (2004). *Sutherland Mortality in Relation to Smoking: 50' years observations on male British doctors*.
- Duchaussois, C. (2000). *Viagem ao Mundo da Droga*. Lisboa: Edição Livros do Brasil.
- EDEX. (2004). *Enfrentar o desafio das drogas [Manual 1 para o professor]*. (T. p. Ordago, Trad.) Bilbao, Espanha: Atlante.
- Englemajer, L. J. (1990). *Drogas e Sida*. Associação de Patriarche.
- Esteves, M., & Coelho, M. (2007). *Essencial da Saúde - Toxicodependências* (Vol. 16).
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2009). *ECDC GUIDANCE: Chlamydia control in Europe*. Stocolm.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2010a). *Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies*.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2010b). *Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe*.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2011a). *Excelência na prevenção e controlo das doenças infecciosas*.

- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2011b). *Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe 2009*.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2012a). *Concerns about future treatment of gonorrhoea in Europe: ECDC issues its response plan*. Switzerland.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2012b). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2012*.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2013). *Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data*. Stocolm.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2014). *Sexually transmitted infections in Europe 2011*. Stocolm.
- Feijão, F. (2011). *Inquérito Nacional Em Meio Escolar, 2011 – Secundário Consumo De Drogas E Outras Substâncias Psicoativas: Uma Abordagem Integrada*.
- Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas ECATD/2011*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP.
- Fernandes, A. F. (2013). *Programas de Sensibilização de Violência no Namoro Impacto nos Jovens*.
- Ferreira, E., Lovato, E., Corrêa, M., & Pombeiro, O. (2009). *Malefícios da Internet sobre as crianças*.
- Ferreira, M. J. (2011). *A violência no namoro: Estudo exploratório de caracterização das reacções dos adolescentes face à violência*.
- Frasquilho, M. A. (1997). *Comportamento Problema em Adolescentes: Factores Protectores e Educação para a Saúde*. Lisboa: Laborterapia.
- Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). (2013). *Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*.
- Ganery, A. (2002). *Drogas - do êxtase à agonia* (132253/7890 ed.). Publicações Europa-América.

- Gontijo, D. T., & Medeiros, M. (2004). *A gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações*, p. Revista Eletrônica de Enfermagem.
- Gouveia, M., Borges, M., Pinheiro, L., Costa, J., Paulo, S., & Carneiro, A. (2007). *Carga e custo da doença atribuível ao Tabagismo em Portugal*. Obtido em 14 de Abril de 2014, de <http://www.hospitaldofuturo.com/imagens/Carga%20e%20Custo%20da%20Doença%20Atribuível%20ao%20Tabagismo%20em%20Portugal.pps>
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). (2006). *Relatório Anual 2005. A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: IPDT.
- Kalmuss, D. (1984). Journal of Marriage and the Family. *The Intergenerational Transmisson of Marital Agression*, pp. 11-19.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1993). *The intergenerational transmission of abuse is overstated* (Vol. in R.J. Gelles and D.R. Loseke). Newbury Park, California: Sage Publications.
- Lei nº16/2007. (de 17 de Abril). *Diário da República nº75/2007 - Série I*. Assembleia da República, Lisboa.
- Lei nº19/2013. (de 21 de Fevereiro). *Diário da República nº37/2013 -Série I*. Assembleia da República, Lisboa.
- Lei nº37/2007. (de 14 de Agosto). *Diário da República nº156/2007 - Série I*. Assembleia da República, Lisboa.
- Lei nº59/2007. (de 4 de Setembro). *Diário da República nº170/2007 - Série I*. Assembleia da República, Lisboa.
- Leitão, C. F., & Nicolaci-da-Costa, A. M. (2005). *Impactos da Internet sobre Pacientes: A visão de psicoterapeutas*, p. Psicologia em Estudo.
- Lopes, N. M., Pegado, E., Raposo, H., Clamote, T., Rodrigues, C. F., & Fernandes, A. I. (2014). *Consumos terapêuticos de performance na população jovem: trajetórias e redes de informação*. Ministério da Educação e Ciência.

- Lowry, R., Holtzman, D., Truman, B. I., Kann, L., Collins, J. L., & Kolbe, L. J. (1994). *Substance Use and HIV-related sexual behaviors among US High School Students: are they related?*(J. Public Health), pp. 1116-1120.
- Luz, L. (Agosto de 2008). A internet transforma o seu cérebro. *Revista Veja*.
- Machado, T. S., Macieira, I. M., & Carreiras, M. C. (2010). *Psicologia Educação e Cultura. Violência nas relações de namoro: influência de crenças e área de formação*, pp. 355-369.
- Matos, M. G., & Sampaio, D. (2010). *Educação sexual no contexto escolar em Portugal: dando voz aos alunos*, p. Equipa do Projecto Aventura Social.
- Matos, M., Machado, C., Caridade, S., & Silva, M. J. (2006). *Psicologia: Teoria e Prática. Prevenção da Violência nas Relações de Namoro: Intervenção Com Jovens em Contexto Escolar*, pp. 55-75.
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Social, E. A. (2014). *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do Estudo HBSC 2014*.
- Melo, P., Figueiredo, M. H., & Borges, E. (2012). Os Diagnósticos de Enfermagem em Educação para a Sexualidade em Meio Escolar – Um estudo de Caso. *II Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria, VIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria, I Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria*. Barcelona, Espanha.
- Melo, R. A. (2000). *Metodologias de Intervenção na Prevenção Primária da Toxicodependência*.
- Mendes, F. (2000). *Toxicodependências e Prevenção Familiar. Uma Política para a Europa*.
- Ministério da Saúde. (2006). *Relatório de Avaliação do Programa de Saúde Escolar do ano lectivo 2004/05*. Divisão de Saúde Escolar.
- Negreiros, J. (1999). *O futuro da prevenção das toxicodependências*.
- Nunes, E. (2006). *Consumo de Tabaco. Efeitos na Saúde*, p. Revista Portuguesa de Clínica Geral.

- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). (2014). *Relatório Europeu sobre Drogas - Tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Oliveira, M. S. (2009). *Violência Intergeracional: da violência na família à violência no namoro*. Porto.
- Oliveira, M. S., & Sani, A. I. (2009). *A Intergeracionalidade da Violência nas Relações de Namoro*, p. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Parecer Nº 109/2009 – Educação Sexual nas Escolas*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pacheco, A., Machado, A. I., Costa, A. R., Lanhoso, A., Cruz, E., Palma, F., . . . Gomes, V. (2011). *Consenso Nacional sobre Contraceção 2011. Reunião de Consenso Nacional sobre Contraceção*. Estoril: Edições Frist News.
- Peto, R., Lopez, A., Boreham, J., & Thun, M. (2006). *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000, 2nd Ed.*
- Portaria nº 196-A/2010. (de 9 de Abril). *Diário da República nº 69/2010- Série I*. Ministérios da Saúde e da Educação, Lisboa.
- Revista VEJA. (12 de Agosto de 2009). Edição 2125.
- Saavedra, R. M. (2010). *Prevenir antes de remediar: Prevenção da violência nos relacionamentos íntimos juvenis*.
- Santos, C. A. (s.d.). *Os malefícios que o Computador Trás à Saúde*.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2013a). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2013b). *Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Shrier, L. A., Emans, S. J., Woods, E. R., & Durant, R. H. (1996). Adolescent Health. *The Association of Sexual Risk Behaviors and Problem Drug Behaviors in High School Students*, 377-383.
- Silva, A. R. (2014). *Violência nas relações de namoro no Norte de Portugal – uma análise epidemiológica dos casos mortais e não mortais dos anos 2008 a 2012*. Porto.
- Silva, A., & Sousa, M. (2014). *Decidir para Agir*. Porto.
- Sines, D. (2005). *Community Health Care Nursing*.
- Sousa, Â. d. (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção e Meio Escolar* (1ª ed.). DGS Editorial M.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M., & Paula, M. C. (2004). *Revista Soc Bras Med Trop. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Adolescência: estudo de factores de risco*, pp. 210-214.
- Taquette, S., Andrade, R., Vilhena, M., & De Paula, M. (2005). *Rev Assoc Med Bras. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis*, pp. 148-152.
- Teten, A. (2009). *Journal of Women's Health. Considerations for the definition, measurement, consequences, and prevention of dating violence victimization among adolescent girls*, 18, 924-927.
- The Gallup Organization. (2011). *Flash Eurobarometer 330: youth attitudes on drugs (Analytical youth attitudes on drugs)*. Directorate-General Justice, European Commission.
- The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs . (2013). *A supplement to the 2011 ESPAD Report*.

- Tinoco, R. (2003). A Página da Educação, nº 125. *Programas de Prevenção do Consumo de Drogas: um logro comunicacional?*, 29.
- Unidade de Saúde Pública de Matosinhos. (Plano Local de Saúde de Matosinhos 2011-2016). 2011. Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos.
- Wagner, M., & Oliveira, M. (2007). *Psicologia Clínica* 19(2). *Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes*, pp. 101-116.
- World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*.
- World Health Organization (WHO). (2004). Discussion Papers on Adolescence. *Adolescent Pregnancy: issues in adolescent health and development*.
- World Health Organization (WHO). (2007). *HIV Transmission Through Breastfeeding: A Review of Available Evidence*.
- World Health Organization (WHO). (2009). RAPID ADVICE. *Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants*.
- World Health Organization (WHO). (2011). WHO Guidelines. *Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries*.
- World Health Organization (WHO). (2014). Health for the World's Adolescents. *A second chance in the second decade*.

Anexo B Análise epidemiológica dos indicadores populacionais associados ao Projeto Decidir para Agir

Indicadores populacionais
associados ao projeto
Decidir para Agir no
concelho de Matosinhos

Análise Epidemiológica



Andreia Silva e Mariana Sousa

SIGLÁRIO/ ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
AVPP	Anos de Vida Potencialmente Perdidos
CEB	Ciclo do Ensino Básico
DGS	Direcção-Geral da Saúde
ECATD	Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
ESPAD	<i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>
HBSC	<i>Health Behaviour in School Aged Children</i>
IDT	Instituto Português da Droga e da Toxicodependência
INE	Instituto Nacional de Estatística
INME	Inquérito Nacional Em Meio Escolar
INS	Inquérito Nacional de Saúde
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
NUT	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OLS	Observatório Local de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SPA	Substâncias Psicoativas
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida



ÍNDICE

Fotografia Epidemiológica	6
Caracterização da população residente no concelho de Matosinhos	6
Consumo de Substâncias Psicoativas	12
Dados Internacionais	12
Dados Nacionais.....	13
Dados Concelhios.....	23
Comportamentos aditivos Sem Substância	27
Dados Nacionais.....	27
Comportamentos de Risco associados à sexualidade	28
Infeções sexualmente transmissíveis na adolescência	28
Dados Internacionais	28
Dados Nacionais.....	30
Dados Concelhios.....	31
Gravidez na adolescência	35
Dados Nacionais.....	35
Dados Concelhios.....	35
Abuso na adolescência	39
Dados Concelhios.....	39
Referências Bibliográficas	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- População residente em 2011, por sexo e por grupo etário, Censos 2011 (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014)	6
Tabela 2- Evolução da taxa de incidência (/100 000 habitantes) da infeção VIH/SIDA (Fonte:ARS Norte) (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014).....	32
Tabela 3- Proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (%), 1996-2011 (média anual por trénio) (Fonte: ARS Norte) (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014).....	35
Tabela 4- N ^o de nados vivos por idade das mães (10-19 anos) - Dados da ULSM.....	36
Tabela 5- Motivos de admissão na urgência do Hospital Pedro Hispano em 2013 em utente com idades entre os 10-19 anos de idade	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- População residente em Matosinhos nos grupos etários dos 10-14 anos e 15-19 anos, 2013	7
Figura 2- Mortalidade proporcional (%) por fases do ciclo de vida, na ULS Matosinhos, ambos os sexos, 2008-2010 (Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) Norte) (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014)	8
Figura 3- Problemas de saúde crónicos específicos mais prevalentes nos Cuidados de Saúde Primários, segundo sexo, taxa por mil inscritos, ULSM 2013 (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014)	9
Figura 4- Principais causas de anos de vida saudável perdidos (AVPP) no concelho de Matosinhos em 2003-2005, por sexo [Fonte:Observatório Local de Saúde (OLS)] (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014).....	10
Figura 5- Principais doenças com maior carga global de doença por sexo, para Matosinhos (Fonte: OLS) (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014).....	11
Figura 6- Focos de Enfermagem obtidos através do SAPE.....	12
Figura 7- Diagnósticos de Enfermagem associados ao conhecimento sobre o consumo de drogas/substâncias- Dados extraídos do SAPE na ULSM	23
Figura 8- Conhecimento sobre desvantagens do consumo de álcool – Dados extraídos do SAPE na ULSM	24
Figura 9- Diagnósticos de Enfermagem associados ao Uso de Drogas- Dados extraídos do SAPE na ULSM	24
Figura 10- Diagnósticos de Enfermagem associados ao Uso de Substâncias- Dados extraídos do SAPE na ULSM.....	25
Figura 11- Diagnósticos de Enfermagem associados ao Uso de Tabaco- Dados extraídos do SAPE na ULSM	26
Figura 12- - Diagnósticos de Enfermagem associados ao Uso de Álcool- Dados extraídos do SAPE na ULSM	26

Figura 13- Diagnósticos de Enfermagem associados ao conhecimento sobre sexualidade- Dados extraídos do SAPE na ULSM	33
Figura 14- Diagnósticos de Enfermagem associados ao conhecimento sobre o uso de contraceptivos- Dados extraídos do SAPE na ULSM	33
Figura 15- Diagnósticos de Enfermagem associados ao Uso de Contraceptivos- Dados extraídos do SAPE na ULSM.....	34
Figura 16- Nº de nados vivos por idade das mães (10-19 anos) - Dados da ULSM.....	37
Figura 17- Diagnósticos de Enfermagem associados ao conhecimento sobre prevenção de gravidez não desejada-Dados extraídos do SAPE na ULSM	37
Figura 18- Diagnósticos de Enfermagem associados ao conhecimento sobre o uso de substâncias durante a gravidez- Dados extraídos do SAPE na ULSM.....	38
Figura 19- Nº de IVG's legalmente efetuadas nos hospitais oficiais públicos em Portugal e Matosinhos em 2012 (INE)	38
Figura 20- Motivo de admissão na urgência do Hospital Pedro Hispano em 2013 em utente com idades entre os 10-19 anos de idade	40

Fotografia Epidemiológica

O projeto concelho Decidir para Agir apresenta uma abordagem centrada em três domínios: a prevenção do consumo de substâncias psicoativas (SPA), os comportamentos aditivos sem substância e os comportamentos de risco associados à sexualidade.



Pretende-se apresentar uma fotografia epidemiológica do concelho de Matosinhos através dos indicadores existentes e associados aos três domínios abordados neste projeto, nos jovens entre os 10 e os 18 anos, que se prevê melhorarem no grupo que irá integrar o projeto.

Caracterização da população residente no concelho de Matosinhos

Segundo os Censos 2011 do Instituto Nacional de Estatística (INE), a população residente no concelho de Matosinhos no grupo etário dos 0 aos 14 anos é de 25.112 residentes e no grupo etário dos 15 aos 24 anos é de 18.851 residentes (Tabela 1).

Local de Residência	0 a 14 anos			15 a 24 anos			25 a 64 anos			65 e + anos		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Continente	1.484.120	758.841	725.279	1.079.493	547.004	532.489	5.546.220	2.677.999	2.868.221	1.937.788	814.954	1.122.834
Região Norte	557.233	284.853	272.380	425.876	215.532	210.344	2.075.134	1.001.965	1.073.169	631.439	263.910	367.529
Matosinhos	25.112	12.759	12.353	18.851	9.627	9.224	103.230	49.111	54.119	28.285	11.947	16.338

HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres

Fonte: INE

Dados de 2013 (Figura 1) referem que a população residente no concelho de Matosinhos com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos de idade é de 17.371 residentes (INE 2013).

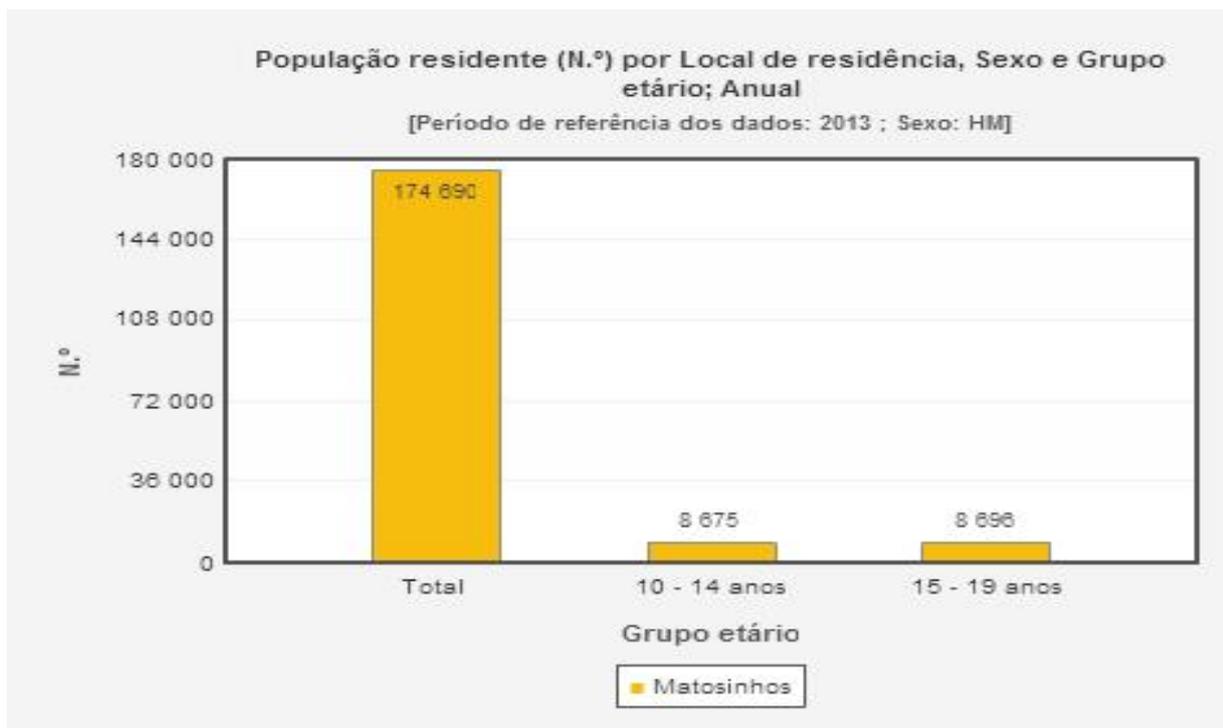


Figura 1- População residente em Matosinhos nos grupos etários dos 10-14 anos e 15-19 anos, 2013

Das principais causas de mortalidade no concelho de Matosinhos destacam-se os tumores malignos, as doenças do aparelho circulatório e respiratório. Na pesquisa por causa de óbito específica, as duas primeiras causas de mortalidade e de morte prematura são os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão e o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA). No grupo etário dos 5-24 anos para o triénio 2008-2010, os tumores malignos e as doenças do aparelho respiratório correspondem a respetivamente 16% e 15% do total de óbitos sendo que, os óbitos por causas externas (Ex: acidentes) apresentam o maior peso relativo (31% do total de óbitos) Figura 2.

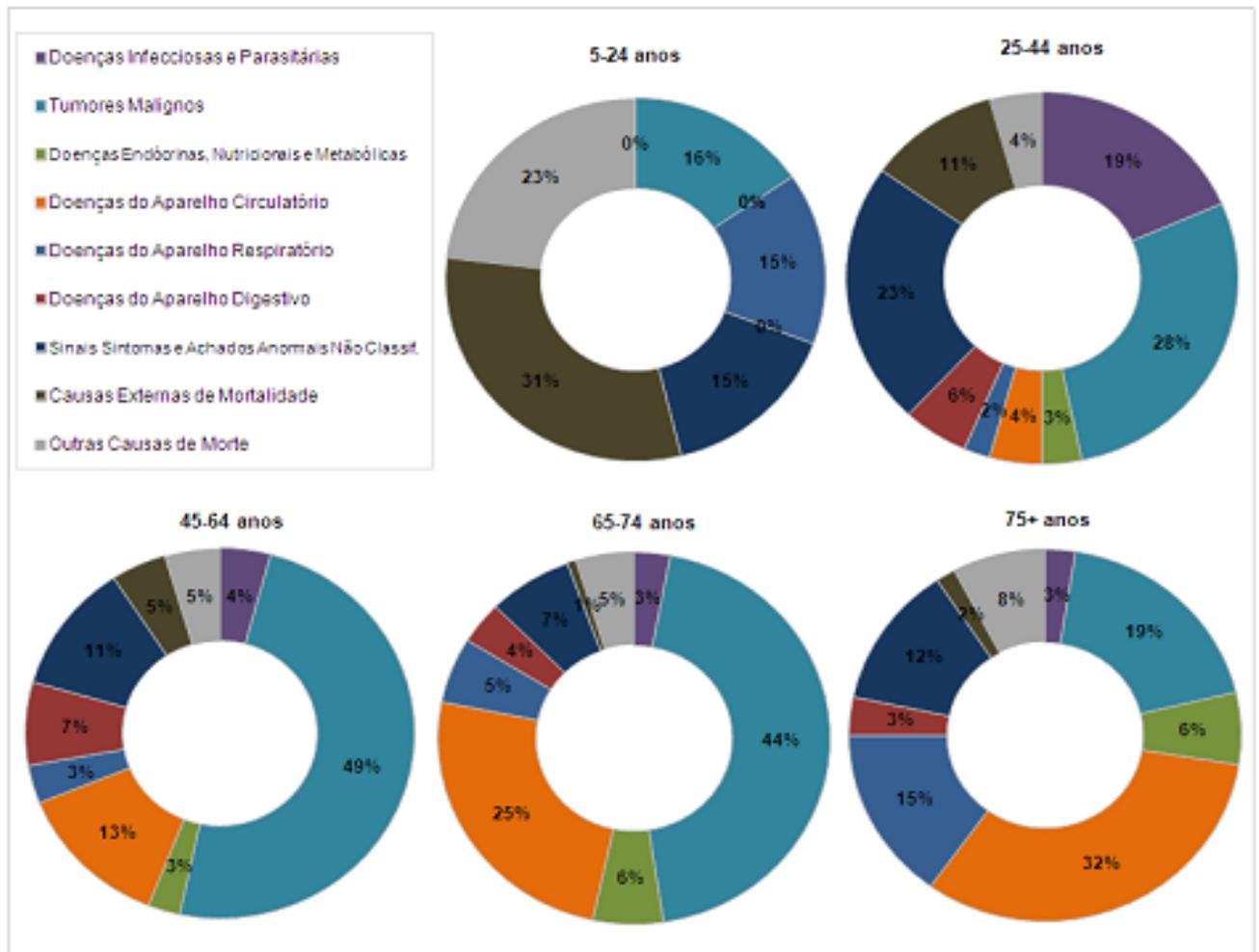


Figura 2- Mortalidade proporcional (%) por fases do ciclo de vida, na ULS Matosinhos, ambos os sexos, 2008-2010 (Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) Norte) (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014)

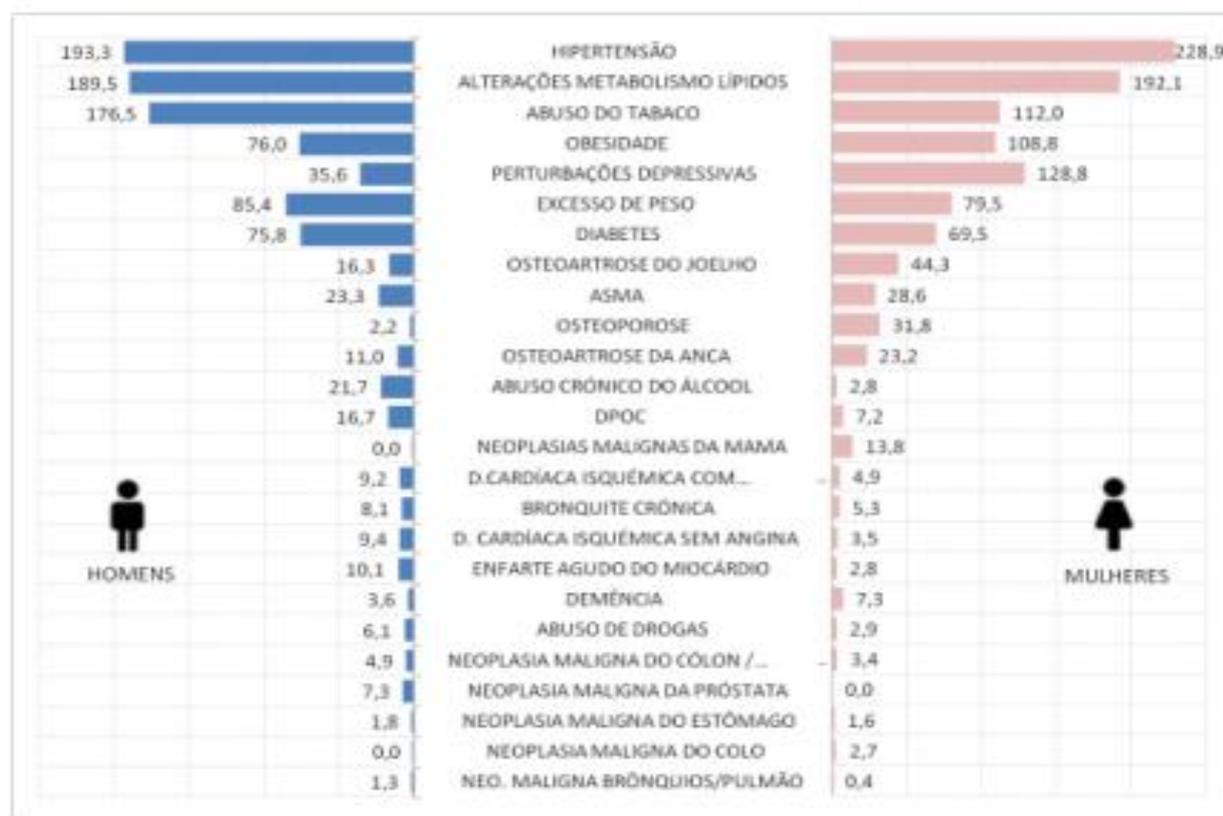
O concelho de Matosinhos no triénio 2008-2010, de acordo com a ARS Norte enquadra-se nos 25% dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com maior taxa de Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) com valores superiores aos do continente e região norte, sendo que o sexo masculino perdeu mais anos de vida comparativamente ao sexo feminino nas principais causas de morte. O VIH/SIDA é novamente destacado como a segunda causa de maior número de AVPP em ambos os sexos e o tumor da mama no sexo feminino. Confirma-se os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão como a primeira causa de AVPP (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014).

Para o mesmo triénio, o risco de morrer no concelho de Matosinhos é significativamente superior ao risco de morrer na Região Norte por: doenças infecciosas e parasitárias, nomeadamente por VIH/SIDA, para ambos os sexos; todos os tumores malignos, com

relevo para os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão, tumor maligno do pâncreas e tumor maligno da próstata no sexo masculino e doenças endócrinas, nutricionais e metabólica, nomeadamente a Diabetes *Mellitus*.

Relativamente ao perfil de morbilidade da população do concelho de Matosinhos, de acordo com os utentes inscritos nos cuidados de saúde primários em 2013, as patologias crónicas mais prevalentes foi a Hipertensão Arterial em ambos os sexos, seguido das alterações do metabolismo dos lípidos. Realçam-se as perturbações depressivas no sexo feminino como a terceira principal patologia e o abuso de tabaco no sexo masculino. O abuso crónico do álcool e o abuso de drogas também se encontram representados na Figura 3.

Figura 3- Problemas de saúde crónicos específicos mais prevalentes nos Cuidados de Saúde Primários, segundo sexo, taxa



por mil inscritos, ULSM 2013 (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014)

As taxas de internamento padronizada por causas específicas, para ambos os sexos por doença isquémica do coração, VIH/SIDA, tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão e suicídios e lesões autoprovocadas apresentam valores superiores ao da Região Norte (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014).

Em todos os grupos etários os homens perdem mais anos de vida saudável comparativamente às mulheres. As cinco principais causas específicas dos anos de vida saudável perdidos pela população residente no concelho de Matosinhos são:

- Doenças cerebrovasculares;
- Episódios depressivos;
- Doença isquémica do coração;
- VIH/SIDA;
- Diabetes *Mellitus* (Figura 4).

Ambos os sexos	% total DALY	Homens	% total DALY	Mulheres	% total DALY
1 Doenças cerebrovasculares	8,1	VIH / sida	5,9	Episódios depressivos (unipolar)	8,5
2 Episódios depressivos (unipolar)	5,8	Doenças cerebrovasculares	5,3	Doenças cerebrovasculares	7,1
3 Doença isquémica do coração	4,2	Doença isquémica do coração	5,1	Alzheimer e outras demências	4,4
4 VIH / sida	3,8	Perturbações por uso de álcool	4,8	Diabetes Mellitus	4,4
5 Diabetes Mellitus	3,8	TM traqueia, brônquios e pulmão	4,8	Perda de audição	3,9
6 Perda de audição	3,5	DPOC	3,8	TM da mama	3,1
7 TM traqueia, brônquios e pulmão	3,3	Episódios depressivos (unipolar)	3,6	Doença isquémica do coração	3,0
8 Perturbações por uso de álcool	3,2	Perda de audição	3,2	Osteoartrite	2,9
9 DPOC	3,1	Diabetes Mellitus	2,9	Aterações na refração	2,6
10 Alzheimer e outras demências	3,1	Cirrose	2,7	Dores de cabeça	2,4
11 TM do cólon e recto	2,3	TM cólon e recto	2,5	DPOC	2,3
12 Alterações na refração	2,3	Perturbações por uso de drogas	2,3	TM do cólon e recto	2,1
13 Osteoartrite	2,2	TM estômago	2,3	TM traqueia, brônquios e pulmão	1,8
14 TM estômago	1,9	Alzheimer e outras demências	2,0	TM estômago	1,6
15 Cirrose do fígado	1,9	Alterações na refração	2,0	Artrite reumatóide	1,4

Figura 4- Principais causas de anos de vida saudável perdidos (AVPP) no concelho de Matosinhos em 2003-2005, por sexo [Fonte: Observatório Local de Saúde (OLS)] (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014)

O tabagismo é o fator de risco responsável pela maior quantidade de anos de vida saudável perdidos (12,6% de carga total de doença), sendo a primeira causa nos homens e a terceira causa nas mulheres. Seguem-se alguns dados importantes para o projeto: o consumo de álcool (7%); o consumo de drogas (3,7%) e o sexo desprotegido (2,8%) (Figura 5).

Figura 5- Principais doenças com maior carga global de doença por sexo, para Matosinhos (Fonte: OLS) (Unidade de Saúde

Rank	Ambos os sexos	DALYs %	Rank	Sexo masculino	DALYs %	Rank	Sexo feminino	DALYs %
1	Tabaco	12,6	1	Tabaco	18,5	1	Elevado IMC	7,8
2	Tensão arterial elevada	7,2	2	Álcool	10,1	2	Tensão arterial elevada	7,4
3	Álcool	7,0	3	Tensão arterial elevada	7,0	3	Tabaco	5,6
4	Elevado IMC	6,9	4	Elevado IMC	6,2	4	Elevado colesterol	3,8
5	Elevado colesterol	4,4	5	Drogas ilícitas	5,1	5	Álcool	3,4
6	Drogas ilícitas	3,7	6	Elevado colesterol	4,9	6	Inatividade física	2,6
7	Sexo Desprotegido	2,8	7	Sexo Desprotegido	3,5	7	Drogas ilícitas	1,9
8	Inatividade física	2,5	8	Inatividade física	2,5	8	Sexo Desprotegido	1,8
9	Baixo consumo frutas e legumes	1,7	9	Baixo consumo frutas e legumes	2,2	9	Baixo consumo frutas e legumes	1,3
10	Deficiência de ferro	0,6	10	Partículas atmosféricas-ocupacional	0,8	10	Deficiência de ferro	0,9

Pública da ULSM 2014)

Através do Sistema de Informação Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), de um total de 3272 focos de enfermagem selecionados em utentes nascidos entre 01.01.1996 a 31.12.2004, verifica-se que o foco com maior relevo é o Uso de Contracetivos seguido do Uso de Tabaco.

Os Focos de Enfermagem obtidos através do SAPE encontram-se apresentados na Figura 6.

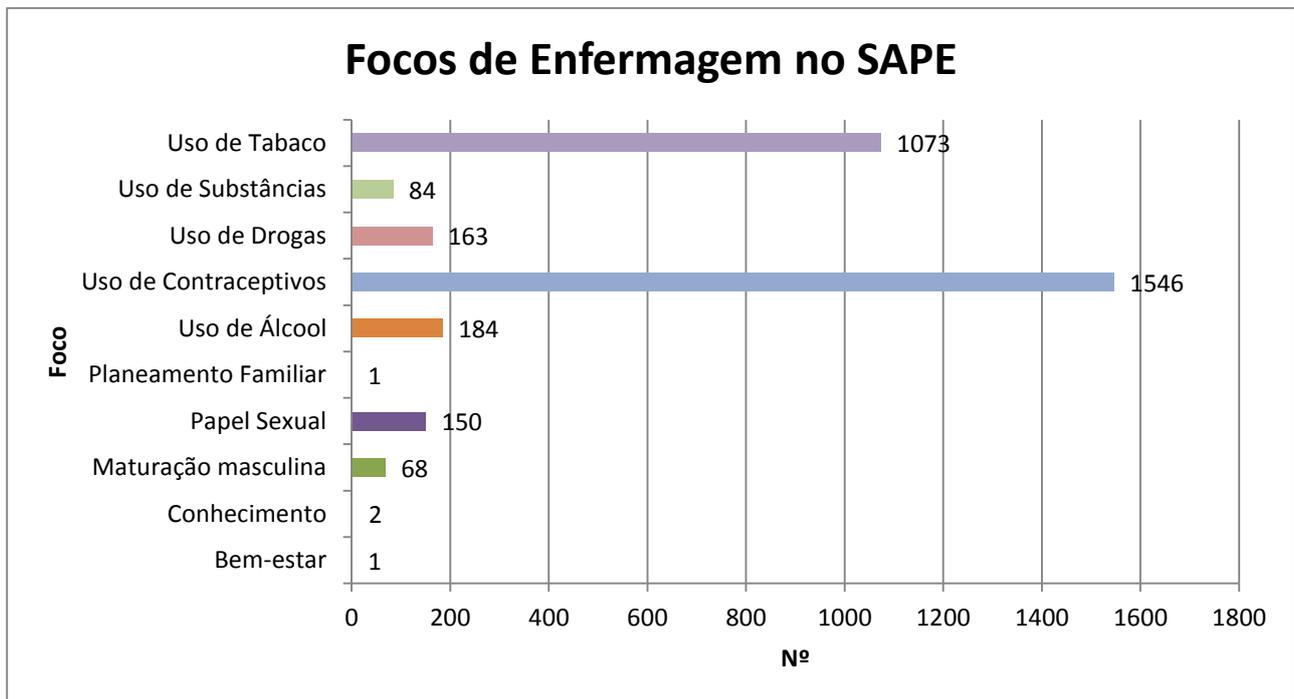


Figura 6- Focos de Enfermagem obtidos através do SAPE por conveniência, de acordo com as áreas em estudo.

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Dados Internacionais

Estima-se que quase um quarto da população adulta da União Europeia, mais de 80 milhões de adultos, terá consumido drogas ilícitas num momento da sua vida (OEDT 2014). A droga mais consumida terá sido a *cannabis* (73,8 milhões), seguida, de longe, da cocaína (14,1 milhões), das anfetaminas (11,4 milhões) e do *ecstasy* (10,6 milhões).

Os níveis de consumo de droga ao longo da vida variam consideravelmente em função dos países: desde cerca de um terço dos adultos na Dinamarca, França e Reino Unido, até menos de um em cada dez na Bulgária, Grécia, Chipre, Hungria, Portugal, Roménia e Turquia (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), 2014).

Relativamente à Europa, o estudo *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) constitui um recurso inestimável para identificar a evolução das tendências do consumo de substâncias entre os estudantes na faixa etária dos 15 aos 16 anos. Segundo os dados respeitantes a 2011, estima-se que um em cada quatro jovens de 15 –

16 anos já terá utilizado uma droga ilícita, embora os níveis de prevalência variem consideravelmente em função dos países.

A *cannabis* é a substância ilícita consumida pela maioria destes jovens, 24% dos quais referem o seu consumo regular, 20% o seu consumo no último ano e 12% o seu consumo no mês anterior ao inquérito. A probabilidade de os rapazes referirem o consumo de *cannabis* no mês anterior é 1,5 vezes superior à das raparigas (OEDT, 2014).

Excluindo a *cannabis*, a prevalência do consumo de outras drogas ilícitas é muito menor, embora em alguns países o consumo de *ecstasy* e de anfetaminas seja algo significativo. Globalmente, cerca de 7% da população escolar afirma ter consumido mais do que uma droga ilícita.

Em 2012, mais de um quarto da população entre 15 aos 64 anos era consumidora de tabaco (Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2014a).

O ESPAD forneceu igualmente informações sobre o consumo de álcool e tabaco. Ambas as substâncias eram mais consumidas pela população escolar do que a *cannabis* e a maior parte daqueles que haviam consumido *cannabis* eram consumidores regulares de álcool e de tabaco. 19% dos estudantes declararam ter fumado um ou mais cigarros por dia no mês anterior ao inquérito, 4% dos quais afirmaram ter fumado mais de 10 cigarros por dia (OEDT, 2014).

Quase dois terços da população escolar declararam ter bebido álcool pelo menos uma vez no mês anterior, 20% dos quais admitiram ter ficado intoxicados pelo menos uma vez nesse período (OEDT, 2014).

Dados Nacionais

Em Portugal, de acordo com o Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Substâncias e Toxicodependências, o haxixe é a substância ilícita mais consumida, assumindo prevalências muito superiores às das outras substâncias.

No entanto, de acordo com um estudo sobre estimativas da prevalência é a heroína (muitas vezes associada à cocaína) que surge como a substância mais utilizada a nível dos consumos problemáticos.

A cocaína é uma substância que é cada vez mais conhecida quer nas populações escolares, quer nos contextos da procura e do tratamento. No entanto estas prevalências alteram quando nos referimos à população escolar.

Nos resultados dos estudos nacionais realizados em 2001 pelo Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IDT) na população portuguesa dos 15 aos 64 anos, na população escolar do 3º Ciclo do Ensino Básico (CEB) e do Secundário e na população reclusa, a *cannabis* surge como a substância com mais elevada prevalência no consumo, tendo vindo a aumentar esta prevalência nas populações escolares (IDT, 2006).

A heroína assume prevalências de consumo bastante inferiores às da *cannabis*, apresentando também prevalências de consumo ao longo da vida inferiores às da cocaína e idênticas às do *ecstasy* na população dos 15 aos 64 anos e inferiores às da cocaína e do *ecstasy* na população escolar do 3º CEB.

Nos padrões de consumo mais recentes o *ecstasy* surge com prevalências superiores às da heroína e da cocaína. Nos estudos realizados sobre consumos problemáticos, a *cannabis* surge com um maior potencial do que as outras substâncias, contudo é a heroína a principal substância nestes estudos. A cocaína adquire um papel importante quando associada à heroína, enquanto a presença da *cannabis* no estudo é pouco expressiva (IDT, 2006).

Em 2002 pela *Health Behaviour in School Aged Children* (HBSC) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) e em 2003 pela ESPAD, estudos no contexto escolar, destacam a *cannabis* como a substância com a prevalência mais elevada de consumo ao longo da vida. O *ecstasy* é outra substância ilícita que apresenta elevado consumo ao longo da vida apesar de ter uma prevalência muito inferior à da *cannabis*. A heroína tem a mais baixa prevalência de consumo ao longo da vida.

O estudo HBSC/OMS de 2002 é um estudo colaborativo que teve como principal objetivo estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários

panoramas das suas vidas. Os dados nacionais relativos aos estudos de 1998 e 2002 abrangeram os alunos do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade em Portugal Continental.

O ESPAD tem como principal objetivo fornecer dados comparáveis sobre prevalências e padrões de consumo de substâncias lícitas e ilícitas em alunos de 16 anos.

15

Também em 2003, surge o Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga (ECATD), iniciado pelo IDT e inserido no Programa de “Estudos em Meio Escolar”, representando um alargamento do Projeto ESPAD aos alunos do 7º ao 12º ano de escolaridade e dos 13 aos 18 anos de idade (IDT 2006). Tem como objetivo caracterizar o fenómeno do consumo de SPA nos diversos grupos etários desta população escolar e acompanhar a sua evolução.

Neste estudo, a *cannabis* surge também como a substância ilícita com maior prevalência de consumo ao longo da vida, aumentando com a idade. O consumo de *ecstasy* é a segunda substância ilícita com maior prevalência de consumo ao longo da vida, aumentando também esta com a idade. O consumo de heroína e cocaína variam na razão direta da idade dos alunos até aos 14-16 anos respetivamente e na razão inversa a partir desta idade (IDT 2006).

Em 2012, cerca de 73% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida e 60% tinha consumido nos últimos 12 meses. Independentemente do tipo de consumo (experimental, recente ou atual), estes são sempre superiores no sexo masculino.

O consumo recente (últimos 12 meses) concentra-se nas idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos. Entre a população portuguesa de 15-74 anos, considerando o período dos últimos 12 meses, a prevalência de consumo *binge* era de 7,4%, e a de embriaguez no sentido restrito (ficar a cambalear, com dificuldade em falar, vomitar, e/ou não recordar depois o que aconteceu) era de 5,1%, sendo estas prevalências mais elevadas nas faixas etárias mais jovens, designadamente entre os 15-24 anos (13,2% e 12,8% respetivamente) (Balsa, Vital, Urbano, 2013; Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 2013a).

Quanto ao consumo de medicamentos psicoativos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos), em 2012, cerca de 22% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha

tido pelo menos uma experiência de consumo deste tipo de medicamentos (20,4% através de prescrição médica e 1,4% sem prescrição) e 13,7% tinha consumido nos últimos 12 meses. Estes consumos são bastante superiores no sexo feminino, contudo, o consumo de medicamentos sem prescrição médica (bastante mais residual) predomina no sexo masculino. As prevalências do consumo recente (últimos 12 meses) aumentam gradualmente à medida que se avança nas etapas do ciclo de vida, atingindo os valores máximos de 21% e de 24% nos grupos etários dos 55-64 anos e 65-74 anos (Balsa, Vital, Urbano, 2013; OEDT, 2014).

Estudos realizados em contextos específicos, tais como os contextos escolares e recreativos, apontam para prevalências e padrões de consumo de SPA mais preocupantes em certas etapas do ciclo de vida, designadamente na dos 15-24 anos, verificando mesmo tendências de agravamento de alguns consumos nos últimos anos (Calado, Lavado, 2010; Feijão, 2012; Feijão, Lavado, Calado, 2012, citados por SICAD, 2013b).

É relevante frisar que os utentes que procuraram tratamento em 2011 nas Unidades de Desabilitação e nas Comunidades Terapêuticas públicas, as idades médias do início dos consumos abusivos de substância ilícitas, álcool e benzodiazepinas situavam-se entre os 16 e os 23 anos (SICAD, 2013a).

Igualmente, no âmbito das contra ordenações por consumo de substância ilícitas, cerca de metade dos indivíduos com processos abertos nas Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência relativos às ocorrências de 2011 pertenciam à faixa etária dos 16 aos 24 anos (IDT, 2012, citado por (SICAD, 2013b).

Relativamente aos 10-14 anos, os estudos realizados em contexto escolar evidenciam que uma franja da população escolar inicia os consumos de SPA nesta faixa etária, constatando-se mesmo já alguns padrões de consumo preocupantes (SICAD, 2013b).

Segundo os resultados do ECATD (2011), realizado entre os estudantes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, o início do consumo de substâncias psicoativas variava em função do sexo, do tipo de substância e idade dos inquiridos, à semelhança da etapa anterior (SICAD, 2013b).

A *cannabis* era a substância ilícita mais precocemente consumida; o início do consumo desta substância ilícita entre os 10-12 anos atingia os valores máximos de 2,5% nos rapazes e 1,7% nas raparigas, e o início entre os 13-15 anos atingia os valores máximos de 19,2% nos rapazes e 13,7% nas raparigas. Por outro lado, a cerveja era a bebida alcoólica mais precocemente consumida, e o início do consumo desta bebida em idades entre os 10-12 anos atingiam os valores máximos de 24% nos rapazes e 21% nas raparigas (SICAD, 2013b), enquanto o início entre os 13-15 anos atingiam os valores máximos de 45% nos rapazes e 46% nas raparigas. Ainda de acordo com os resultados deste estudo, cerca de 4,4% e 8,4% dos estudantes de 13 e 14 anos respetivamente, já tinham tido pelo menos uma experiência de consumo de substâncias ilícitas, sendo as prevalências de consumo de *cannabis* ao longo da vida e nos últimos 12 meses respetivamente de 2,3% e 1,5% nos 13 anos e de 5,6% e 4,8% nos 14 anos.

As prevalências de consumo ao longo da vida de outras substâncias ilícitas que não *cannabis* eram de 3,4% e 5,9% nos 13 anos e 14 anos, respetivamente. Em relação ao consumo de álcool, cerca de 37% e 55% dos estudantes de 13 e 14 anos, já tinham tido pelo menos uma experiência de consumo, sendo que as prevalências de consumo nos últimos 12 meses eram de 27% e 45%, por essa ordem. Quanto ao consumo de medicamentos, cerca de 7,9% e 11,6% dos estudantes de 13 e 14 anos, já tinham tido pelo menos uma experiência de consumo. Registam-se também nestas idades alguns padrões de consumo muito preocupantes, como por exemplo, o consumo de substâncias ilícitas por via endovenosa ao longo da vida (0,7% nos 13 anos e 0,5% nos 14 anos) e as prevalências de embriaguez ao longo da vida (8,2% nos 13 anos e 15,8% nos 14 anos) e nos últimos 12 meses (5,6% nos 13 anos e 13% nos 14 anos) (SICAD, 2013b).

As prevalências de consumo são tendencialmente superiores na população escolar em comparação com a população em geral (SICAD, 2013a).

Os dados disponíveis relativos à população escolar, em particular aos alunos do ensino secundário, permitem observar uma tendência decrescente nas prevalências de consumo. A prevalência de fumadores varia com o grau de escolaridade, observando-se menores prevalências nos homens mais escolarizados, ao invés de maiores prevalências nas

mulheres com maior escolaridade. As pessoas desempregadas revelam frequências de consumo de tabaco superiores à restante população (DGS, 2011).

Em 2011, em Portugal, 9% dos alunos já tinha experimentado cannabis (cerca de 30.000), continuando esta a ser a droga dominante. A experimentação das “outras drogas” manteve-se aos níveis de 2006 (menor que há 10 anos): *ecstasy*, anfetaminas e cocaína, 2% e as restantes 1%, cada.

No mesmo ano, o consumo recente de tabaco na região Norte (29%) estava ao nível da média nacional (28%). A maior prevalência ocorreu na Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUT) do Douro (35%) e a menor (25%) no Minho Lima e em Entre Douro e Vouga. Quanto à evolução de 2006 para 2011, é notório o aumento destas prevalências em todas as NUTS desta região. Em 2011, apresentavam consumos recentes de tabaco, cerca de 35000 alunos do 3.º Ciclo do Ensino Básico.

O consumo recente de *cannabis*, na região Norte (7%) situava-se na média nacional (8%). As maiores prevalências ocorreram no Douro (9%) e no Grande Porto (8%) e a menor (5%) em várias destas NUT III.

A população alvo do Inquérito Nacional Em Meio Escolar (INME), o 3.º CEB público (a frequentar ensino regular, profissional ou artístico especializado) era em 2011, de cerca de 330.000 jovens. O estudo tem representatividade assegurada para Portugal e para as regiões do Continente, Autónomas da Madeira e Açores (NUT I), Regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (NUT II), para as 28 sub-regiões do Continente, que constituem as NUT III, e para os concelhos das regiões da Grande Lisboa e do Grande Porto. Para cada nível de representação foram construídas amostras aleatórias, estratificadas por área geográfica e ano de escola. Globalmente foram inquiridos cerca de 33.000 alunos do 3.º CEB público e os resultados mostram que, nos últimos 5 anos, ocorreu um aumento das percentagens de consumidores de bebidas alcoólicas, tanto ao nível da experimentação como dos consumos recentes e atuais, acompanhado no entanto, pela descida da prevalência da embriaguez.

Quanto à evolução dos consumos atuais à data da recolha de dados (últimos 30 dias) são de destacar, o aumento contínuo de consumidores de cerveja, a estabilidade quanto às

bebidas destiladas ou espirituosas e, também, a estabilidade para apenas nos últimos 5 anos, do vinho. A percentagem de alunos que se tinham embriagado na altura dos estudos manteve-se (7%) e, em 2011 era igual à dos últimos 12 meses (cerca de 23.000). Em 2001 tinham consumos atuais de tabaco perto de 60 000 alunos do 3.º CEB.

A cocaína é a droga estimulante ilícita mais consumida na Europa, apesar de a maior parte dos consumidores estar concentrada num número relativamente pequeno de países. Estima-se que cerca de 2,2 milhões de jovens europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (1,7% desta faixa etária) terão consumido cocaína no último ano (OEDT, 2014).

Em Portugal Continental 20% da população com mais de 10 anos é fumadora. Segundo os inquéritos nacionais de saúde, 29,3% dos homens e 7,9% das mulheres com mais de 15 anos de idade referem ser fumadores.

Relativamente à idade de início, 6% referem ter começado a fumar depois dos 24 anos de idade, enquanto os restantes (94%) referem ter iniciado o consumo na adolescência, sendo 19% antes dos 15 anos de idade, 36% entre os 15 e os 17 anos de idade e 39% entre os 18 e os 24 anos de idade.

Comparando os números obtidos pelos Eurobarómetros de 2006 e 2009 realizados na União Europeia podemos obter alguns dados importantes. No ano 2006, 32% era o número de fumadores com mais de 15 anos, sendo 37% homens e 27% mulheres. Desses fumadores 20,8% fumavam diariamente, sendo 30,6% homens e 11,6% mulheres. A faixa etária com maior número de fumadores era a que incluía jovens adultos entre os 25 e os 34 anos de idade (39% homens e 17,6% mulheres). No ano de 2009, a percentagem de fumadores na União Europeia com mais de 15 anos desceu ligeiramente centrado-se nos 29%, dos quais 35% eram homens e 25% mulheres.

Comparando os dados relativos a Portugal e à União Europeia apresentados pelos Eurobarómetros de 2006 e 2010, em Portugal no ano de 2006, 64% dos portugueses nunca tinha fumado, 24% eram fumadores e 12% eram ex-fumadores. Na União Europeia, no ano de 2006, os dados mostram-se um pouco diferentes embora a percentagem de fumadores em Portugal seja menor, 47% nunca tinham fumado, 32% eram fumadores e 21% ex-

fumadores. No ano de 2009 verifica-se uma redução dos números relativamente ao consumo de tabaco. Em Portugal, 64% dos portugueses nunca tinham fumado, 23% eram fumadores e 13% eram ex-fumadores. Na União Europeia, 49% dos inquiridos nunca tinham fumado, 29% eram fumadores e 22% eram ex-fumadores. Destes ex-fumadores, 27% eram do sexo masculino e 17% do sexo feminino.

Relativamente aos jovens, a prevalência dos rapazes fumadores em Portugal é menor do que a maioria dos países europeus no entanto, a prevalência das raparigas fumadoras é bastante elevada, aproximando-se do grupo de países com prevalência de adolescentes fumadores mais elevada.

Em onze anos decorridos pode-se constatar que nos diferentes países europeus da União Europeia a prevalência de fumadores/as na população adulta reduziu cerca de 2,5%, sendo atualmente de 32%. Entre 2002 e 2006 verificou-se um decréscimo na prevalência de fumadores em todos os países, exceto na Grécia que se manteve. Em países como Portugal, a Áustria e o Luxemburgo ocorreram decréscimos acentuados na prevalência de fumadores de cigarros.

Em Portugal de 2002 a 2006 ocorreu um decréscimo de 29% para 23% no número de fumadores contudo, entre 1987 e 2006 verificou-se um aumento de cerca de 2,4% de fumadores na população com mais de 15 anos. Na população masculina relativamente ao consumo de tabaco diário o decréscimo foi ligeiro (2,7%), mas nas mulheres registou-se um aumento na prevalência de fumadoras de 6,8%.

Os diversos estudos não são conclusivos sobre a evolução das prevalências de fumadores em Portugal. No entanto, existe diminuição sustentada de consumo de tabaco no 6.º e 8.º ano de escolaridade (DGS, 2011).

Com base no Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em 2005/2006, 19,7% dos residentes em Portugal, com idade igual ou superior a 10 anos, referiam ser fumadores atuais. Destes fumadores, 10,7% admitiam “fumar ocasionalmente” e 89,3% “diariamente”. A proporção de fumadores era maior na população masculina, 28,9%, a par de 11,2% na população feminina. A prevalência mais elevada era no grupo etário 35 a 44 anos, quer entre os homens, 44,6%, como entre as mulheres, 20,9% (DGS, 2011).

Considerando a população de 15 e mais anos de idade estudada nos quatro INS realizados, observa-se a propensão decrescente na proporção de fumadores diários atrás referida (18,4% em 1987; 17,3% em 1995/1996; 18,0% em 1998/1999; 17,2% em 2005/2006) (DGS, 2011).

Ainda na população com idade igual ou superior a 15 anos que respondeu ao INS 2005/2006, a prevalência de fumadores diários era de 27,6% nos homens e de 10,6% nas mulheres, enquanto os fumadores ocasionais constituíam 3,3% da população masculina e 1,2% da população feminina (DGS, 2011).

Segundo a mesma fonte, no sexo masculino, a prevalência mais elevada de fumadores verificou-se, em 2005/2006, na Região Autónoma dos Açores (31,0%) e a menor, na Região Centro (20,5%). Já no sexo feminino, a prevalência mais elevada verificou-se na Região de Lisboa e Vale do Tejo (15,4%) e a mais baixa, na Região Norte (7,6%). Em 2010, o estudo Infotabaco apresenta a estimativa de consumo diário do tabaco por região para Portugal Continental onde a estimativa pontual mais baixa foi observada para a região Norte e a mais elevada para o Algarve. Contudo, não existe evidência de heterogeneidade da prevalência de consumo diário de tabaco por região em Portugal Continental.

Utilizando os dados dos INS, observa-se uma tendência decrescente na idade de início do consumo de tabaco. Considerando a população residente que fumava diariamente em 2005, verificava-se que a maior parte tinha começado a fumar entre os 15 e os 19 anos de idade (55,6%), com maior evidência na população com menos de 25 anos (65,1%) e nas que tinham entre 25 a 44 anos (60,0%). Por outro lado, 33,0% da população idosa (65 e mais anos) fumadora em 2005, tinha iniciado o consumo com menos de 15 anos. As mulheres a partir dos 45 anos de idade iniciaram o consumo de tabaco em idades mais tardias, comparativamente aos homens do mesmo grupo etário. A maior parte dos homens a partir daquela idade iniciou o consumo de tabaco até aos 20 anos (74,9%), enquanto para as mulheres as proporções mais elevadas se registavam entre os 20 e os 24 anos, ou entre os 25 e os 29 anos nas mulheres idosas (65 ou mais anos) (DGS, 2011).

O projeto HBSC sobre os Comportamentos de Saúde das Crianças em Idade Escolar é um estudo realizado por múltiplos países em colaboração com a OMS na Europa. A população alvo deste estudo são os jovens que frequentam a escola, com idades de 11, 13 e 15 anos.

O inquérito foi realizado numa amostra representativa a nível nacional obtida em cada uma das três aplicações feitas em 2002, 2006 e 2010. Das muitas facetas inquiridas aos jovens em idade escolar uma que foi sempre incluída foi a questão relativa ao consumo de tabaco.

Em todos os níveis de ensino 6.º, 8.º e 10.º ano assistiu-se a uma redução para cerca de metade dos níveis de consumo verificados em 2002. No que respeita ao consumo de tabaco incluindo formas menos regulares de consumo, o padrão observado foi semelhante, com decréscimo substancial de 2002 para 2006 e alguma evolução de decréscimo sustentado sobretudo no grupo etário mais jovem (DGS, 2011).

No Relatório “Portugal – Programa de Saúde Prioritários em Números: Retrato a 15 de Setembro” apresentado pela DGS em 2014, analisaram a evolução entre 2001 e 2012 quanto aos consumos atuais de tabaco declarados (no “último mês”) e verifica-se um decréscimo do consumo nos grupos etários mais jovens, entre os 15 e os 44 anos mas uma ligeira subida nos restantes. No sexo masculino a descida dos consumos de tabaco foi transversal a todas os grupos etários contudo, no sexo feminino só se verificou no grupo etário dos 15 aos 34 anos (DGS, 2014b).

A maioria dos fumadores portugueses principiou o consumo entre os 12 e os 20 anos de idade e os principais fatores influenciadores foram os amigos, a curiosidade e vontade de novas experiências. Dados mais recentes afirmam um ampliação do consumo de tabaco entre os jovens em idades escolares, tendência que necessita de acompanhamento e reversão nos próximos anos (DGS, 2014a).

O estudo HBSC/OMS de 2014 revela que a maioria dos adolescente nunca experimentou tabaco ou álcool nem consumiu drogas no último mês.

Dos adolescentes que referiram ter consumido alguma SPA, a média de idades para experimentação de tabaco ou álcool foi de 13 anos e para embriaguez ou outras drogas foi de 14 anos. Relativamente ao uso de SPA experimentado pelos adolescentes estes referem ter experimentado os solventes seguido da “marijuana” (*cannabis*/haxixe/erva).

O sexo feminino e os alunos do 10º ano de escolaridade são os que mais referem ter experimentado tabaco. Os alunos do 10º ano de escolaridade são também os que mais mencionam ter experimentado álcool e ter ficado embriagado, assim como ter

experimentado drogas no último mês, solventes e “marijuana” (*cannabis*/haxixe/erva) (Matos, Simões, Camacho, Reis, Equipa Aventura Social, 2014).

Dados Concelhios

No que concerne ao consumo de substâncias psicoativas, verificaram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem associados ao conhecimento sobre o consumo de drogas/substâncias, através do SAPE na ULSM (Figura 7).

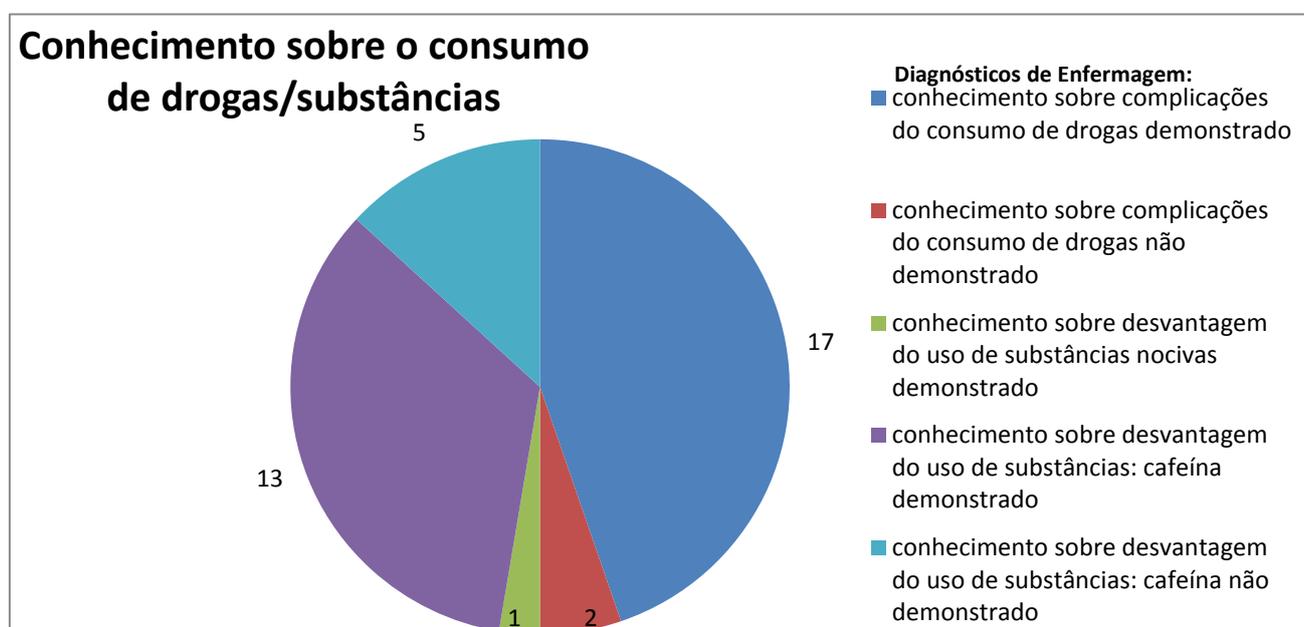


Figura 7- Diagnósticos de Enfermagem associados ao conhecimento sobre o consumo de drogas/substâncias- Dados extraídos do SAPE na ULSM

Apesar do número de diagnósticos de enfermagem levantados no SAPE ser muito inferior ao esperado, o conhecimento sobre desvantagens do consumo do álcool demonstrado é superior ao não demonstrado (Figura 8).

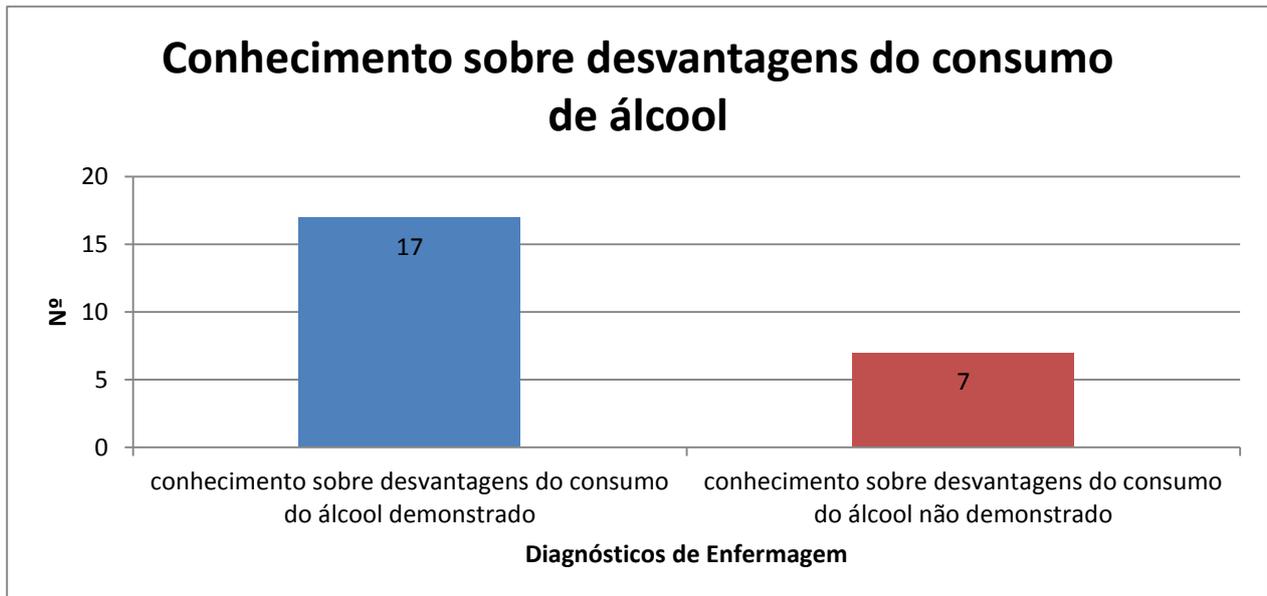


Figura 8- Conhecimento sobre desvantagens do consumo de álcool – Dados extraídos do SAPE na ULSM

Relativamente ao uso de drogas, verifica-se um número muito superior na ausência do uso de drogas (n=130) comparativamente ao uso de drogas pelos utentes (n=14) (Figura 9), assim como no uso de substâncias (Figura 10).

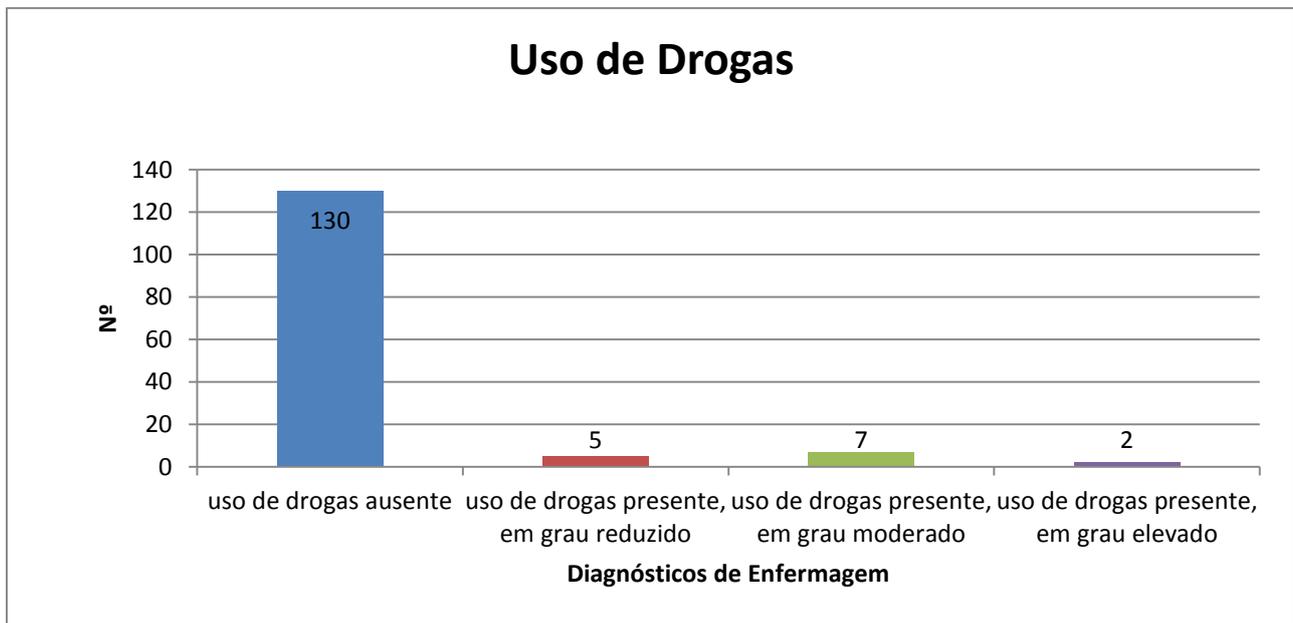


Figura 9- Diagnósticos de Enfermagem associados ao Uso de Drogas- Dados extraídos do SAPE na ULSM

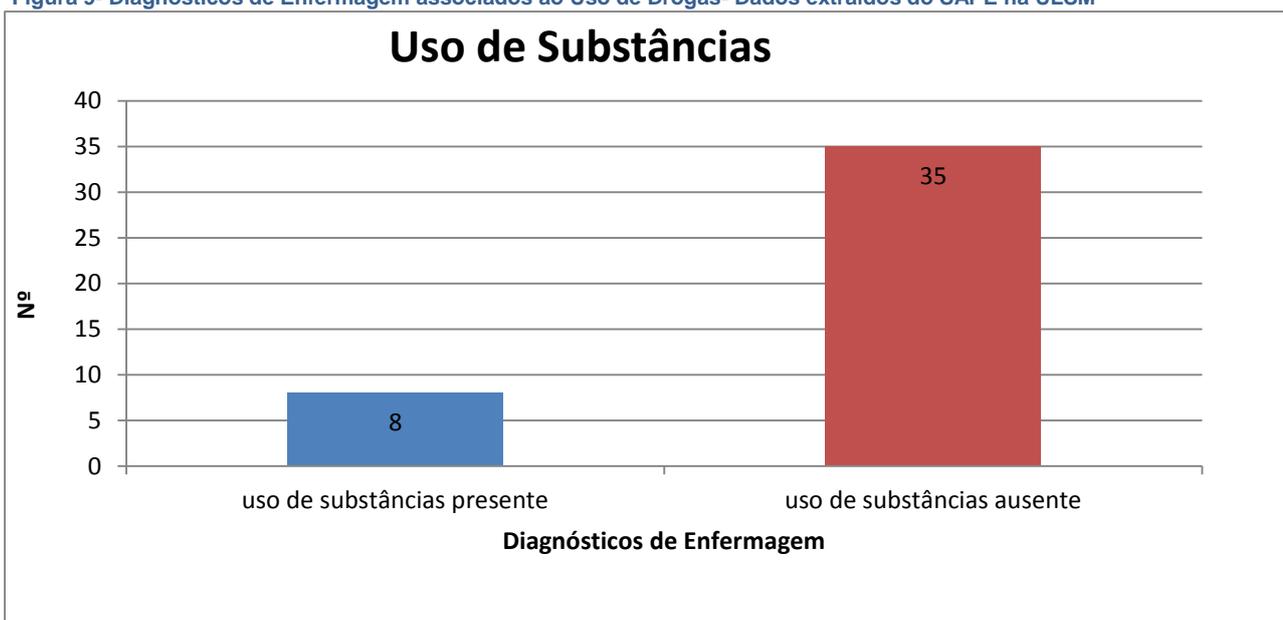


Figura 10- Diagnósticos de Enfermagem associados ao Uso de Substâncias- Dados extraídos do SAPE na ULSM

O uso de tabaco apresenta um número de diagnósticos de enfermagem associados muito superior ao das restantes SPA, sendo que o número de fumadores é preocupante: dos 1073 utentes com o Foco de Enfermagem Uso de Tabaco levantado, 543 são fumadores (Figura 11).

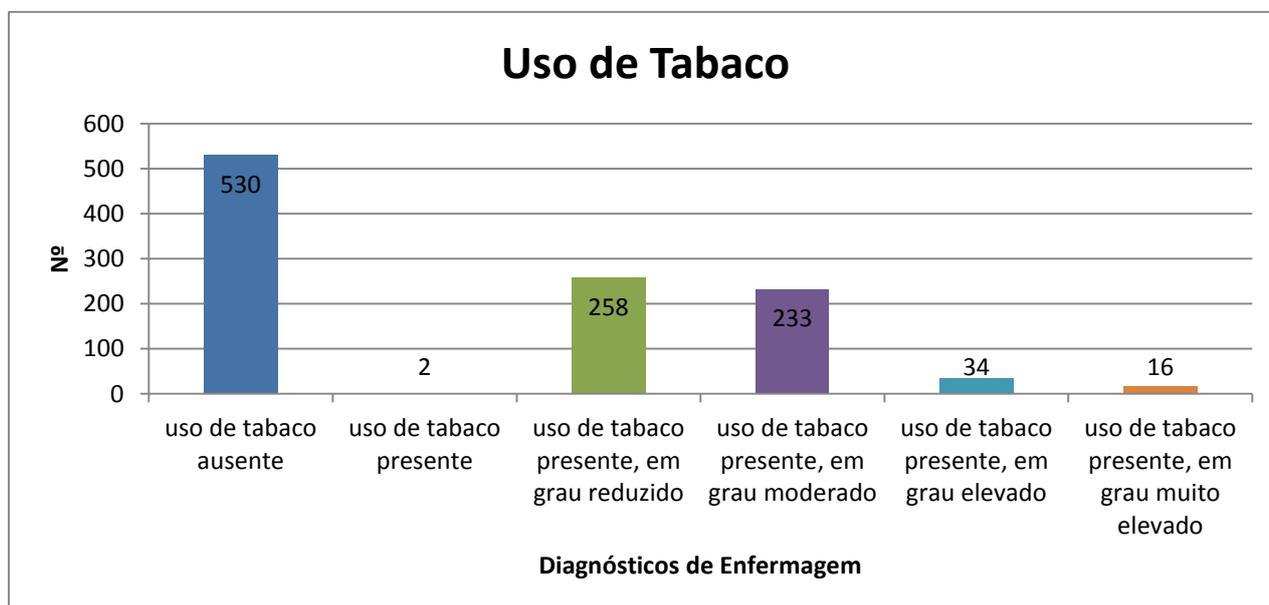


Figura 11- Diagnósticos de Enfermagem associados ao Uso de Tabaco- Dados extraídos do SAPE na ULSM

Os consumidores de álcool também apresentam um número muito superior ao dos que não consomem álcool (Figura 12).

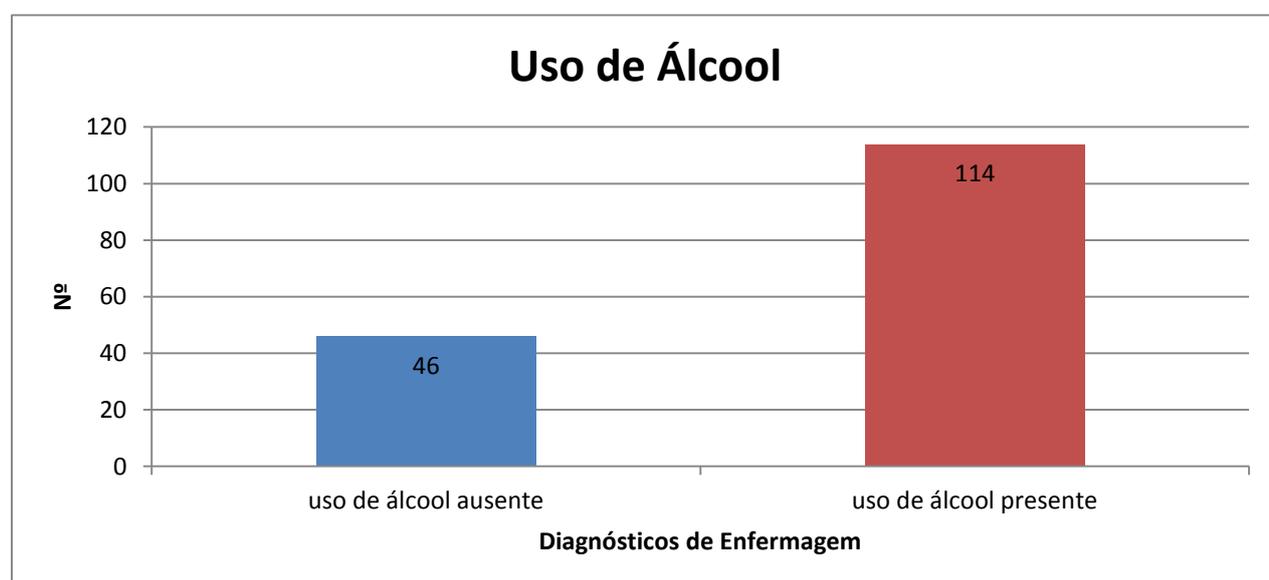


Figura 12- - Diagnósticos de Enfermagem associados ao Uso de Álcool- Dados extraídos do SAPE na ULSM

COMPORTAMENTOS ADITIVOS SEM SUBSTÂNCIA

Os dados existentes sobre os comportamentos aditivos sem substância são escassos.

DADOS NACIONAIS

Na fase de vida entre os 16-23 anos verifica-se atualmente uma forte tendência para que os jovens se iniciem no jogo a dinheiro pela via digital.

Segundo um estudo numa amostra de estudantes universitários portugueses, a taxa de jogo a dinheiro pela via digital verificada foi de 6,2% e a de jogo problemático apenas de 1,2% (Magalhães, Lopes, Dervensky, 2012 citados por SICAD, 2013b).

Considerando o jogo a dinheiro (totobola, totoloto, lotarias, jogos de cartas, raspadinha, euromilhões, jogos de dados, entre outros), verifica-se que em 2012, 50% dos jovens com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos jogaram a dinheiro, particularmente o euromilhões. Quanto aos 15-19 anos, é a faixa etária onde maioritariamente se iniciam os consumos de SPA e emergem padrões de consumo nocivos e abusivos (SICAD, 2013b).

O estudo HBSC/OMS de 2014 refere que mais de metade dos adolescentes (58,1%) visualiza entre uma a três horas de televisão durante a semana mas, ao fim de semana, cerca de metade dos adolescentes (46,9%) vê quatro ou mais horas de televisão. Os alunos do 8º ano de escolaridade são os que veem mais horas de televisão independentemente do dia da semana (Matos, Simões, Camacho, Reis, Equipa Aventura Social, 2014).

O mesmo estudo revela que, metade dos adolescentes (50,5%) joga computador meia hora ou menos durante a semana e cerca de um terço (39,5%) joga computador entre 1-3 horas, sendo os rapazes que ocupam mais tempo a jogar computador independentemente do dia da semana.

Em relação ao uso do telefone, a maioria dos adolescentes (85,1%) refere que utiliza menos de 10 vezes por dia, sem diferença entre géneros e ano de escolaridade e quanto ao nível de comunicação através de mensagens escritas, mais de um quarto dos adolescentes utiliza diariamente este tipo de comunicação com os amigos, sendo o sexo feminino o maior

utilizador e os adolescentes do 10º ano de escolaridade (Matos, Simões, Camacho, Reis, Equipa Aventura Social, 2014).

O estudo HBSC/OMS de 2014 revela que 67,9% dos jovens raramente usa o *e-mail* como veículo de comunicação, sem diferença entre géneros e grau de escolaridade. 40% dos adolescentes, sobretudo as raparigas e os jovens mais velhos que falam através de mensagens em tempo real como o *Facebook* semanalmente. Quanto à dependência da internet são os rapazes e os jovens do 8º ano que apresentam médias com valores superiores.



COMPORTAMENTOS DE RISCO ASSOCIADOS À SEXUALIDADE

Infeções sexualmente transmissíveis na adolescência

Dados Internacionais

Segundo o Relatório Anual Epidemiológico do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) de 2011, neste ano foram reportados 39.179 casos, o que representa um rácio de 12,6 por 100.000 habitantes.

O país com mais casos reportados foi o Reino Unido com 23.183 casos. Relativamente às idades dos infetados, a maioria dos indivíduos do sexo masculino apresentava-se no intervalo de idades entre 20-24 anos enquanto as mulheres encontravam-se no intervalo entre os 15 e os 24 anos de idade.

Segundo o mesmo Relatório do ECDC no ano de 2011 foram reportados 19.798 casos de sífilis, o que apresenta um rácio de 4,9 por 100.000 habitantes. Esta Infeção Sexualmente Transmissível (IST) verificou-se ser mais comum nos homens do que nas mulheres com um rácio de 7,5 e 1,9 por 100.000 habitantes, respetivamente. 42% dos casos reportados em homens ocorreu em indivíduos que mantinham relações sexuais com outros homens e 16% dos casos reportados ocorreram em indivíduos com idades entre os 15 e os 24 anos de idade. No entanto, a maioria ocorreu em pessoas com 25 anos ou mais (ECDC, 2013).

O país com mais casos reportados foi a Alemanha com 3694 casos (rácio de 4,52 por 100.000 habitantes).

A clamídia é a IST mais reportada na Europa. Em 2011 foram referenciados pelos diferentes países da União Europeia 346.911 casos confirmados, o que representa um rácio de 175 por 100.000 habitantes. No entanto, a incidência poderá ser mais elevada uma vez que são muitos os indivíduos assintomáticos. A Clamídia é mais comum em jovens com idades entre os 15 e os 24 anos, sendo mais prevalente nas raparigas (ECDC, 2009). Nos rapazes esta infeção é mais prevalente no intervalo de idades entre 20 e os 24 anos. O Reino Unido é uma vez mais o país com mais casos detetados (213.398 casos).

No ano de 2011 o rácio de infetados por Hepatite A foi de 2,51 por 100.000 habitantes (ECDC, 2010). Esta IST verificou-se ser mais comum em crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 14 anos de idade. O país com mais casos reportados foi a Bulgária com 5587 casos (rácio de 74,45 por 100.000 habitantes) seguida da Roménia com 2581 casos detetados (rácio de 12,05 por 100.000 habitantes).

Em 2011 o número de casos reportados de Hepatite B foi de 17.276 o que representa um rácio de 3,5 por 100.000 habitantes (ECDC, 2013). Destes casos 16,4% foram novos casos (2832) e 62,8% eram casos crónicos. A via de transmissão mais comum ocorreu de mãe para filho (67,3%), seguida do uso de drogas injetáveis (13,4%) e da transmissão por via homossexual (10,3%). Novamente o Reino Unido surge no topo da lista dos países com maior número de infetados com Hepatite B com 7876 novos casos (rácio de 14,0 por 100.000 habitantes).

Em 2011 o número de casos reportados de Hepatite C foi de 30.373 casos, representando um rácio de 7,9 por 100.000 habitantes. Destes casos 1,4% foram novos casos (440), 10,5% eram casos crónicos (3174) e 80,6% foram classificados com causa desconhecida (24.493). A via de transmissão mais comum ocorreu devido ao uso de drogas injetáveis (78,1% de todos os casos) (ECDC, 2013).

A mesma fonte relata que em 2011 o número de novos casos de VIH/SIDA foi de 28.038 o que representa um rácio de 5,7 por 100.000 habitantes. Destes casos 39% foram diagnosticados em homossexuais, 36% por contacto heterossexual e 5% devido ao uso de

drogas injetáveis. As idades mais comuns da deteção desta infeção abrangem o intervalo entre os 25 e os 44 anos de idade. O Reino Unido encontra-se no topo da lista dos países europeus com mais sinalizações tendo no ano de 2011 um rácio de 10,0 por 100.00 habitantes (6271 novos casos), seguido da França com 4075 novos casos. A taxa de mortalidade e de incidência por VIH/SIDA permanecem elevadas no contexto europeu (DGS 2014b).

Dados Nacionais

Cruzeiro *et al* (2010) publicaram um estudo realizado numa amostra de adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e aos 18 anos. Estes autores estudaram os comportamentos sexuais de risco associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo.

Dos 960 adolescentes incluídos no estudo, 53,4% já tinham iniciado a sua vida sexual, sendo na sua maioria do sexo masculino. Quanto ao número de parceiros nos últimos 12 meses 67,3% relataram ter tido um parceiro e 32,7% dois ou mais.

Quando questionados acerca do uso regular de preservativo nas últimas três relações sexuais 56,3% relataram usar sempre. No entanto as raparigas apresentaram um risco mais elevado (21%) por usarem o preservativo apenas ocasionalmente nas últimas três relações sexuais.

O estudo HBSC/OMS de 2014 revela que a maioria dos adolescentes referem não ter relações sexuais e os que mencionaram que sim, afirmam que a sua primeira relação foi aos 14 anos de idade ou mais tarde, tendo usado preservativo na primeira e última relação sexual. Importa reter que mais de um terço dos adolescentes que afirmam ter tido relações sexuais não usaram o preservativo referindo não ter pensado nisso como principal motivo sendo que, os outros motivos mencionados foram não terem os preservativos consigo, os preservativos serem muito caros ou terem bebido álcool em excesso.

São os rapazes e jovens do 10º ano de escolaridade que mencionam de forma mais frequente já terem tido relações sexuais, sendo as raparigas e os jovens do 10º ano de

escolaridade que referiram o uso de preservativo na primeira e última relação sexual (Matos, Simões, Camacho, Reis, Equipa Aventura Social, 2014).

Segundo o Relatório Epidemiológico Anual de 2011 do ECDC, em Portugal no mesmo ano foram reportados 111 casos de IST representando um rácio de 1,07 por 100.000 habitantes.

31

Até 2009 não existem dados portugueses de registo de Clamídia (ECDC, 2009). Em 2011 foi reportado ao ECDC por Portugal:

- 159 casos de Sífilis, representando um rácio de 1,49 por 100.000 habitantes;
- 12 casos de Hepatite B representando um rácio de 0,11 por 100.000 habitantes;
- 26 novos casos de Hepatite B, traduzindo-se num rácio de 0,2 por 100.000 habitantes;
- 45 novos casos de Hepatite C, traduzindo-se num rácio de 0,4 por 100.000 habitantes;
- 902 novos casos de VIH/SIDA, revelando-se num rácio de 8,5 por 100.000 habitantes.

Desde o início da epidemia do VIH/SIDA em Portugal, 74% dos casos ocorreram no grupo etário entre os 20 e os 44 anos, contudo, acima dos 49 anos o número de casos revela 14,4% do número total de casos notificados nesta faixa etária. À semelhança de outros países ocidentais verifica-se em Portugal que, a proporção de casos neste grupo etário apresenta um aumento significativo e em 2013 correspondeu a mais de 20% do total de novos casos notificados (DGS, 2014c).

Em Portugal, o número de novos casos, a taxa de mortalidade e o número de anos potenciais de vida atribuídos à infeção por VIH/SIDA apresentam um decréscimo expressivo nos últimos anos no entanto, subsiste como uma das principais causas de morte em Portugal (DGS, 2014b).

Dos dados laboratoriais recolhidos na ULSM reportam-se ao número de novos casos desde 2009 até 2013:

- 19 casos de IST por *Neisseria gonorrhoeae*;
- 112 casos de IST por *Chlamydia trachomatis*.

A taxa de incidência de VIH/SIDA na população de Matosinhos apesar de ter vindo a diminuir ao longo dos anos, apresentando um valor de 10/100 mil habitantes em 2010, a taxa de incidência média anual de VIH/SIDA foi a segunda mais elevada dos ACES do Norte de Portugal (Tabela 2)

Tabela 2- Evolução da taxa de incidência (/100 000 habitantes) da infeção VIH/SIDA (Fonte: ARS Norte) (Unidade de Saúde Pública

Local de Residência	2001	2004	2007	2010
Portugal	23,8	20,1	18,1	9,6
Região Norte (NUT II)	18,0	16,8	15,3	10,0
ULS Matosinhos	40,0	29,8	26,0	10,0

da ULSM 2014)

Dos dados concelhios recolhidos no SAPE, em relação aos diagnósticos de enfermagem associados ao conhecimento sobre sexualidade apenas 14 utentes apresentam este conhecimento não demonstrado (Figura 13) e relativamente ao conhecimento sobre o uso de contraceptivos, o conhecimento é demonstrado em 544 utentes comparativamente aos 194 utentes com este conhecimento não demonstrado (Figura 14).

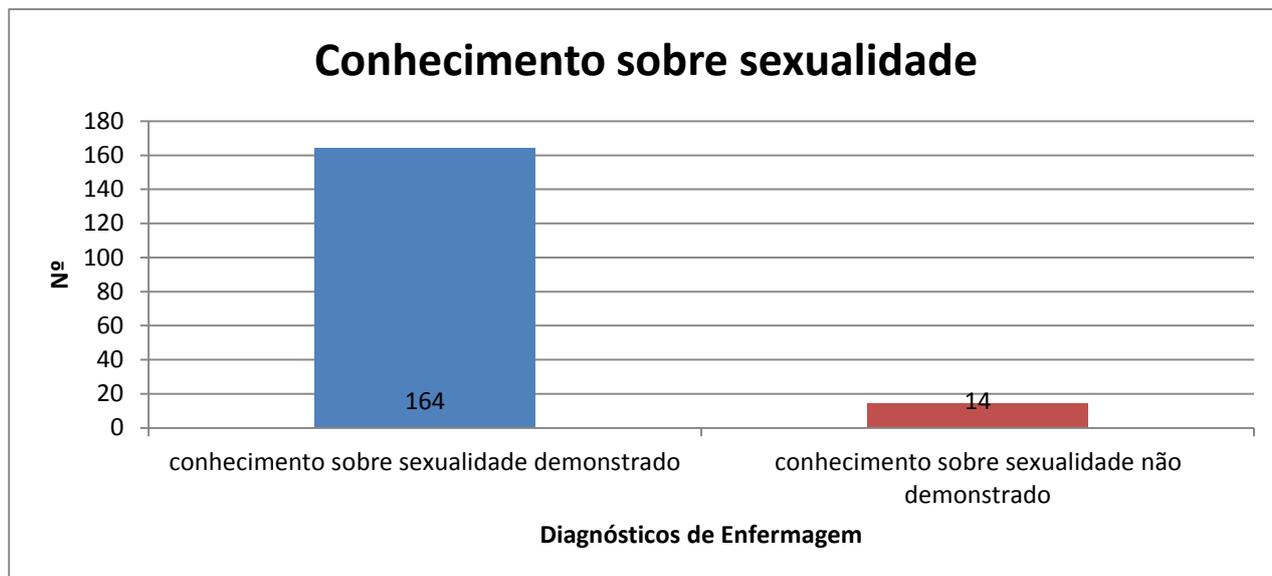


Figura 13- Diagnósticos de Enfermagem associados ao conhecimento sobre sexualidade- Dados extraídos do SAPE na ULSM

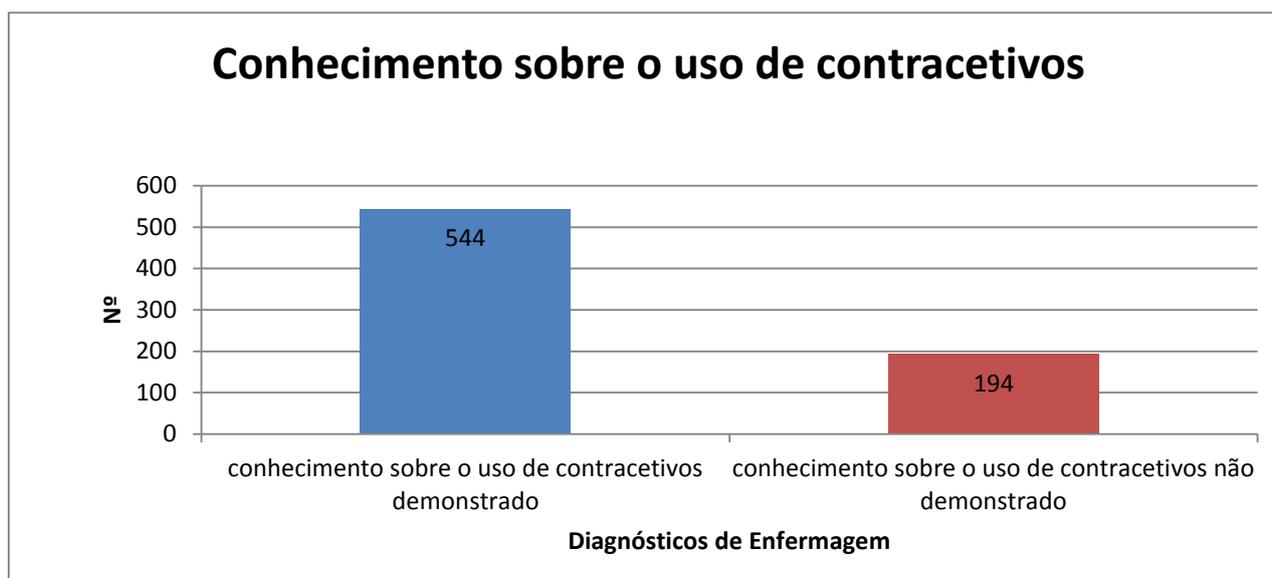


Figura 14- Diagnósticos de Enfermagem associados ao conhecimento sobre o uso de contraceptivos- Dados extraídos do SAPE na ULSM

Os diagnósticos de enfermagem no Foco de Enfermagem Uso de Contraceptivos obtidos podem ser observados na Figura 15.

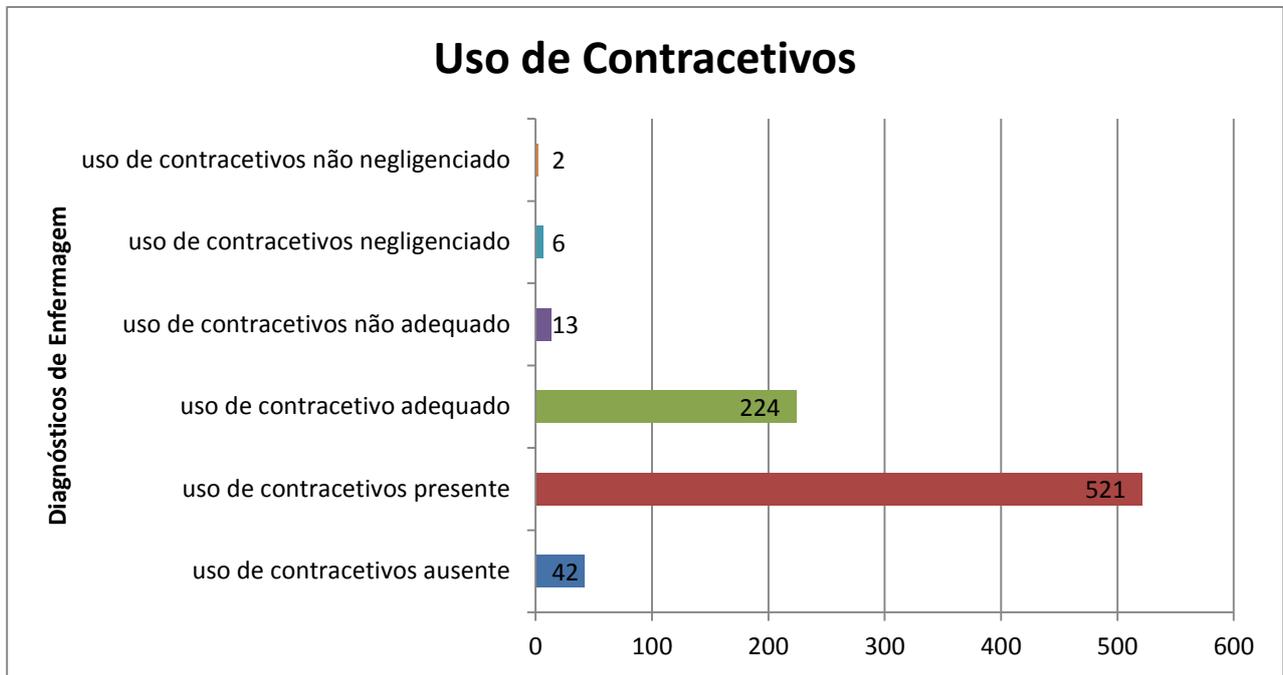


Figura 15- Diagnósticos de Enfermagem associados ao Uso de Contraceptivos- Dados extraídos do SAPE na ULSM

Gravidez na adolescência

Dados Nacionais

Em Portugal a gravidez precoce tem apresentado um decréscimo significativo, tendo descido de 12% para 4% nos últimos 30 anos, no entanto a entrada em vigor da Lei nº 16/2007 de 17 de Abril que contempla a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) por opção da mulher pode estar a influenciar também estes resultados.

Em 2009 a taxa de gravidez na adolescência foi de 15,5‰ sendo a taxa de gravidez geral de 38,7‰. Comparativamente ao ano de 2000 a taxa de gravidez na adolescência reduziu, já que em 2000 a taxa se fixava nos 22‰.

Segundo a DGS (2014d), em 2013 foram realizadas 17.964 IVG's, sendo que a IVG nas primeiras 10 semanas constituiu cerca de 97% do total realizado. Relativamente ao grupo etário, a maioria das IVG's ocorreram em mulheres com idades entre os 20 e os 24 anos de idade, enquanto as adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade apresentaram uma taxa de IVG de 10,2%. A maioria destes procedimentos foi realizada na região do Litoral e Vale do Tejo (55,7%), seguida da região Norte. A região com menor nº de IVG é a região autónoma dos Açores com um apenas uma interrupção voluntária em 2013.

Dados Concelhios

A proporção de nascimentos em mulheres com idade de risco, com idades inferiores a 20 anos apresentou um decréscimo no período 1996-2009, fixando-se em 3,8% do total de nascimentos ocorridos no triénio 2009-2011 (Tabela 3).

	96-98	97-99	98-00	99-01	00-02	01-03	02-04	03-05	04-06	05-07	06-08	07-09	08-10	09-11
Continente	6,6	6,3	6,2	6,0	5,8	5,6	5,3	5,0	4,8	4,6	4,4	4,3	4,1	3,9
Região Norte	6,1	6,0	5,8	5,8	5,7	5,5	5,3	5,1	4,9	4,7	4,4	4,2	3,9	3,7
ULS Matosinhos	5,7	6,0	6,3	6,7	6,8	6,4	5,6	5,2	5,0	4,9	4,6	4,5	4,1	3,8

Tabela 3- Proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (%), 1996-2011 (média anual por triénio) (Fonte: ARS Norte) (Unidade de Saúde Pública da ULSM 2014)

Verifica-se um decréscimo do número de nados-vivos que é transversal ao país, ao Norte de Portugal e ao concelho de Matosinhos contudo o número mantém-se elevado (Tabela 4 e Figura 16).

36

Nados Vivos por idade das mães (10-19 anos)			
Ano	Continente	Matosinhos	Norte
1995	7315	109	2687
1996	7165	93	2629
1997	6970	114	2705
1998	6777	105	2570
1999	6701	116	2528
2000	6813	128	2602
2001	6236	135	2353
2002	6101	116	2336
2003	5551	95	2052
2004	5264	88	1947
2005	4983	91	1852
2006	4438	82	1623
2007	4369	82	1548
2008	4132	78	1381
2009	3927	72	1371
2010	3726	62	1182
2011	3331	60	1061
2012	3051	41	959
2013	2587	42	756

Tabela 4- Nº de nados vivos por idade das mães (10-19 anos) - Dados da ULSM

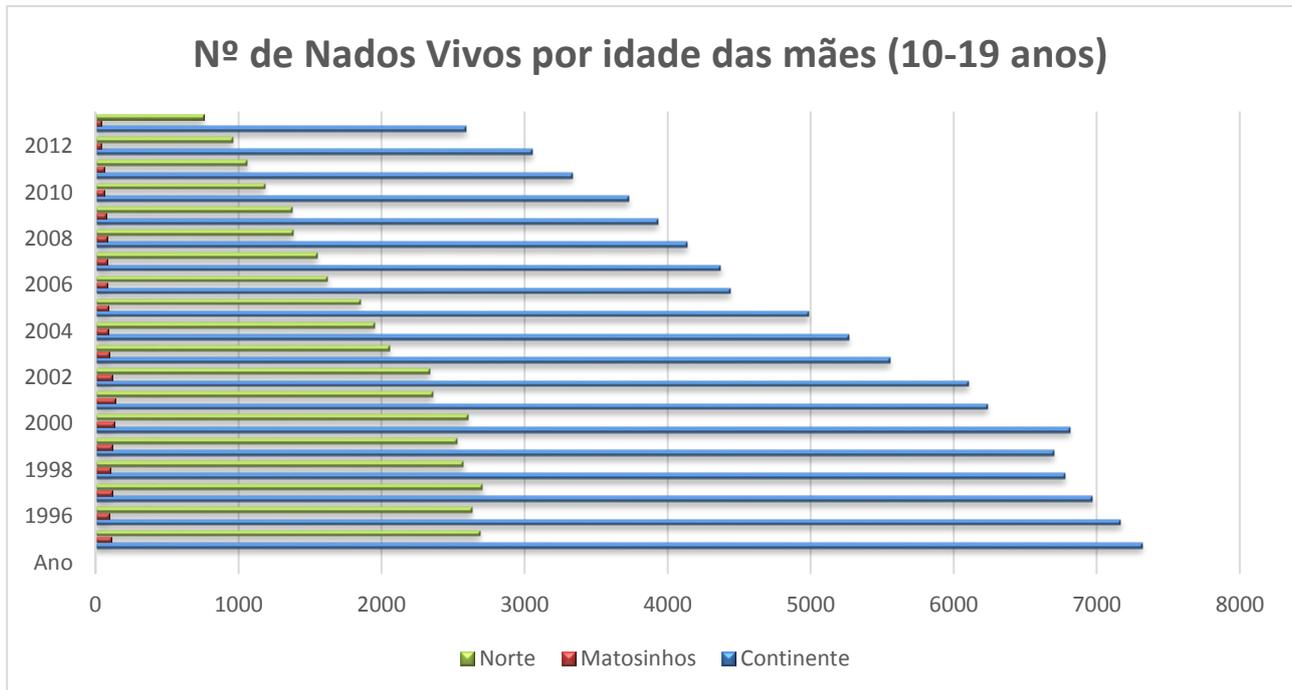


Figura 16- Nº de nados vivos por idade das mães (10-19 anos) - Dados da ULSM

Nas figuras 17 e 18 é possível observar os diagnósticos de enfermagem obtidos através do SAPE relativos ao conhecimento sobre prevenção de gravidez não desejada e conhecimento sobre o uso de substância na gravidez. Uma vez mais é possível verificar que existe uma subnotificação dos indicadores pretendidos para este projeto.

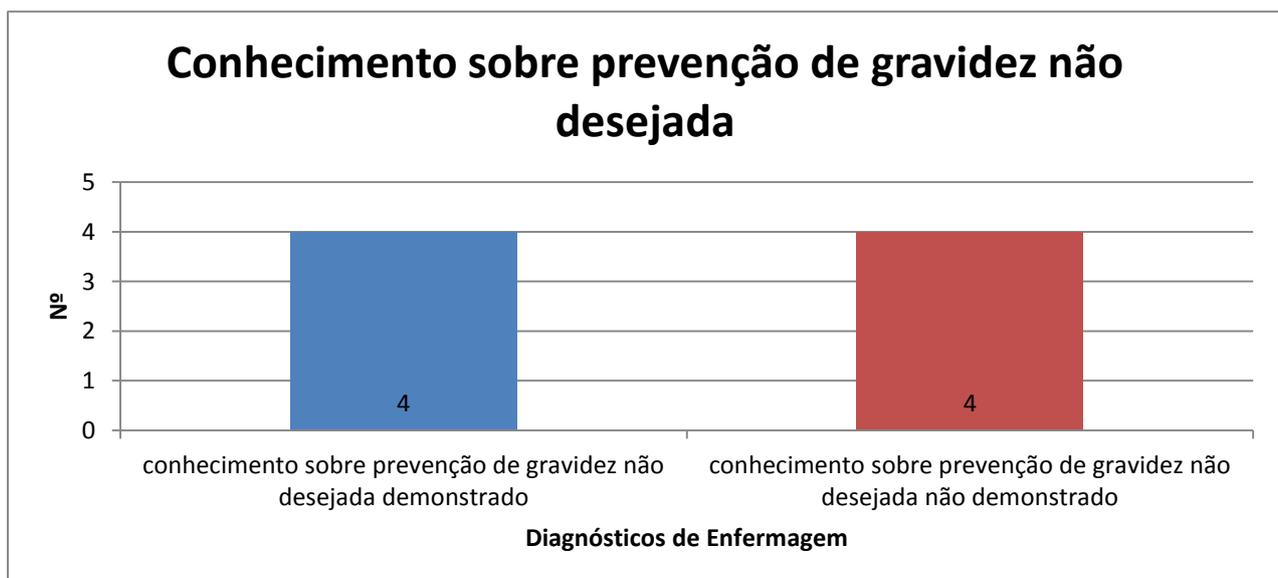


Figura 17- Diagnósticos de Enfermagem associados ao conhecimento sobre prevenção de gravidez não desejada-Dados extraídos do SAPE na ULSM

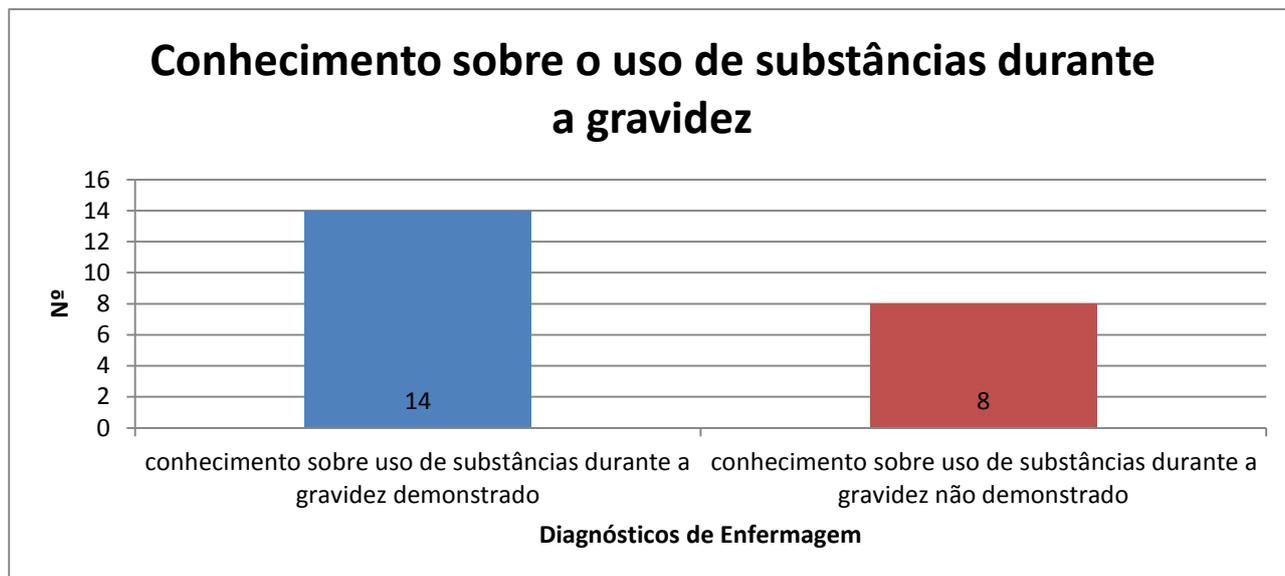


Figura 18- Diagnósticos de Enfermagem associados ao conhecimento sobre o uso de substâncias durante a gravidez- Dados extraídos do SAPE na ULSM

De acordo com o INE, foram efetuadas em Portugal no ano de 2012 15 647 IVG's legalmente efetuadas nos hospitais oficiais públicos sendo que em Matosinhos foram realizadas 194 IVG's (Figura 19).



Figura 19- N.º de IVG's legalmente efetuadas nos hospitais oficiais públicos em Portugal e Matosinhos em 2012 (INE)

Abuso na adolescência

Dados Concelhios

Dos dados extraídos das urgências do Hospital Pedro Hispano em 2013 (dados referentes a episódios de urgência sem mais descrição) por motivo de admissão na urgência verifica-se que dos 37 casos notificados existe 1 caso de violação aos 18 anos de idade e os casos de agressão aumentam nas idades entre os 18 e os 19 anos (Tabela 5 e Figura 20).



Motivo de admissão na urgência do Hospital Pedro Hispano (2013)		Agressão	Violação
Idade	10		
	11		
	12		
	13		
	14	2	
	15	2	
	16		
	17	2	
	18	16	1
	19	13	
	Total Geral	36	1

Tabela 5- Motivos de admissão na urgência do Hospital Pedro Hispano em 2013 em utente com idades entre os 10-19 anos de idade

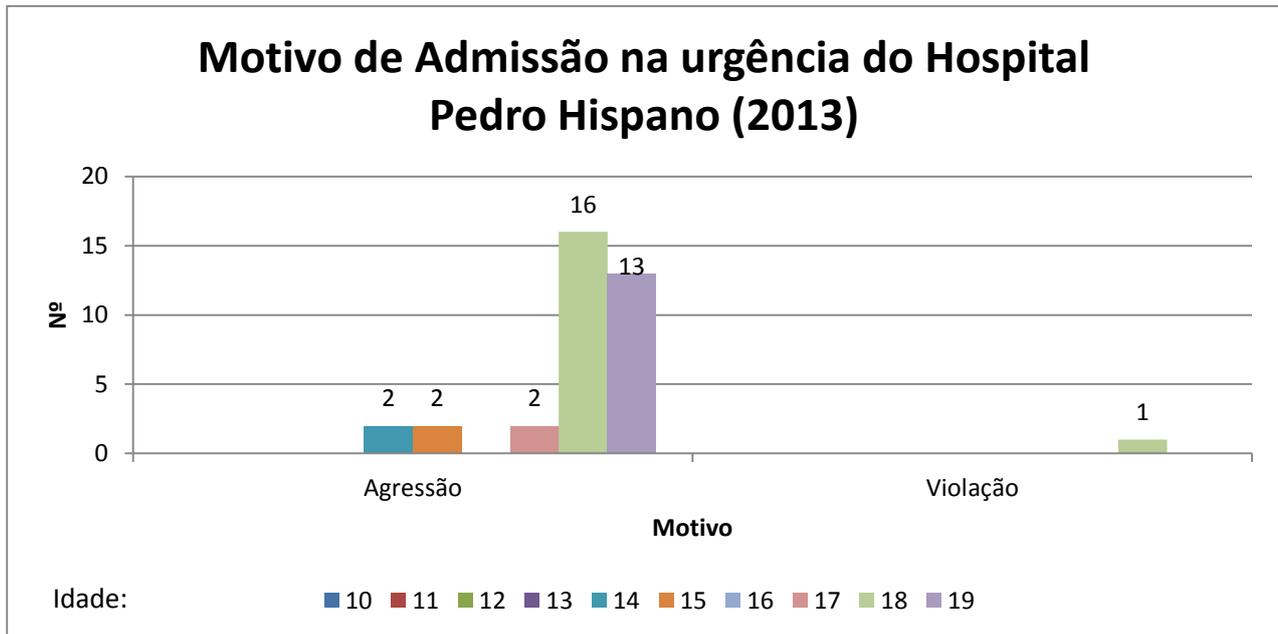


Figura 20- Motivo de admissão na urgência do Hospital Pedro Hispano em 2013 em utente com idades entre os 10-19 anos de idade

Nos dados extraídos do SAPE existe apenas um diagnóstico de enfermagem relacionado com o abuso na adolescência que é o bem-estar alterado relacionado com violência doméstica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALSA, C., VITAL, C. and URBANO, C., 2013, *III Inquérito ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012 (Relatório preliminar)*.

CRUZEIRO, ANA LAURA SICA SOUZA, Luciano Dias de Mattos, SILVA, RICARDO AZEVEDO DA PINHEIRO, RICARDO TAVARES ROCHA, Clarissa Lisbôa Arla da and HORTA, Bernardo Lessa, 2010, Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15. 2010.

DGS, 2011, *INFOTABAC RELATÓRIO - Primeira avaliação do impacte da aplicação da Lei do Tabaco*. Instituto Nacional de Saúde Dr.Ricardo Jorge.

DGS, 2014a, *Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2014*. Lisboa.

DGS, 2014b, *Programas de saúde prioritários em números – 2014: Retrato a 15 de Setembro*.

DGS, 2014c, *Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2014*. Lisboa.

DGS, 2014d, *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2013*. Lisboa.

ECDC, 2009, *ECDC GUIDANCE: Chlamydia control in Europe*. Stocolm.

ECDC, 2010, *Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies*. Stocolm.

ECDC, 2013, *Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data*. Stocolm.

IDT, 2006, *Relatório Anual 2005: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodpendências*. Lisboa : IPDT.

INE, [no date], *GraficoINE IVG Matosinhos2.pdf*. [online]. [Accessed 14 November 2014]. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

INE, 2013, População Residente. [online]. 2013. [Accessed 27 December 2014]. Available from:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3



MATOS, Margarida Gaspar, SIMÕES, Celeste, CAMACHO, Inês, REIS, Marta and EQUIPA AVENTURA SOCIAL, 2014, *A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do Estudo HBSC 2014*.

OEDT, 2014, *Relatório Europeu sobre Drogas 2014: Tendências e evoluções*. Luxemburgo : Serviço de Publicações da União Europeia. ISBN 978-92-9168-707-7.

SICAD, 2013a, *Rede de Referenciação/ Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. Lisboa. ISBN 978-972-9345-84-5.

SICAD, 2013b, *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa.

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA ULSM, 2014, *Diagnóstico de Saúde da População do concelho de Matosinhos, Março de 2014*. Matosinhos, Portugal.

Anexo C Ficha do Projeto Decidir para Agir

A. PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR:			
1. Programa/Projeto	Identificação		Projeto “Decidir para Agir”
	Responsável pelo Projeto		Unidade de Saúde Pública ULSM/ Centro de Investigação em Enfermagem do ICS – Porto – Universidade Católica Portuguesa
	Data da Elaboração		Dezembro/2014
	Data de Entrada em Funcionamento		Junho/2014
	Entidade Proponente		Unidade de Saúde Pública ULSM/Centro de Investigação em Enfermagem do ICS – Porto – Universidade Católica Portuguesa
	Entidade Executadora		Unidade de Saúde Pública ULSM/ Centro de Investigação em Enfermagem do ICS- Porto- Universidade Católica Portuguesa/Equipas de Saúde Escolar das UCC's
	Data de Atualização		Dezembro/2014
	Fundamentação:		<p>Entre todos os setores que desempenham papéis críticos na saúde dos adolescentes, a educação é fundamental (OMS, 2014). A escola é um <i>setting</i> de excelência na promoção de padrões de comportamentos saudáveis ao longo da vida. Os encarregados de educação e os docentes desempenham um papel fundamental na proteção da saúde e no desenvolvimento dos adolescentes no âmbito de uma série de comportamentos e condições.</p> <p>A educação para a saúde no contexto escolar engloba estratégias de ensino e experiências de aprendizagem que oferecem aos alunos a oportunidade de adquirir os conhecimentos e habilidades e desenvolver atitudes necessários para a tomada de decisões promotoras da sua saúde e da saúde dos outros, no seu projeto de vida. O projeto de vida é uma dimensão da intervenção no contexto comunitário, que permite promover tomadas de decisão saudáveis em múltiplos contextos dos percursos pessoais. Segundo a OMS (1998, cit. por EDEX, 2004, p.7), competências para a vida são capacidades para adotar um comportamento adaptativo e positivo que permite aos indivíduos abordarem com eficácia as exigências da vida quotidiana.</p> <p>A educação para a saúde é mais eficaz se ensinada por docentes qualificados e treinados (CDC, 2013) e os adolescentes necessitam de estar envolvidos nas decisões e nas ações (OMS, 2014).</p> <p>Os programas que abordam várias</p>

			<p>competências de vida, são eficazes na prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente, do consumo de substâncias psicoativas na adolescência (Wagner & Oliveira, 2007) e a sua abordagem deve ser centrada na formação dos docentes e em medidas centradas na família para melhorar as competências parentais e destinadas a melhorar a participação dos estudantes e a promover uma cultura de escola positiva (OEDT, 2014). Intervenções efetivas neste contexto assentam na implementação de projetos com base no desenvolvimento de competências para a vida e que capacitam a comunidade educativa para a gestão da saúde enquanto fator de proteção (DGS, 2014).</p> <p>A saúde dos adolescentes é um fator importante segundo uma perspetiva a longo prazo ao nível da saúde pública porque adolescentes saudáveis serão também adultos mais saudáveis (OMS, 2014). O empoderamento dos adolescentes permite melhorar mecanismos de tomada de decisão para a evicção de comportamentos de risco que se traduzem em indicadores de morbilidade e mortalidade no futuro [comportamentos aditivos de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos sem substância e comportamentos de risco associados à sexualidade (infecções sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e o abuso no namoro)] (OMS, 2014).</p> <p>A prevenção precoce destes comportamentos na infância é mais eficaz do que as tentativas de persuasão quando já estão consolidados na idade jovem ou durante a vida adulta. No entanto, os autores indicam que a intervenção nos adolescentes permite corrigir comportamentos que surgiram na primeira década (OMS, 2014).</p> <p>Um ambiente escolar positivo, no qual a criança/jovem se sente envolvido, seguro e reforçado, tem um papel importante e fundamental no desenvolvimento ajustado das crianças e jovens, nomeadamente na capacidade destes lidarem com o risco associado aos comportamentos aditivos e dependências. Torna-se assim fundamental fomentar e promover intervenções no meio escolar (SICAD,</p>
--	--	--	--

			<p>2013).</p> <p>Neste contexto emerge, no âmbito das competências para a vida, o projeto “Decidir para Agir”, que tendo por base o conceito de Pessoa descrito nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), prevê uma abordagem da população alvo nos processos intencionais (conhecimento, valores, crenças, atitudes), nos processos não intencionais (respostas fisiológicas) e nos processos de interação com o ambiente (social, político, económico).</p> <p>Assim, como contributo para melhorar o diagnóstico de saúde da população jovem do Concelho de Matosinhos e sendo um dos objetivos específicos do Programa Nacional de Saúde Escolar (2014), o “Decidir para Agir” apresenta uma abordagem centrada na prevenção do consumo de substâncias psicoativas (SPA), nos comportamentos aditivos sem substância e nos comportamentos associados à sexualidade e prevê uma abordagem do Foco de Enfermagem Gestão Comunitária, de acordo com os critérios diagnósticos propostos por Melo, Figueiredo, & Borges (2012), que incluem a abordagem de três dimensões diagnósticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Processo de Tomada de Decisão</u>: “processos mentais para determinar o curso de ação, baseados na informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos”; 2. <u>Papel Profissional</u>: “interagir de acordo com as responsabilidades dos deveres profissionais; comportamentos esperados em conformidade com os requisitos profissionais; interiorizar a expectativa mantida pelos empregados e empregadores, colegas, organizações e sociedade relativamente ao comportamento apropriado ou inapropriado do papel profissional”; 3. <u>Papel Parental</u>: “interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da
--	--	--	--

			<p>família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente (CIPE, versão 2.0).</p> <p>Nos três domínios da Gestão Comunitária, os critérios diagnósticos associam-se à <u>dimensão cognitiva</u> (conhecimento e/ou aprendizagem de habilidades), à <u>dimensão atitudinal</u> (crenças, valores e atitudes) e à <u>dimensão comportamental</u> (adesão) (Melo, 2012).</p> <p>Com base no conceito de empoderamento comunitário (Laverack, 2008), o projeto descreve-se como <i>bottom-up</i>, ou seja, é um estudo que envolve as pessoas no seu processo e estruturação, sendo desenvolvido segundo as suas necessidades reais, permitindo determinar indicadores de processo, no sentido de concretizar metas/objetivos e indicadores de resultado com o objetivo do empoderamento da comunidade, utilizando como referencial o Modelo de Empoderamento Comunitário, proposto por Melo e Figueiredo (2012).</p> <p>Serão orientadores os documentos legais e normativas associadas comportamentos de risco associados à sexualidade (Lei nº 16/2007 de 17 de Abril, Lei nº 60/2009 e Portaria nº 196-A/2010 de 9 de Abril publicadas em Diário da República; Parecer Nº 109/2009 da Ordem dos Enfermeiros; Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA) e as orientações para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas e comportamentos aditivos sem substância (Lei nº 37/2007 de 14 de Agosto publicada em Diário da República; Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo; Programa Escolas Livres de Tabaco 2008; Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020).</p> <p>São documentos orientadores nos três domínios do projeto: Plano Nacional de Saúde 2012-2014; WHO, 2014: <i>Health</i></p>
--	--	--	--

				<p><i>for the World's Adolescents. A second chance in the second decade</i>; Programa Nacional de Saúde Escolar 2014; Plano Local de Saúde de Matosinhos 2011-2016.</p> <p>Na fase inicial do projeto prevê-se desenvolver uma análise epidemiológica dos indicadores associados ao consumo de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos sem substância e comportamentos sexuais, nos jovens entre os 10 e os 18 anos, que se prevê melhorarem no grupo que irá integrar o projeto.</p>		
Âmbito do Projeto						
	Área Geográfica Abrangida		Concelho de Matosinhos			
	População alvo		Crianças do primeiro CEB (3º ano) a acompanhar até ao 12º ano, Encarregados de Educação e Docentes.			
	Problema de Saúde que esteve na origem do projeto		<p>Segundo o Plano Local de Saúde para 2011-2016 da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), desenvolvido pela Unidade de Saúde Pública de Matosinhos, alguns dos principais problemas de saúde do Concelho de Matosinhos são o VIH/SIDA, as doenças atribuíveis ao álcool, a doença pulmonar obstrutiva crónica e os tumores malignos (traqueia, brônquios, pulmão, estômago, útero, entre outros.) (Unidade de Saúde Pública de Matosinhos, Plano Local de Saúde de Matosinhos 2011-2016).</p> <p>As principais causas de morte em Portugal em 2012 foram provocadas por doenças do aparelho circulatório (30,4%) e por tumores malignos (23,9%).</p> <p>Alguns dos principais determinantes das doenças crónicas não transmissíveis no país são o consumo de tabaco e de álcool (DGS, 2014).</p> <p>Sendo as principais doenças preveníveis na Europa o cancro, as doenças infecciosas [Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST's)] e dependências (álcool e drogas) e sendo comuns a alguns dos principais problemas de saúde do Concelho de Matosinhos, torna-se necessário intervir nestas áreas prioritárias nos projetos de promoção de saúde da USP de Matosinhos.</p>			
	Horizonte Temporal		Projeto Longitudinal (2014-2023)			
	Finalidade		Promover uma gestão comunitária eficaz para a promoção de competências para a vida promotoras de um projeto de vida saudável.			
Objetivos						
	Objetivos Específicos		<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma tomada de decisão eficaz nos alunos 1º Ciclo do Ensino Básico; • Promover um papel profissional efetivo nos docentes, promotor de competências de vida adequadas; • Promover um papel parental efetivo nos encarregados de educação, promotor de competências de vida adequadas. 			
Indicadores/ Fórmula	Diagnóstico de Saúde 2014	Metas 2014/2015	Resultados 2014/2015	Metas		
				2017	2020	2023
Taxa de Processo de Tomada de Decisão Eficaz: iValor	Taxa de Processo de Tomada de Decisão Eficaz em 10%	<ul style="list-style-type: none"> • Que 90% dos alunos (n=115) sejam capazes de identificar o 				

<p>correspondente à dimensão diagnóstica com menor percentagem de alteração, de entre as fórmulas:</p> <p>- Nº alunos com conhecimento efetivo sobre o corpo humano e sobre o vocabulário correto para denominar o corpo humano/ Nº total de alunos abrangidos;</p> <p>- Nº alunos com atitude facilitadora face à orientação sexual dos outros/ Nº total de alunos abrangidos;</p> <p>- Nº alunos com conhecimento sobre o comportamento face à utilização da internet, televisão, telemóvel, computador, <i>tablet</i>, jogos e redes sociais efetivo/Nº total de alunos abrangidos;</p> <p>- Nº alunos com conhecimento sobre os tipos de comportamentos aditivos sem substâncias efetivo/Nº total de alunos abrangidos;</p> <p>- Nº alunos com conhecimento sobre as consequências da utilização excessiva do computador, da televisão, da consola, do <i>tablet</i> ou do telemóvel efetivo/ Nº total de alunos abrangidos;</p> <p>- Nº alunos com atitude face à utilização do computador, da</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre o corpo humano e sobre o vocabulário correto para denominar o corpo humano efetivo em 10%; • Atitude face à orientação sexual dos outros facilitadora em 33%; • Conhecimento sobre o papel de género efetivo em 43%; • Conhecimento sobre os tipos de comportamentos aditivos sem substâncias efetivo em 70%; • Conhecimento sobre o comportamento adequado face à utilização da internet, televisão, computador, <i>tablet</i>, jogos e redes sociais efetivo em 56%; • Atitude face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do <i>tablet</i>, do telemóvel e da internet facilitadora em 49%; • Comportamento face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do <i>tablet</i>, do telemóvel e da internet facilitadora em 58%; • Conhecimento sobre o abuso na infância/adolescência efetivo em 38%; • Atitude face a uma situação de abuso facilitadora em 82%; • Conhecimento de que os medicamentos são drogas efetivo em 18%; • Conhecimento sobre o consumo de medicamentos efetivo 	<p>vocabulário correto para denominar o corpo humano, até Dezembro de 2014;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que 60% dos alunos (n=115) apresentem uma atitude facilitadora face à orientação sexual dos outros, até Dezembro de 2014; • Que 60% dos alunos (n=115) apresentem conhecimento sobre os tipos de comportamentos aditivos sem substâncias efetivo, até Dezembro de 2014; • Que 80% dos alunos (n=115) apresentem conhecimento sobre o comportamento face à utilização da internet, televisão, telemóvel, computador, <i>tablet</i>, jogos e redes sociais efetivo, até Dezembro de 2014; • Que 100% dos alunos (n=115) apresentem conhecimento sobre as consequências da utilização excessiva do computador, da televisão, da consola, do <i>tablet</i> ou do telemóvel efetivo, até Dezembro de 2014; • Que 65% dos alunos (n=115) apresentem uma atitude face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do <i>tablet</i> ou do telemóvel e internet facilitadora, até Dezembro de 2014; • Que 70 % dos alunos (n=115) apresentem conhecimento sobre o abuso na infância/adolescência efetivo, até Dezembro de 2014; 				
---	---	--	--	--	--	--

<p>televisão, dos jogos, da consola, do <i>tablet</i> ou do telemóvel e internet facilitadora/ Nº total de alunos abrangidos;</p> <p>- Nº alunos com conhecimento sobre o abuso na infância/adolescência a efetivo/ Nº total de alunos abrangidos;</p> <p>- Nº alunos com atitude face a uma situação de abuso facilitadora/ Nº total de alunos abrangidos;</p> <p>- Nº alunos com conhecimento sobre medicamentos efetivo/ Nº total de alunos abrangidos;</p> <p>- Nº alunos com conhecimento sobre o consumo adequado de medicamentos efetivo/ Nº total de alunos abrangidos;</p> <p>- Nº alunos com conhecimento sobre a relação causa-efeito entre consumo de substâncias psicoativas e estado de saúde efetivo/ Nº total de alunos abrangidos;</p> <p>- Nº alunos com atitude face ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora/ Nº total de alunos abrangidos.</p>	<p>em 60%;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre a relação causa-efeito entre consumo de substâncias psicoativas e estado de saúde efetivo em 53%; • Atitude face ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora em 83%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que 70% dos alunos (n=115) apresentem uma atitude face a uma situação de abuso facilitadora, até Dezembro de 2014; • Que 80% dos alunos (n=115) identifiquem que os medicamentos são considerados drogas, até Dezembro de 2014; • Que 90% dos alunos (n=115) demonstrem conhecimento sobre o consumo adequado de medicamentos efetivo, até Dezembro de 2014; • Que 90% dos alunos (n=115) demonstrem conhecimento sobre a relação causa-efeito entre consumo de substâncias psicoativas e estado de saúde efetivo, até Dezembro de 2014; • Que 100% dos alunos (n=115) apresentem uma atitude face ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora, até Dezembro de 2014. 				
--	--	--	--	--	--	--

<p>Taxa de Papel Profissional Eficaz: Valor correspondente à dimensão diagnóstica com menor percentagem de alteração, de entre as fórmulas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº de docentes com conhecimento sobre os tipos de SPA efetivo/ Nº total de docentes abrangidos; - Nº de docentes com conhecimento sobre a idade de início do consumo de SPA efetivo/ Nº total de docentes abrangidos; - Nº de docentes com conhecimento sobre perfis de consumo de SPA efetivo/ Nº total de docentes abrangidos; - Nº de docentes com conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes efetivo/ Nº total de docentes abrangidos; - Nº de docentes com conhecimento sobre sinais de alerta do consumo de SPA nos adolescentes efetivo/ Nº total de docentes abrangidos; - Nº de docentes com conhecimento sobre a disponibilidade e 	<p>Taxa de Papel Profissional Eficaz em 8%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre os tipos de SPA Efetivo em 44%; • Conhecimento sobre a idade de início do consumo de SPA Efetivo em 8%; • Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA Efetivo em 28%; • Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes efetivo em 52%; • Conhecimento sobre sinais de alerta do consumo de SPA efetivo em 80%; • Conhecimento sobre a disponibilidade e locais de acesso de SPA efetivo em 56%; • Conhecimento sobre os tipos de CASS efetivo em 88%; • Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais efetivo em 76%; • Conhecimento sobre sinais de alerta de CASS efetivo em 56%; • Conhecimento sobre papel de género efetivo em 76%; • Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência efetivo em 12%; • Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência efetivo em 44%; 					
--	--	--	--	--	--	--

<p>locais de acesso de SPA efetivo/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com conhecimento sobre os tipos de CASS efetivo/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais efetivo/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com conhecimento sobre sinais de alerta de CASS efetivo/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com conhecimento sobre papel de gênero efetivo/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência efetivo/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência efetivo/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com conhecimento sobre o abuso na</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre o abuso na adolescência efetivo em 100%; • Crença na participação em ações de prevenção do consumo de SPA facilitadora em 72%; • Crença na utilização dos recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade facilitadora em 92%; • Crença na participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância facilitadora em 68%; • Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais facilitadora em 100 %; • Crença na utilização dos recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade facilitadora em 92%; • Crença na participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade facilitadora em 64%; • Crença sobre sexualidade e reprodução facilitadora em 92%; • Identificação e aceitação da orientação sexual dos alunos presente em 27%; • Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/gravidez na adolescência/IST diagnosticada 					
---	--	--	--	--	--	--

<p>adolescência efetivo/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com atitude face à participação em ações de prevenção do consumo de SPA facilitadora/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com atitude face à utilização dos recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade facilitadora/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com atitude face à participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância facilitadora/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com atitude face à proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais facilitadora/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com atitude face à utilização dos recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade facilitadora/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes</p>	<p>facilitadora em 83%.</p>				
---	-----------------------------	--	--	--	--

<p>com atitude face à participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade facilitadora/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com atitude sobre sexualidade e reprodução facilitadora/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com atitude sobre a identificação e aceitação da orientação sexual dos alunos facilitadora/ N° total de docentes abrangidos;</p> <p>- N° de docentes com atitude face à utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/gravidez na adolescência/IST diagnosticada facilitadora/ N° total de docentes abrangidos.</p>						
<p>Taxa de Papel Parental Eficaz: Valor correspondente à dimensão diagnóstica com menor percentagem de alteração, de entre as fórmulas:</p> <p>- N° de Encarregados de educação com conhecimento sobre fatores</p>	<p>Taxa de Papel Parental eficaz em 3%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre os tipos de SPA Efetivo em 22%; • Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA Efetivo em 3%; • Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do 	<ul style="list-style-type: none"> • Que 50% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem interesse em participar nas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto Decidir para Agir. • Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre 	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse dos Encarregados de Educação em participar no projeto Decidir para Agir presente: <ul style="list-style-type: none"> - 82% “Muito interessado” e 18% “Interessado”; • Conhecimento sobre fatores protetores individuais efetivo em 39%; 			

<p>influenciadores e fatores protetores de consumos de substâncias psicoativas/ N° total de encarregados de educação abrangidos;</p> <p>- N° de Encarregados de educação com conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores de comportamentos aditivos sem substância/ N° total de encarregados de educação abrangidos;</p> <p>- N° de Encarregados de educação com conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores de comportamentos de risco associados à sexualidade/ N° total de encarregados de educação abrangidos;</p> <p>- N° de Encarregados de educação com atitude face à orientação sexual dos educandos facilitadora/ N° total de encarregados de educação abrangidos.</p>	<p>consumo de SPA nos adolescentes Efetivo em 31%;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA Efetivo em 64%; • Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA Efetivo em 57%; • Conhecimento sobre os tipos de CASS Efetivo em 85%; • Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais Efetivo em 56%; • Conhecimento sobre Sinais de alerta de CASS Efetivo em 41%; • Conhecimento sobre papel de género Efetivo em 43%; • Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência Efetivo em 5%; • Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência Efetivo em 48%; • Conhecimento sobre o abuso na adolescência Efetivo em 89%; • Crença sobre a abordagem ao tema das SPA em família facilitadora em 95%; • Crença sobre o consumo de SPA facilitadora em 91%; • Crença na utilização dos recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade facilitadora em 89%; 	<p>fatores individuais influenciadores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores individuais protetores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade; • Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores familiares influenciadores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade; • - Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores familiares protetores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre fatores de risco individuais efetivo em 78%; • Conhecimento sobre fatores protetores familiares efetivo em 65%; • Conhecimento sobre fatores de risco familiares efetivo em 61%; • Conhecimento sobre fatores protetores escolares efetivo em 78%; • Conhecimento sobre fatores de risco escolares efetivo em 87%; • Respostas dos Encarregados de Educação à questão "Esta sessão foi diferente de outra(s) que já tenha assistido anteriormente?": <ul style="list-style-type: none"> - "Sim" 90%; - "Não" 5%; - "Não sei" 5%. • Respostas dos Encarregados de Educação à questão "O seu papel foi importante no decorrer desta sessão?" <ul style="list-style-type: none"> - "Sim" 90,9%; - "Não" 4,5%; - "Não sei" 4,5%. • Respostas dos Encarregados de Educação à questão "Gostou da sessão e dos seus conteúdos?" <ul style="list-style-type: none"> - Sim 100%. 			
--	--	--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais facilitadora em 68%; • Crença na utilização dos recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade facilitadora em 94%; • Crença sobre sexualidade e reprodução facilitadora em 65%; • Identificação e aceitação da orientação sexual dos filhos presente em 27%; • Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência facilitadora em 83%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores escolares influenciadores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade; • Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores escolares protetores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade. 			
<p>INDICADORES MACRO A ATINGIR COM O PROJETO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a prevalência do uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e outras drogas) na adolescência no concelho de Matosinhos; • Atitude face ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora no concelho de Matosinhos; 	<p>Consumo de Substância psicoativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de álcool representa 7% de carga total de doença; • Consumo de drogas representa 3,7% de carga total de doença; • Sexo desprotegido representa 2,8% de carga total de doença. <p>¹<u>Dados retirados do sistema SAPE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de tabaco – 1073 utentes; • Uso de substâncias – 84 utentes; 				

¹ Os Focos de Enfermagem foram obtidos através da utilização do Sistema de Informação Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), em utentes nascidos entre 01.01.1996 a 31.12.2004, por conveniência, de acordo com as áreas em estudo.

<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a prevalência de comportamentos aditivos sem substância na adolescência no concelho de Matosinhos; • Atitude face aos comportamentos aditivos sem substância facilitadora no concelho de Matosinhos; • Diminuir a taxa de gravidez na adolescência no concelho de Matosinhos; • Diminuir a taxa de Interrupções Voluntárias da Gravidez na adolescência no concelho de Matosinhos; • Aumentar o número de adolescentes grávidas em vigiadas em consulta de saúde familiar no Concelho de Matosinhos; • Diminuir o número de casos de abuso no namoro na adolescência no concelho de Matosinhos; • Diminuir a incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis diagnosticadas na adolescência no concelho de 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de drogas – 163 utentes; • Uso de contraceptivos – 1546 utentes; • Uso de álcool – 184 utentes; • Conhecimento sobre complicações do consumo de drogas efetivo em 17 utentes (n=38); • Conhecimento sobre complicações de consumo de drogas não efetivo em 2 utentes (n=38); • Conhecimento sobre desvantagem do uso de substâncias nocivas efetivo em 1 utente (n=38); • Conhecimento sobre desvantagem do uso de substâncias: cafeína efetivo em 13 utentes (n=38); • Conhecimento sobre desvantagem do uso de substâncias: cafeína não efetivo em 5 utentes (n=38); • Conhecimento sobre desvantagens do consumo de álcool efetivo em 17 utentes (n=24); • Uso de drogas presente em 14 utentes (n=144); • Uso de substâncias presente em 8 utentes (n=43); • Uso de tabaco presente em 543 casos (n=1073) • Uso de álcool presente em 114 utentes (n=160) <p style="text-align: center;">Comportamentos aditivos sem</p>				
--	---	--	--	--	--

<p>Matosinhos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover uma atitude facilitadora face ao uso de contraceptivos na prevenção de gravidez na adolescência no concelho de Matosinhos; • Promover uma atitude facilitadora face ao uso de contraceptivos na prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis na adolescência no concelho de Matosinhos. 	<p>substância</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não existem dados concelhios <p>Comportamentos associados à Sexualidade</p> <p>Dos dados laboratoriais recolhidos na ULSM reportam-se ao número de novos casos desde 2009 até 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 19 casos de IST por <i>Neisseria gonorrhoeae</i>; - 112 casos de IST por <i>Chlamydia trachomatis</i>. <ul style="list-style-type: none"> • A taxa de incidência de VIH/SIDA na população de Matosinhos é de 10/100 mil habitantes (2010). <p><u>Dados retirados do sistema SAPE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre sexualidade não efetivo em 14 utentes (n=178); • Conhecimento sobre o uso de contraceptivos, o conhecimento efetivo em 544 utentes (n=738); • Uso de contraceptivos presente em 521 utentes (n=808); • Uso de contraceptivos ausente em 42 utentes (n=808); • Uso de contraceptivos adequado em 224 utentes (n=808); • Uso de contraceptivos não adequado em 13 utentes (n=808); • Uso de contraceptivos negligenciado em 6 				
---	--	--	--	--	--

	<p>utentes (n=808);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de contraceptivos não negligenciado em 2 utentes (n=808); • Proporção de nascimentos em mulheres com idade de risco, com idades inferiores a 20 anos é 3,8% do total de nascimentos (ocorridos no triénio 2009-2011); • Conhecimento sobre prevenção de gravidez não desejada efetivo em 4 utentes (n=8); • Conhecimento sobre o uso de substâncias na gravidez efetivo em 14 utentes (n=22); • O número de IVG's legalmente efetuadas em Matosinhos foram 194 (dados do INE); • Dos dados extraídos das urgências do Hospital Pedro Hispano em 2013 (dados referentes a episódios de urgência sem mais descrição) por motivo de admissão na urgência verifica-se que dos 37 casos notificados existe 1 caso de violação aos 18 anos de idade e os casos de agressão aumentam nas idades entre os 18 e os 19 anos. 					
--	---	--	--	--	--	--

ⁱ Como o foco de Tomada de Decisão depende de todas as dimensões diagnósticas, consideramos que o juízo clínico aplicado a este foco deve ter atribuída a percentagem relativa à dimensão que tenha maior nível de alteração. Ex: Se conhecimento for efetivo em 20% e atitude facilitadora em 30%, a Tomada de Decisão é eficaz em 20%.



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Anexos em Formato Digital (CD-ROM)

Relatório de Estágio

Projeto de Intervenção Comunitária

Decidir para Agir

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Comunitária

Por Andreia Costa Monteiro da Silva
Sob orientação do Professor Paulo Alves

Março de 2015

ANEXOS

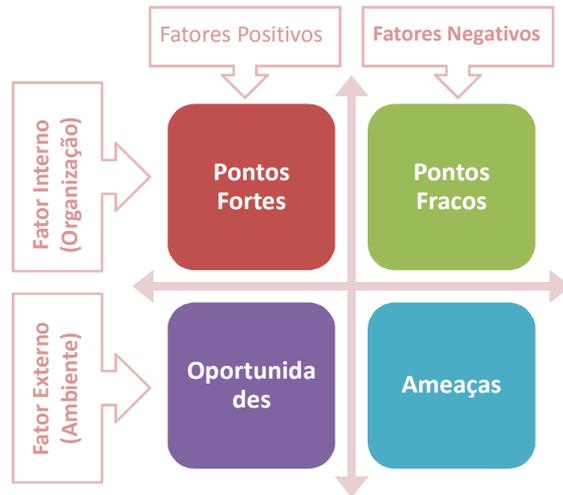
Anexos em Formato Digital (CD-ROM):

- Anexo D** Análise SWOT
- Anexo E** Base de Dados do Diagnóstico de Situação no Papel Parental
- Anexo F** Base de Dados do Diagnóstico de Situação no Papel Profissional
- Anexo G** Base de Dados do Diagnóstico de Situação na Tomada de Decisão nos Alunos
- Anexo H** Apresentação do Projeto Decidir para Agir aos Encarregados de Educação
- Anexo I** Definição de prioridades
- Anexo J** Sessão de Intervenção com os Encarregados de Educação
- Anexo K** Base de Dados da Sessão de Intervenção com os Encarregados de educação
- Anexo L** Projeto Individual de Estágio
- Anexo M** Comunicação em Encontro de Enfermagem: *“Projeto Decidir para Agir – Empoderamento da Comunidade para escolhas saudáveis”*
- Anexo N** Póster: *“O Diagnóstico de Enfermagem no âmbito do papel parental no contexto escolar- o estudo de caso”*
- Anexo O** Artigo científico: *“Papel Profissional enquanto diagnóstico de enfermagem no contexto escolar – um estudo de caso”*

Anexo D Análise SWOT

Análise Swot

Projeto Decidir para Agir



Ferramenta utilizada para examinar uma empresa e os fatores que afetam seu funcionamento- o nosso projeto

Primeiro estágio de planejamento, o que ajuda o profissional focar nos pontos principais- entrada de novos elementos na equipa (alunos do ECV)

Sigla SWOT:

- Strengths
- Weaknesses
- Opportunities
- Threats

Análise Swot

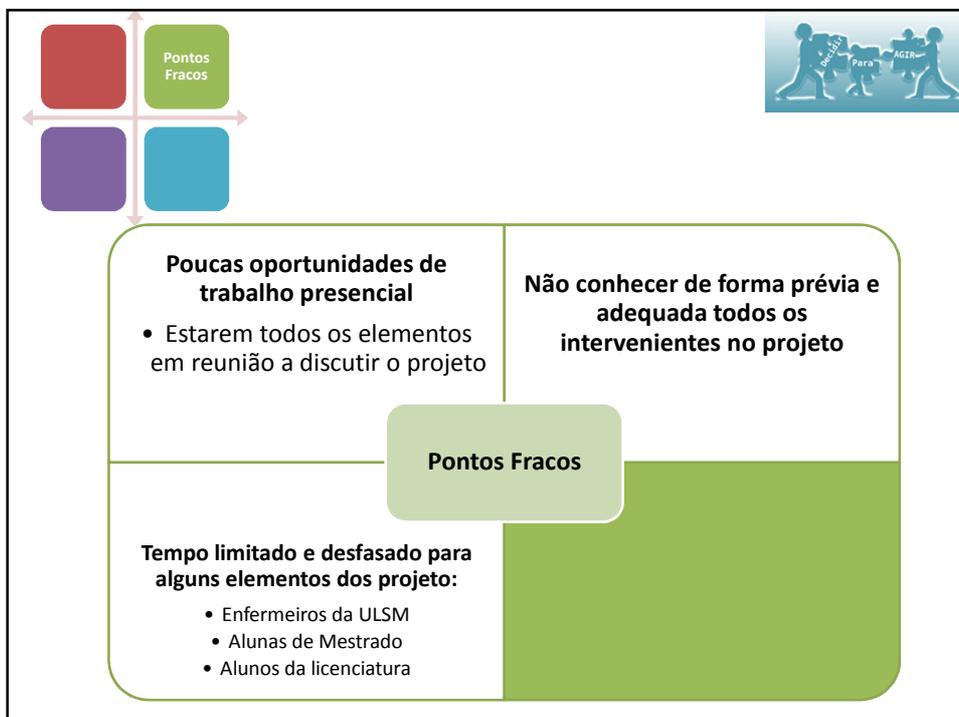
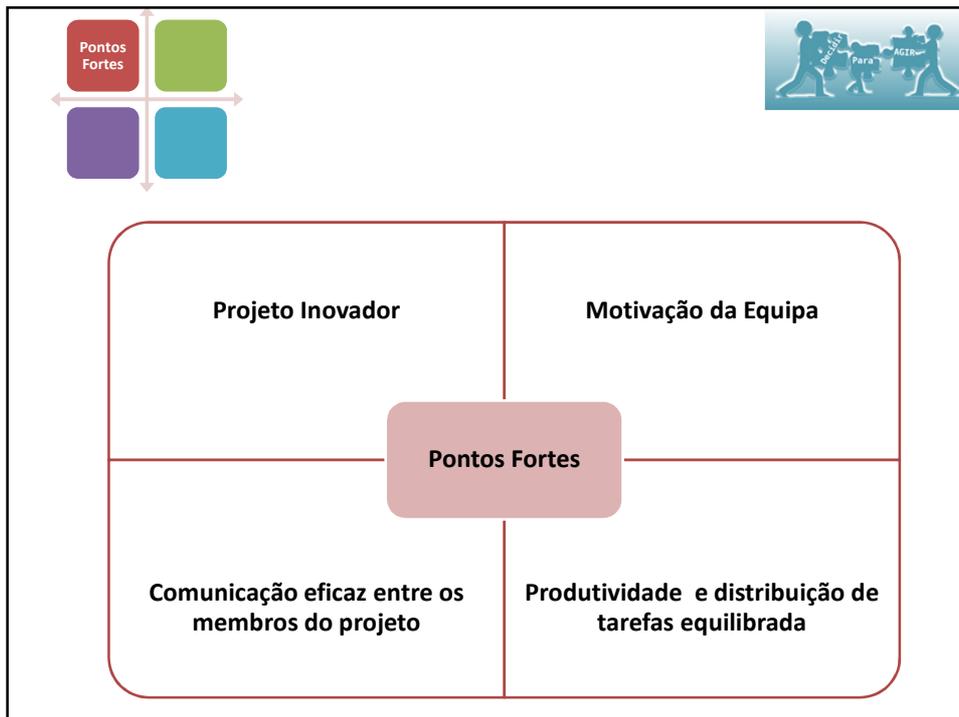


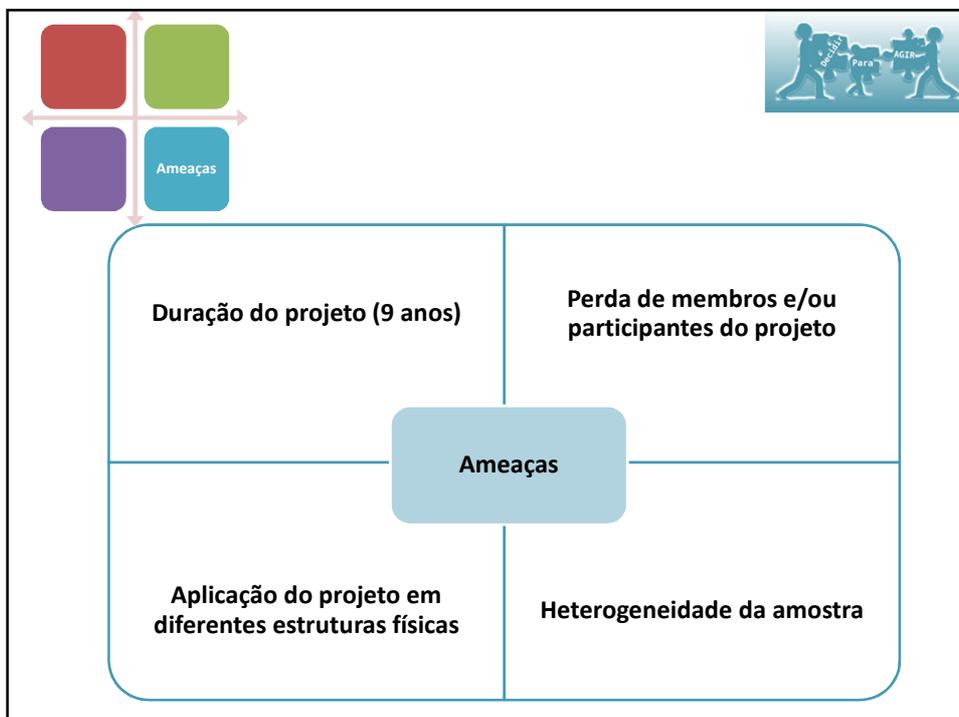
Fatores Externos:

- Oportunidades
- Ameaças

Fatores Internos:

- Pontos fortes
- Pontos fracos





Anexo E Base de Dados do Diagnóstico de Situação no
Papel Parental

Projeto Decidir Para Agir

Caracterização da Amostra
Encarregados de Educação por Sexo e Estabelecimento de Ensino
Nível de Escolaridade dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino
Intervalos de Idade dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino
Nível Sócio Profissional dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino
Situação Profissional Atual dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino

Papel Parental	
Questionário	Tomada de Decisão Clínica

CONHECIMENTO

Substâncias Psicoativas (SPA)
Substâncias Psicoativas (SPA)
Substâncias Ilícitas/Lícitas
Conhecimento sobre s Tipos de SPA Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino
Idade de Consumo por Substâncias Psicoativa
Conhecimento sobre idade de início de consumo de SPA Efetivo/Não Efetivo
Fatores Influenciadores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino
Fatores Protetores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino
Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes
Sinais de Alerta de Uso de SPA por Estabelecimento de Ensino Efetivo/Não Efetivo
Conhecimento sobre Sinais de Alerta do consumo de SPA Efetivo/Não Efetivo
Percepção relativa ao acesso a substâncias junto às escolas por Estabelecimento de Ensino
Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA Efetivo/Não Efetivo

Comportamentos Aditivos Sem Substância (CASS)
Tipos de CASS por Estabelecimento de Ensino
Uso Excessivo de CASS por Estabelecimento de Ensino
Conhecimento sobre os tipos de CASS Efetivo/Não Efetivo
Perfil de Consumo de CASS
Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet redes sociais Efetivo/Não Efetivo
Sinais de Alerta de CASS
Conhecimento sobre sinais de Alerta de CASS Efetivo/Não Efetivo

Comportamentos Associados à Sexualidade
Respostas à questão "A sexualidade existe ao longo de toda vida" por Estabelecimento de Ensino
Influência dos Vínculos Afetivos da infância na vivência sexual adulta por Estabelecimento de Ensino
Conhecimento sobre papel de gênero Efetivo/Não Efetivo
Eficácia dos Métodos Contracetivos na prevenção de uma gravidez
Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planejada Efetivo/Não Efetivo
Eficácia dos Métodos Contracetivos na prevenção de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST)
Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência Efetivo/Não Efetivo
Problemas na Adolescência por Estabelecimento de Ensino
Conhecimento sobre abuso na adolescência Efetivo/Não Efetivo

ATTITUDES

Substâncias Psicoativas (SPA)
Importância de abordar o tema das SPA em família por Estabelecimento de Ensino
Crenga sobre a abordagem ao tema das SPA em família Facilitadora/Dificultadora
Crenga sobre consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino
Crenga sobre o consumo de SPA Facilitadora/Dificultadora
Atuação em situação de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino
Crenga na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade

Comportamentos Aditivos Sem Substância (CASS)
Importância da regulação parental na prevenção de CASS por Estabelecimento de Ensino
Diagnóstico de Enfermagem sobre importância regulação parental na prevenção de CASS por Estabelecimento de Ensino
Restrição do uso de tecnologias por Estabelecimento de Ensino
Diagnóstico de Enfermagem sobre Restrição do uso de tecnologias na prevenção de CASS por Estabelecimento de Ensino
Crenga na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais Facilitadora/Dificultadora
Recursos de Apoio em situação de CASS por Estabelecimento de Ensino
Crenga na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade Facilitadora/Dificultadora

Comportamentos Associados à Sexualidade
Crenga sobre sexualidade por Estabelecimento de Ensino
Crenga sobre sexualidade e reprodução Facilitadora/Dificultadora
Resposta sobre Orientação Sexual por Estabelecimento de Ensino
Crenga sobre Orientação Sexual Facilitadora/ Dificultadora
Recursos de apoio em situação de comportamentos de risco associados à sexualidade por Estabelecimento de Ensino
Crenga na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora

Discussão dos Resultados

Avaliação do Papel Parental em Saúde Escolar

Caro (a) Encarregado(a) de Educação,

Para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde junto da comunidade é necessário conhecer as suas reais necessidades. No sentido de contribuir para melhorar o diagnóstico de saúde da população jovem do Concelho de Matosinhos e no âmbito de uma parceria criada entre a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e a Universidade Católica Portuguesa (Centro de Investigação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde do Porto) desenvolve-se o projeto “Decidir para Agir”.

O projeto “Decidir para Agir” assume-se como um projeto a decorrer entre 2014 e 2023, centrado na prevenção do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos sem substância e nos comportamentos associados à sexualidade, acompanhando a sua população alvo que são os alunos do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico até ao 12º ano, os professores e encarregados de educação. Para a concretização do referido diagnóstico a sua colaboração no preenchimento deste questionário é imprescindível.

Destinatários do questionário

Encarregados de Educação dos alunos do 2º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico (ano letivo: 2013/14).

Requerentes

Enfermeiros da Equipa de Saúde Escolar do Agrupamento de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ACES ULSM) em parceria com as Enfermeiras Andreia Silva e Mariana Sousa, mestrandas da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

Confidencialidade

O questionário é anónimo e confidencial.

Pedido

Solicitamos que responda a todas as questões e as que não souber responder deverá selecionar o “Não sei”.

Tenha em atenção que existem questões em que pode selecionar mais do que uma resposta.

Devolução

Solicitamos que depois de preenchido este questionário, o devolva através do seu filho(a)/educando(a) ao professor titular de turma.

Agradecemos a sua colaboração e apoio

1. Idade: _____

2. Sexo: *(Assinale com uma cruz a resposta)*

Masculino;

Feminino.

3. Nível de Escolaridade *(Assinale com uma cruz a resposta)*

Ensino Superior

2º Ciclo (até ao 6º ano de escolaridade)

Ensino Secundário

1º Ciclo (até ao 4º ano de escolaridade)

3º Ciclo (até ao 9º ano de escolaridade)

Sem Habilitações

4. Profissão: _____

5. Situação Profissional Atual:

Empregado(a);

Doméstico(a);

Desempregado(a);

Reformado(a);

Estudante;

Outros _____

6. Das seguintes substâncias quais considera serem drogas? *(Para cada substância assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)*

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>
Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade? *(Assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)*

Sim;

Não;

Não sei.

8. Com que idade, em média, considera que os jovens começam a consumir as seguintes substâncias: ***(Para cada substância escreva a idade que traduz a sua opinião. Se não souber responder assinale com uma cruz em "Não sei")***

Substância	Idade	Não sei
Bebidas alcoólicas	_____	<input type="checkbox"/>
Tabaco	_____	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	_____	<input type="checkbox"/>
Cannabis	_____	<input type="checkbox"/>
Cocaína	_____	<input type="checkbox"/>
Heroína	_____	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas	_____	<input type="checkbox"/>
LSD	_____	<input type="checkbox"/>
Colas	_____	<input type="checkbox"/>

9. São fatores que levam os jovens a consumir as substâncias: ***(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)***

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alívio de sintomas; | <input type="checkbox"/> Procura de novas experiências; |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade em lidar com a autoridade dos pais; | <input type="checkbox"/> Imitação do comportamento dos familiares. |
| <input type="checkbox"/> Aceitação e influência do grupo de amigos; | |

10. São fatores que previnem o consumo de substâncias nos jovens (as hipóteses apresentadas dizem respeito a características dos jovens): ***(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)***

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Capacidade de adaptação; | <input type="checkbox"/> Procura de sensações; |
| <input type="checkbox"/> Temperamento difícil; | <input type="checkbox"/> Baixa expectativa de sucesso; |
| <input type="checkbox"/> Capacidade de resolução de problemas; | <input type="checkbox"/> Envolvimento nas atividades da escola. |

11. É um sinal de alarme de consumo de substâncias nos jovens: ***(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)***

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Irritabilidade; | <input type="checkbox"/> Alterações na interação social; |
| <input type="checkbox"/> Falta de concentração | <input type="checkbox"/> Alterações do padrão de sono; |
| <input type="checkbox"/> Rendimento escolar diminuído; | <input type="checkbox"/> Outros: _____. |

12. Qual a sua perceção em relação ao acesso a substâncias junto às escolas, mesmo para os menores de idade? **(Assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)**

- Fácil acesso; Dífícil acesso; Não sei.

13. Considera importante abordar o tema das substâncias em casa? **(Assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)**

- Sim; Não Não sei.

14. Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumir substâncias. O que pensaria nesse momento? **(Para cada substância assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)**

	<i>Aprovaria</i>	<i>Reprovaria</i>	<i>Indiferente</i>
Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Imagine que, no futuro, o seu/sua filho(a)/educando(a) o informava que consumia drogas. O que faria? **(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)**

- Castigava-o(a), impedindo-o(a) de estar com os amigos e de realizar as atividades que mais gosta; Conversava com ele(a) e tentava perceber os motivos que o(a) levaram a consumir;
- Procurava ajuda especializada (centro de saúde, psicólogos, apoio na escola); Isso nunca irá acontecer;
- Não sei.

16. A internet, as redes sociais, os jogos (computador, consolas), a televisão e o telemóvel podem provocar dependência nas crianças, jovens e adultos? **(Assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)**

- Sim; Não; Não sei.

17. Considera que o uso excessivo da internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel pode influenciar negativamente os comportamentos do seu/sua filho(a)/educando(a)? **(Assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)**

- Sim; Não; Não sei.

18. O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes? *(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião e indique respetivamente o nº de horas aceitável)*

	Todos os dias	Nº de Horas	Fins-de-semana	Nº de Horas	Outros (Escreva a situação)	Nº de Horas
Internet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	
Redes sociais	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	
Jogos (consolas, jogos online, computador)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	
Televisão	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	
Telemóvel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	

19. Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes da internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel? *(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)*

	Sim	Não	Não sei
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redes sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogos (consolas, jogos online, computador)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza a internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel? *(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)*

	Sim	Não	Às vezes
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redes sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogos (consolas, jogos online, computador)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. É um sinal de alarme do consumo excessivo de internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel nos jovens: (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preocupação excessiva com a utilização das tecnologias; | <input type="checkbox"/> Higiene descuidada; |
| <input type="checkbox"/> Isolamento social; | <input type="checkbox"/> Alterações do padrão de sono; |
| <input type="checkbox"/> Cansaço geral; | <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores. |

22. Imagine que o seu/sua filho(a)/educando(a) mostrava sinais de indício de dependência de internet, redes sociais, jogos, televisão e/ou telemóvel. O que faria? (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Castigava-o(a), impedindo-o(a) de estar com os amigos e de realizar as atividades que mais gosta; | <input type="checkbox"/> Conversava com ele(a) e tentava resolver esta dependência no seio familiar; |
| <input type="checkbox"/> Restringia a utilização destas tecnologias; | <input type="checkbox"/> Isso nunca irá acontecer; |
| <input type="checkbox"/> Procurava ajuda especializada (centro de saúde, psicólogos, apoio na escola); | <input type="checkbox"/> Não sei. |

23. A sexualidade existe ao longo de toda vida. (Assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verdadeiro; | <input type="checkbox"/> Falso. |
|--------------------------------------|---------------------------------|

24. Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta. (Assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verdadeiro; | <input type="checkbox"/> Falso; | <input type="checkbox"/> Não sei. |
|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

25. Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua perceção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

	<i>Muito eficaz</i>	<i>Eficaz</i>	<i>Pouco eficaz</i>	<i>Nada Eficaz</i>	<i>Não Sei</i>
Pílula	<input type="checkbox"/>				
Coito interrompido	<input type="checkbox"/>				
Selo transdérmico	<input type="checkbox"/>				
Anel vaginal	<input type="checkbox"/>				
Método do calendário	<input type="checkbox"/>				
Preservativo	<input type="checkbox"/>				

26. Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua perceção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: *(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)*

	<i>Muito eficaz</i>	<i>Eficaz</i>	<i>Pouco eficaz</i>	<i>Nada Eficaz</i>	<i>Não Sei</i>
Pílula	<input type="checkbox"/>				
Coito interrompido	<input type="checkbox"/>				
Selo transdérmico	<input type="checkbox"/>				
Anel vaginal	<input type="checkbox"/>				
Método do calendário	<input type="checkbox"/>				
Preservativo	<input type="checkbox"/>				

27. Reconhece que é um problema na adolescência: *(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)*

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>
O(a) namorado(a) controlar o modo de vestir e as saídas com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invasão da privacidade do(a) adolescente pelos amigos/namorado(a) <i>(Ex.: ler mensagens do telemóvel sem autorização, abrir a caixa de correio eletrónico)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O(s) amigo(s) criticarem/gozarem com a forma de estar, vestir, comer...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O(a) namorado(a) estar constantemente a ligar para saber o local onde se encontra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão por parte de outros para fazer aquilo que o(a) adolescente não quer fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ameaçar ou ferir alguém próximo do adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violência física ou psicológica de forma continuada entre alunos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Considera normal o ato da masturbação: (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não Sei</i>
Nos rapazes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nas raparigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Face à orientação sexual do seu/sua filho(a)/educando(a) considera aceitável: (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

	<i>Aceitável</i>	<i>Não aceitável</i>	<i>Não sei</i>	<i>Indiferente</i>
Relação com uma pessoa do mesmo sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relação com uma pessoa do sexo oposto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambos os sexos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Imagine que no seu seio familiar surge uma das seguintes situações: gravidez não planeada na adolescência, um diagnóstico de infeção sexualmente transmissível ou uma situação de abuso. A quem pedia ajuda? (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

	<i>Gravidez não planeada na adolescência</i>	<i>Infeção sexualmente transmissível</i>	<i>Abuso</i>
Amigos/familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polícia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isso nunca irá acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antes de terminar por favor verifique se respondeu a todas as questões.
Obrigado pela colaboração!

TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA – TABELA RESUMO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA

Papel Parental

“Papel de membro da família: Interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.”¹

FOCO	DADOS A COLHER	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	QUESTÕES	DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS	Resultado Diagnóstico					
	Idade; Sexo; Nível de Escolaridade; Profissão; Situação Profissional Atual.		1,2,3,4,5							
CONHECIMENTO <i>“Status: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.”²</i>		Conhecimento sobre consumo de SPA não efetivo se:	6-12	Conhecimento sobre SPA efetivo/não efetivo:	Conhecimento sobre SPA Não efetivo					
	Tipos de SPA ³	Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo <u>e</u>	<p>6: Das seguintes substâncias quais considera serem drogas?</p> <p>- Efetivo: Se escolha de 100%(N=9) das respostas [Sim]; - Não efetivo: Se escolha de [Não] e/ou [Não Sei].</p> <p>7: O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade?</p> <p>- Efetivo: Se escolha de [Não]. - Não efetivo: Se escolha de [Sim] e/ou [Não Sei];</p> <p>- NÃO EFETIVO se escolha de [Não] e/ou [Não Sei] na questão 6 e de [Sim] e/ou [Não Sei] na questão 7.</p>	Conhecimento sobre os tipos de SPA efetivo/não efetivo	<p>22% Conhecimento sobre os tipos de SPA efetivo</p> <p>78% Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo</p>					
	Idade de início do consumo de SPA	Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo <u>e/ou</u>	<p>8: Com que idade considera que se iniciam os primeiros consumos das seguintes substâncias:</p> <p>- Efetivo se 5 ou mais respostas corretas (N=9):</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Bebidas Alcoólicas</td> <td>[10-12]</td> </tr> <tr> <td>Tabaco</td> <td>[10-12]</td> </tr> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>[13-14]</td> </tr> </table>	Bebidas Alcoólicas	[10-12]	Tabaco	[10-12]	Medicamentos	[13-14]	Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA efetivo /não efetivo
Bebidas Alcoólicas	[10-12]									
Tabaco	[10-12]									
Medicamentos	[13-14]									

¹ CIPE 2: P.66

² CIPE 2:p.45

³ SPA: Substâncias Psicoativas

			<table border="1"> <tr><td><i>Cannabis</i></td><td>[10-15]</td></tr> <tr><td>Cocaína</td><td>[13-15]</td></tr> <tr><td>Heroína</td><td>[13-14]</td></tr> <tr><td>Anfetaminas</td><td>[13-14]</td></tr> <tr><td>LSD</td><td>[13-14]</td></tr> <tr><td>Colas</td><td>[13-14]</td></tr> </table>	<i>Cannabis</i>	[10-15]	Cocaína	[13-15]	Heroína	[13-14]	Anfetaminas	[13-14]	LSD	[13-14]	Colas	[13-14]		
<i>Cannabis</i>	[10-15]																
Cocaína	[13-15]																
Heroína	[13-14]																
Anfetaminas	[13-14]																
LSD	[13-14]																
Colas	[13-14]																
			- Não efetivo se escolha de 4 ou mais respostas incorretas e/ou se escolha de [Não Sei] (N=9).														
Fatores influenciadores e fatores protetores de início do consumo de SPA	Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo e/ou	<p>9: <i>São fatores influenciadores do início do consumo de substâncias nos jovens:</i></p> <p>- Efetivo se escolha de pelo menos 50% das respostas; - Não efetivo se escolha de menos de 50% das respostas.</p> <p>10: <i>São fatores que previnem o consumo de substâncias nos jovens:</i></p> <p>- Efetivo se escolha de pelo menos 50% das respostas corretas: [Capacidade de Adaptação] [Capacidade de Resolução de Problemas] [Envolvimento nas atividades da escola] - Não efetivo se escolha das outras opções possíveis.</p> <p>EFETIVO: Se em 9 e 10 estiver Efetivo. NÃO EFETIVO: Se pelo menos uma das questões estiver não efetivo.</p>	Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes efetivo /não efetivo	<p>31% Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes efetivo</p> <p>69% Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo</p>													
Sinais de Alerta de uso de SPA	Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA não efetivo e/ou	<p>11: <i>É um sinal de alarme de consumo de substâncias nos jovens:</i></p> <p>- Efetivo se escolha de 3 ou mais das 6 respostas possíveis; - Não efetivo: se mais de 3 das 6 respostas possíveis não tiverem sido escolhidas.</p>	Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA Efetivo/Não Efetivo	<p>64% Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA efetivo</p> <p>36% Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA não efetivo</p>													
Percepção sobre locais de acesso e disponibilidade de SPA	Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA não efetivo	<p>12: <i>Qual a sua percepção em relação ao acesso a substâncias junto às escolas, mesmo para os menores de idade?</i></p> <p>- Efetivo: se escolha de [Fácil Acesso] - Não efetivo: se escolha de [Difícil Acesso] ou [Não Sei]</p>	Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA efetivo /não efetivo	<p>57% Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA efetivo</p> <p>43% Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA não efetivo</p>													
	Conhecimento sobre CASS não efetivo se:		16-18, 21	Conhecimento sobre CASS efetivo/não efetivo:	Conhecimento sobre CASS Não Efetivo												

	Tipos de CASS⁴	Conhecimento sobre os tipos de CASS não efetivo e/ou	<p>16: <i>A internet, as redes sociais, os jogos (computador, consolas), a televisão e o telemóvel podem provocar dependência nas crianças, jovens e adultos?</i></p> <p>- Efetivo: Se escolha de [Sim]</p> <p>- Não efetivo: Se escolha de [Não] ou [Não Sei]</p> <p>17: <i>Considera que o uso excessivo da internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel pode influenciar negativamente os comportamentos do seu/sua filho(a)/educando(a)?</i></p> <p>- Efetivo: Se escolha de [Sim]</p> <p>- Não Efetivo: Se escolha de [Não] ou [Não Sei]</p> <p>EFETIVO: Se em 16 e 17 estiver Efetivo. NÃO EFETIVO: Se pelo menos uma das questões estiver não efetivo.</p>	Conhecimento sobre os tipos de CASS efetivo /não efetivo	<p>85% Conhecimento sobre os tipos de CASS efetivo</p> <p>15% Conhecimento sobre os tipos de CASS não efetivo</p>
	Perfil de Consumo de CASS	Conhecimento sobre perfis de consumo não efetivo e/ou	<p>18: <i>O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes?</i></p> <p>- Efetivo: Se escolha de [0-3] Horas e/ou [Quanto Basta] e/ou [o necessário] em pelo menos 3 ou mais respostas das 5 respostas possíveis;</p> <p>- Não efetivo: Se escolha das restantes opções</p>	Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais efetivo /não efetivo	<p>56% Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais efetivo</p> <p>44% Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais não efetivo</p>
	Sinais de Alerta sobre CASS	Conhecimento sobre Sinais de Alerta de CASS não efetivo.	<p>21: <i>É um sinal de alarme do consumo excessivo de internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel nos jovens:</i></p> <p>- Efetivo se escolha de pelo menos 3 das 5 respostas corretas (todas as respostas exceto [Nenhuma das Anteriores]);</p> <p>- Não efetivo se escolha de menos de 3 das 5 respostas corretas e/ou [Nenhuma das Anteriores].</p>	Conhecimento sobre Sinais de alerta de CASS Efetivo/Não Efetivo	<p>41%Conhecimento sobre Sinais de alerta de CASS efetivo</p> <p>59%Conhecimento sobre Sinais de alerta de CASS não efetivo</p>
		Conhecimento sobre sexualidade não efetivo se:	23-27	Conhecimento sobre sexualidade efetivo/ Não efetivo	Conhecimento sobre sexualidade Não efetivo
	Perceção sobre Papel de género⁵ na adolescência	Conhecimento sobre papel de género não efetivo e	<p>23: <i>A sexualidade existe ao longo de toda vida.</i></p> <p>- Efetivo: se escolha de [Verdadeiro];</p> <p>- Não efetivo: se escolha de [Falso].</p>	Conhecimento sobre papel de género efetivo /não efetivo	43% Conhecimento sobre papel de género efetivo

⁴ CASS: Comportamentos Aditivos Sem Substância

⁵ CIPE 2:p. 65: Papel de Género: “Papel do indivíduo: interagir de acordo com a identidade de pertencer a um ou outro sexo, interiorizando a expectativa mantida pelos indivíduos e a sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados de homens e mulheres, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores.”

			<p>24: <i>Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta.</i></p> <p>- Efetivo: se escolha de [Falso]</p> <p>- Não efetivo: se escolha de [Verdadeiro] ou [Não Sei]</p> <p>EFETIVO: Se em 23 e 24 estiver Efetivo.</p> <p>NÃO EFETIVO: Se pelo menos uma das questões estiver não efetivo.</p>		<p>57%Conhecimento sobre papel de gênero não efetivo</p>
	Métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência	Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo <u>e/ou</u>	<p>25: <i>Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez:</i></p> <p>- Efetivo: se escolha de [Muito Eficaz] ou [Eficaz] para as opções de “Pílula” e/ou “selo transdérmico” e/ou “Anel vaginal” e/ou “Preservativo” OU [Nada Eficaz] para as opções “Coito interrompido” e “Método do calendário”;</p> <p>- Não efetivo: se escolha de [Não Sei] ou se escolha de [Nada Eficaz] e/ou [Pouco Eficaz] para as opções de “Pílula” e/ou “selo transdérmico” e/ou “Anel vaginal” e/ou “Preservativo” OU [Muito Eficaz] e/ou [Eficaz] para as opções “Coito interrompido” e “Método do calendário”.</p>	Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência efetivo /não efetivo	<p>5% Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência efetivo</p> <p>95% Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo</p>
	Métodos de prevenção de IST na adolescência	Conhecimento sobre consequências e métodos de prevenção de IST ⁶ na adolescência não efetivo <u>e/ou</u>	<p>26: <i>Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infecção Sexualmente transmissível:</i></p> <p>- Efetivo: se escolha de [Preservativo] e [Muito Eficaz ou Eficaz];</p> <p>- Não efetivo: se escolha de todos os métodos exceto preservativo como [Muito Eficaz ou Eficaz].</p>	Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência efetivo /não efetivo	<p>48% Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência efetivo</p> <p>52% Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo</p>
	Percepção sobre o abuso⁷ na adolescência	Conhecimento sobre o abuso na adolescência não efetivo	<p>27: <i>Reconhece que é um problema na adolescência:</i></p> <p>- Efetivo: se escolha de [Sim] para pelo menos 3 dos 7 problemas descritos;</p> <p>- Não efetivo: se escolha de [Não] ou [Não sei] em 3 ou mais dos 7 problemas descritos.</p>	Conhecimento sobre o abuso na adolescência efetivo /não efetivo	<p>89% Conhecimento sobre o abuso na adolescência efetivo</p> <p>11% Conhecimento sobre o abuso na adolescência não efetivo</p>
Atitudes “Atitude- Processo		Atitude da família⁹ face ao consumo de SPA dificultadora se:	13,14,15	Atitude da família face ao consumo de SPA dificultadora/facilitadora	Atitude da família face ao consumo de SPA facilitadora

⁶ IST: Infecção Sexualmente Transmissível

⁷ CIPE 2: Abuso: Comportamento agressivo: atos de ataque físico ou emocional, violar ou maltratar.

⁹ CIPE 2:p.40: Atitude da Família: “Atitude”

<p><i>Psicológico: Modelos Mentais e opiniões⁸</i></p>	<p>Abordagem ao tema em família</p>	<p>Crença sobre a abordagem ao tema das SPA em família <u>dificultadora</u> e</p>	<p>13: Considera importante abordar o tema das substâncias em casa? - Facilitadora: se escolha de [Sim]; - Dificultadora: se escolha de [Não] ou [Não sei].</p>	<p>Crença sobre a abordagem ao tema das SPA em família <u>dificultadora/facilitadora</u></p>	<p>95% Crença sobre a abordagem ao tema das SPA em família facilitadora 5% Crença sobre a abordagem ao tema das SPA em família dificultadora</p>
	<p>Forma como lida/lidaria em situação de consumo de SPA no (s) seu(s) filho(s)</p>	<p>Crença sobre o consumo de SPA <u>dificultadora e/ou</u></p>	<p>14: Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumir substâncias. O que pensaria nesse momento? -- Facilitadora: se escolha de [Reprovaria] em pelo menos 5 das 9 respostas; - Dificultadora: se escolha de [Aprovaria] ou [Indiferente] em 5 ou mais das 9 respostas possíveis.</p>	<p>Crença sobre o consumo de SPA <u>dificultadora/facilitadora</u></p>	<p>91% Crença sobre o consumo de SPA facilitadora 9% Crença sobre o consumo de SPA dificultadora</p>
	<p>Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade</p>	<p>Crença na utilização dos recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade <u>dificultadora</u></p>	<p>15: Imagine que, no futuro, o seu/sua filho(a)/educando(a) o informava que consumia drogas. O que faria? Facilitadora: Se escolha de:[Procurava ajuda especializada...] e/ou [Conversava com ele(a)...] e sem escolha das 3 opções restantes:[Castigava-o...],[Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei]. Dificultadora: Se escolha de: [Castigava-o...] e/ou [Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei] como respostas.</p>	<p>Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade <u>dificultadora/facilitadora</u></p>	<p>89% Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade facilitadora 11% Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade dificultadora</p>
		<p>Atitude da família face aos CASS dificultadora se:</p>	<p>19,20,22</p>	<p>Atitude da família face aos CASS dificultadora/facilitadora</p>	<p>Atitude da família face aos CASS facilitadora</p>
	<p>Gestão do Papel Parental -Proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais</p> <p>Forma como lida/lidaria em situação de CASS no (s) seu(s) filho(s)</p>	<p>Crença na Proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais <u>dificultadora e/ou</u></p>	<p>19: Considera importante a vigilância dos pais na utilização da internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel pelas crianças/adolescentes? Facilitadora: Se escolha de pelo menos 4 respostas [Sim] das 5 respostas possíveis; Dificultadora: Se escolha de mais de 3 respostas [Não] e/ou [Não Sei] nas 5 respostas possíveis. 20: Costuma restringir o tempo que os seus filhos utilizam a internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel? Facilitadora: Se escolha de pelo menos 3 respostas [Sim] nas 5 respostas possíveis;</p>	<p>Crença na Proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais <u>dificultadora/facilitadora</u></p>	<p>68% Crença na Proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais facilitadora 32% Crença na Proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais dificultadora</p>

⁸ CIPE 2: p.40

			Dificultadora: Se escolha de 3 ou mais respostas [Não] e/ou [Não Sei] nas 5 respostas possíveis.		
Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade	Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade dificultadora		<p>22: Imagine que o seu/sua filho(a)/educando(a) mostrava sinais de indício de dependência de internet, redes sociais, jogos, televisão e/ou telemóvel. O que faria?</p> <p>Facilitadora: Se escolha de: [Restringia a utilização destas tecnologias] e/ou [Procurava ajuda especializada...] e/ou [Conversava com ele(a)...] e sem escolha das 3 opções restantes;</p> <p>Dificultadora: Se escolha de: [Castigava-o...] e/ou [Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei].</p>	Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade dificultadora/facilitadora	<p>94% Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade facilitadora</p> <p>6% Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade dificultadora</p>
	Atitude da família face à Sexualidade dificultadora se:		28-30	Atitude da família face à Sexualidade dificultadora/facilitadora	Atitude da família face à Sexualidade dificultadora
<p>Abordagem ao tema em família</p> <p>Compreensão da importância do papel parental no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável</p> <p>Mitos sobre sexualidade e reprodução</p>	Crença sobre sexualidade e reprodução dificultadora e/ou		<p>28: Considera normal o ato da masturbação:</p> <p>Facilitadora: Se escolha de: 100%(N=2) das respostas [Sim];</p> <p>Dificultadora: Se escolha de pelo menos uma resposta [Não] ou [Não Sei].</p>	Crença sobre sexualidade e reprodução dificultadora/facilitadora	<p>65% Crença sobre sexualidade e reprodução facilitadora</p> <p>35% Crença sobre sexualidade e reprodução dificultadora</p>
Identificar a Aceitação da identidade sexual do(s) seu(s) filho(s)	Identificação e aceitação da orientação sexual ¹⁰ dos filhos ausente e/ou		<p>29. Face à orientação sexual do seu/sua filho(a)/educando(a) considera aceitável:</p> <p>Presente: Se escolha de: 100% das respostas(N=3) [Aceitável] ou [Indiferente];</p> <p>Ausente: Se escolha de pelo menos uma resposta [Não</p>	Identificação e Aceitação da identidade sexual dos filhos presente/ausente	<p>27% Identificação e Aceitação da identidade sexual dos filhos presente</p> <p>73% Identificação e Aceitação da identidade sexual dos filhos ausente</p>

¹⁰ CIPE 2: Identidade Sexual - Identidade pessoal: conjunto de ideias, sentimentos e atitudes que cada um tem sobre a sua identidade sexual, tendo em conta o seu sentir pessoal ou interior como homem ou mulher.

			Aceitável] ou [Não Sei].		
	<p>Forma como lida/lidaria em situação de comportamento sexual de risco/gravidez na adolescência/IST diagnosticada no adolescente</p> <p>Articulação existente com os recursos da comunidade</p>	<p>Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência dificultadora</p>	<p>30: Imagine que no seu seio familiar surge uma das seguintes situações: gravidez não planeada na adolescência, um diagnóstico de infecção sexualmente transmissível ou uma situação de abuso A quem recorreria?</p> <p>30-a) Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência: Facilitadora: Se escolha das 7 opções possíveis com exceção de [Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei]; Dificultadora: Se escolha de:[Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei];</p> <p>30-b) Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de IST diagnosticada na adolescência: Facilitadora: Se escolha das 6 opções possíveis com exceção de [Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei]; Dificultadora: Se escolha de:[Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei];</p> <p>30-c) Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência: Facilitadora: Se escolha das 7 opções possíveis com exceção de [Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei].</p>	<p>Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência dificultadora /facilitadora</p>	<p>83% Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência facilitadora</p> <p>17% Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência dificultadora</p>

Tabela Nº 1 - Sexo dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Sexo (n)		Sexo(%)		Σ Sexo
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
EB Augusto Gomes	13	4	76%	24%	17
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	25	6	81%	19%	31
EB Padre Manuel de Castro	9	6	60%	40%	15
EB Santiago	23	9	72%	28%	32
Σ Estabelecimento de Ensino	70	25	74%	26%	95

Gráfico Nº 1 - Sexo dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino

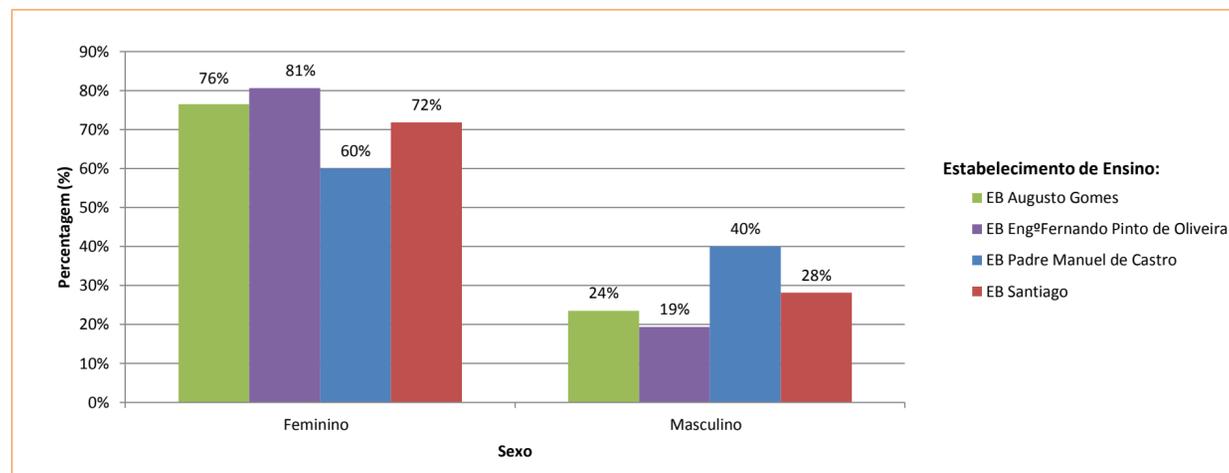
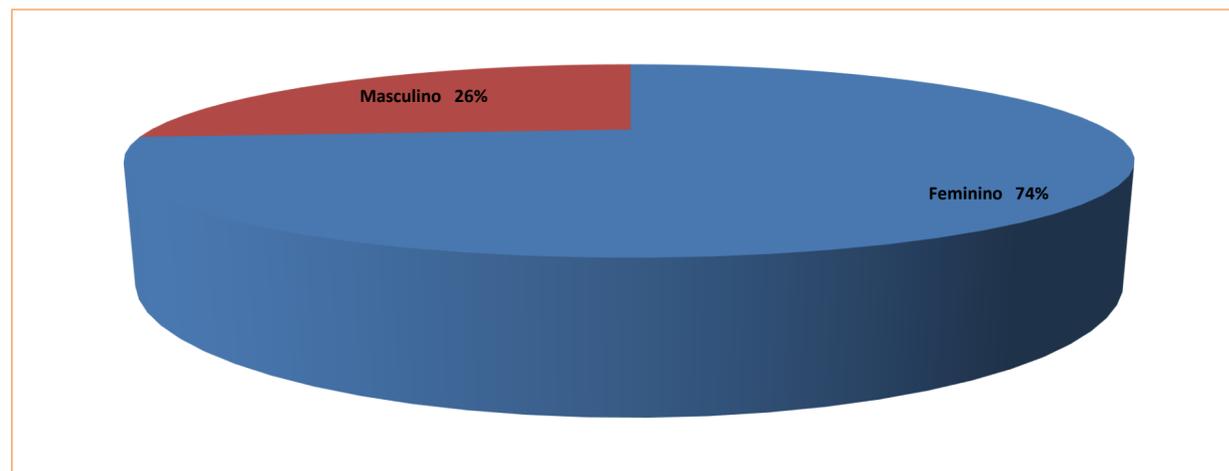


Gráfico Nº 2 - Sexo dos Encarregados de Educação(Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao sexo dos Encarregados de Educação (EE) por estabelecimento de ensino. O sexo predominante nos estabelecimentos de ensino descritos é o sexo feminino (74% no Σ dos estabelecimentos de ensino).

Sexo

O Sexo pode ser Sexo Feminino ou Sexo Masculino.

Estabelecimentos de Ensino

Os Estabelecimentos de Ensino presentes na amostra são:-EB Augusto Gomes; -EB Engº Fernando Pinto de Oliveira;-EB Padre Manuel de Castro e - EB Santiago.

Tabela Nº 2 - Nível de Escolaridade dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Nível de Escolaridade					Σ %
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Ensino Secundário	Ensino Superior	
EB Augusto Gomes	1	1	4	7	4	17
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	6	2	11	8	31
EB Padre Manuel de Castro	0	3	5	4	4	16
EB Santiago	2	4	12	6	9	33
Σ Estabelecimentos de Ensino (n)	7	14	23	28	25	97
Σ Estabelecimentos de Ensino (%)	7%	14%	24%	29%	26%	100%

Gráfico Nº 3 - Nível de Escolaridade dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino

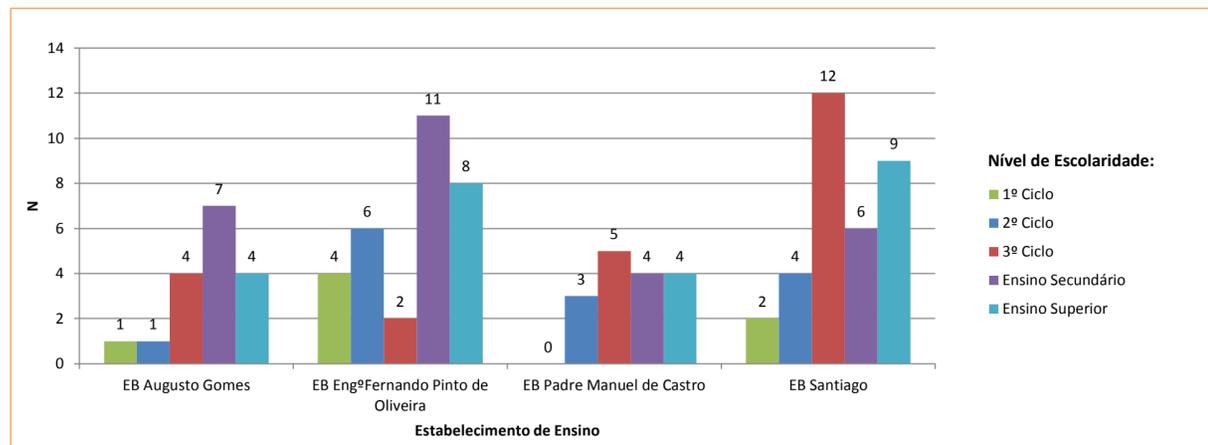
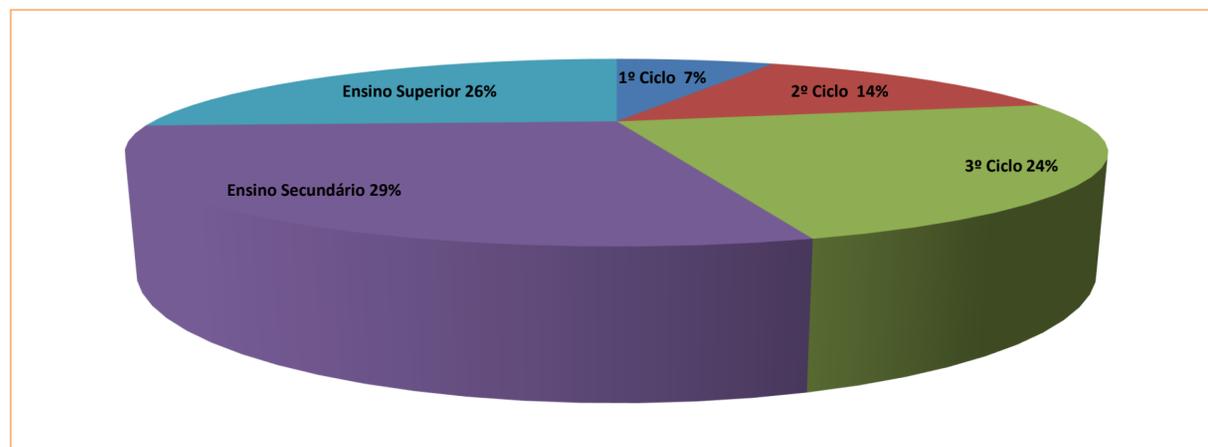


Gráfico Nº 4- Nível de Escolaridade dos Encarregados de Educação(Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao nível de escolaridade dos encarregados de educação por estabelecimento de ensino. O nível de escolaridade predominante nos estabelecimentos de ensino descritos é o ensino secundário (29% no Σ dos estabelecimentos de ensino) seguido do ensino superior ensino secundário (26% no Σ dos estabelecimentos de ensino). Nas EB's Augusto Gomes e Engº Fernando Pinto de Oliveira o nível de escolaridade predominante é o ensino secundário, enquanto que nas EB's Padre Manuel de Castro e Santiago é o 3º ciclo.

Nível de Escolaridade

Considera-se como nível de escolaridade: **1º Ciclo** os estudos concluídos até ao 4º ano de escolaridade; Considera-se como nível de escolaridade: **2º Ciclo** os estudos concluídos até ao 6º ano de escolaridade; Considera-se como nível de escolaridade: **3º Ciclo** os estudos concluídos até ao 9º ano de escolaridade; Considera-se como nível de escolaridade: **Ensino Secundário** os estudos concluídos até ao 12º ano de escolaridade e considera-se como nível de escolaridade: **Ensino Superior** os estudos concluídos no ensino universitário.

Tabela Nº 3 - Intervalos de Idade dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Intervalos de Idade						Σ
	</=20 A	[21-30]	[31-40]	[41-50]	[51-60]	>60 A	
EB Augusto Gomes	0	1	8	7	0	0	16
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	2	5	13	8	2	0	30
EB Padre Manuel de Castro	0	2	8	4	1	1	16
EB Santiago	0	9	16	8	0	0	33
Σ Estabelecimentos de Ensino (n)	2	17	45	27	3	1	95
Σ Estabelecimentos de Ensino (%)	2%	18%	47%	28%	3%	1%	100%

Gráfico Nº 5 - Intervalos de Idade dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino

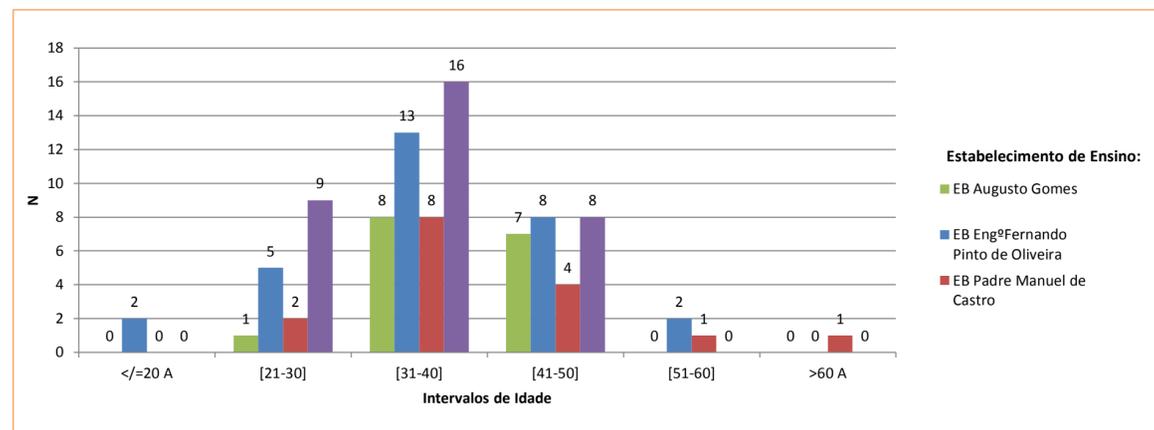
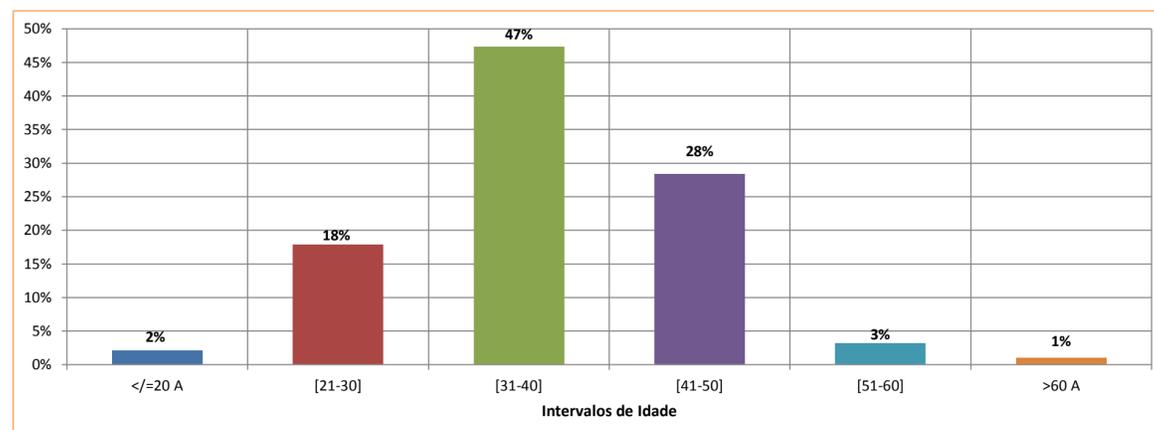


Gráfico Nº 6- Intervalos de Idade dos Encarregados de Educação(Σ %)



Descrição

Os dados referem-se aos intervalos de idade dos EE por estabelecimento de ensino. A idade predominante situa-se no intervalo [31-40] (47%). De ressaltar que as idades escolhidas no intervalo </=20 A) foram 8 e 9 anos de idade, suspeitando-se que estas idades sejam as dos filhos de dois encarregados de educação.

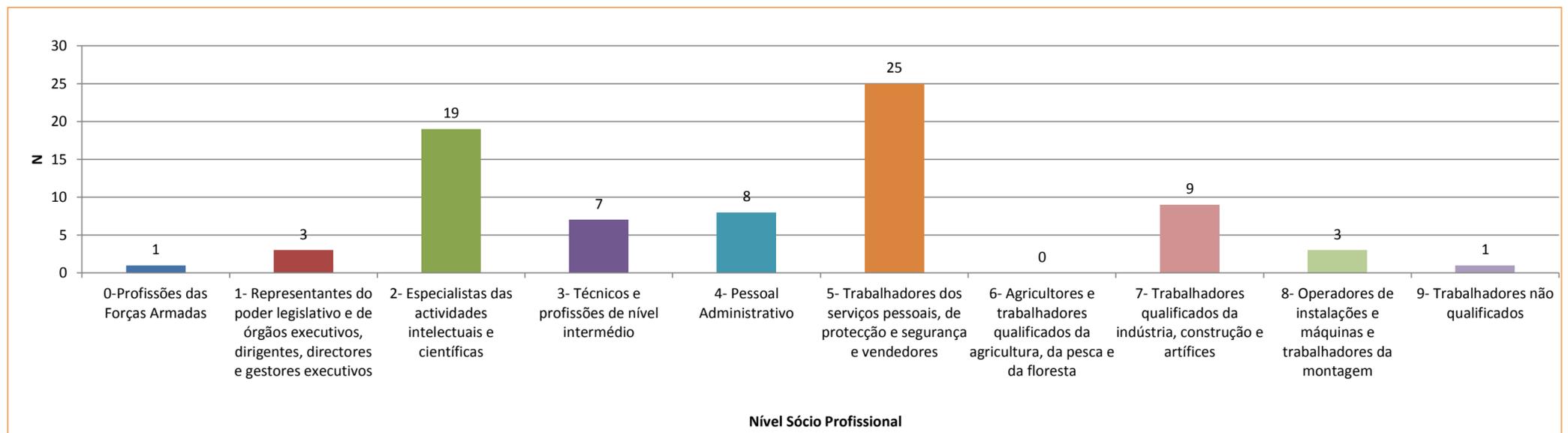
Intervalos de Idade

Foram criados intervalos de idade para uma maior facilidade de visualização dos dados, a maioria com um intervalo de idades de 10 anos. Consideram-se os seguintes intervalos de idade:</=20 A(menor ou igual a 20 Anos de idade); [21-30];[31-40];[41-50];[51-60];>60 A(maior que 60 Anos de idade).

Tabela Nº 4 - Nível Sócio Profissional dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	0-Profissões das Forças Armadas	1- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos	2- Especialistas das actividades intelectuais e científicas	3- Técnicos e profissões de nível intermédio	4- Pessoal Administrativo	5- Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	6- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	7- Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	8- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	9- Trabalhadores não qualificados	Σ
EB Augusto Gomes	0	1	4	4	1	3	0	2	0	0	15
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	1	2	5	1	3	11	0	2	1	0	26
EB Padre Manuel de Castro	0	0	4	1	2	3	0	3	1	0	14
EB Santiago	0	0	6	1	2	8	0	2	1	1	21
Σ Estabelecimentos de Ensino	1	3	19	7	8	25	0	9	3	1	76

Gráfico Nº 7 - Nível Sócio Profissional dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino



Descrição

Os dados referem-se ao nível sócio profissional dos EE por estabelecimento de ensino. Verifica-se que o grupo 5 com um n=25 é o nível sócio profissional maioritário seguido do grupo 2 com n=19, de um Σ de 76.

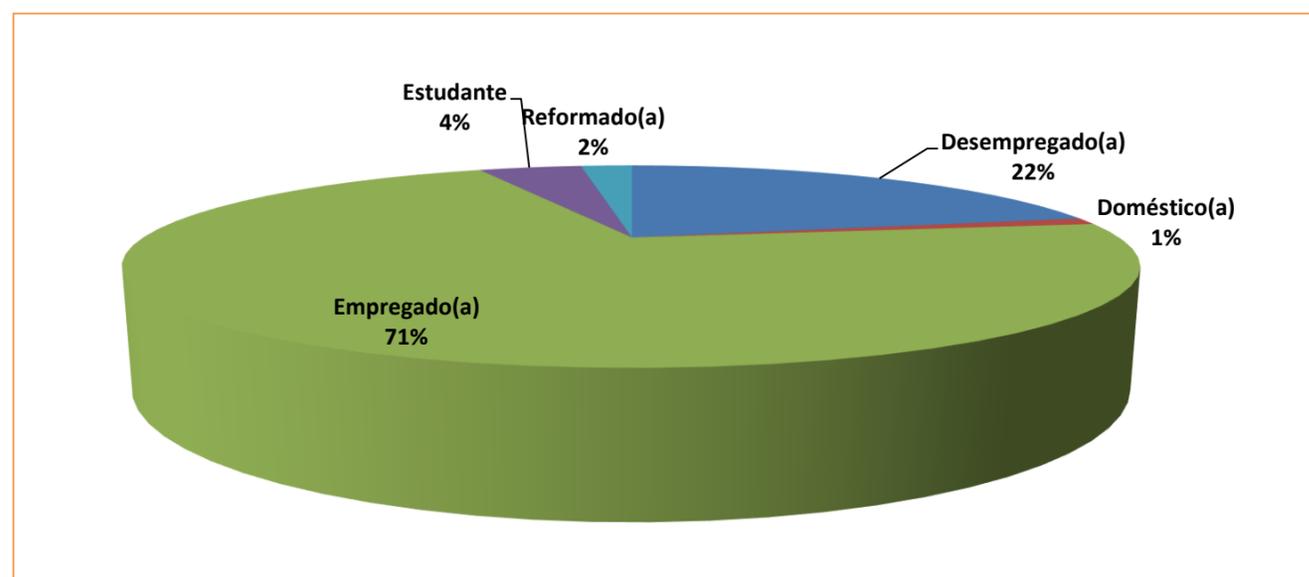
Nível Sócio Profissional

O Nível Sócio Profissional é caracterizado de acordo com a Classificação Portuguesa de Profissões 2010 (https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CckQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fnet_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D107962055%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=GzwdVIPXAYmfyqO_0ICqBq&usq=AFQicNHUrDkfJQ56OXwzLWBzeKw0KjPwaw&sig2=y3pITmC2h2u-Sr9ew04DwA&bvm=bv.74115972,d.bGQ)

Tabela Nº 5 - Situação Profissional Atual dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Desempregado(a)	Desempregado(a)	Doméstico(a)	Doméstico(a)	Empregado(a)	Empregado(a)	Estudante	Estudante	Reformado(a)	Reformado(a)	Σ Situação Profissional Atual
EB Augusto Gomes	3	19%		0%	11	69%	1	6%	1	6%	16
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	14%	1	3%	22	76%	2	7%		0%	29
EB Padre Manuel de Castro	4	25%		0%	11	69%		0%	1	0%	16
EB Santiago	9	27%		0%	23	70%	1	3%		0%	33
Σ Estabelecimentos de Ensino (n)	20	21%	1	1%	66	70%	4	4%	2	0%	94
Σ Estabelecimentos de Ensino (%)	21%		1%		70%		4%		2%		100%

Gráfico Nº 8 - Situação Profissional Atual dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino



Descrição

Os dados referem-se à situação profissional atual dos EE por estabelecimento de ensino. Verifica-se que 71% dos EE se encontram empregados e 22% desempregados.

Situação Profissional

Refere-se à situação de emprego atual de cada Encarregado de Educação. São estabelecidas 5 categorias: Desempregado(a); Doméstico(a); Empregado(a); Estudante e Reformado(a).

Tabela Nº 6 - Considera as Bebidas Alcoólicas drogas?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	1	0	1	2	2%
Não	6	16	4	17	43	48%
Sim	10	10	11	14	45	50%
Σ	16	27	15	32	90	100%

Gráfico Nº 9 -Considera as Bebidas Alcoólicas drogas?

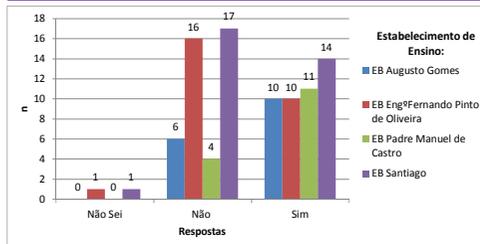


Tabela Nº 7 - Considera o Tabaco uma droga?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	0	0	1	2	2%
Não	5	16	3	9	33	36%
Sim	12	12	11	22	57	62%
Σ	17	28	15	32	92	100%

Gráfico Nº 10 - Considera o Tabaco uma droga?

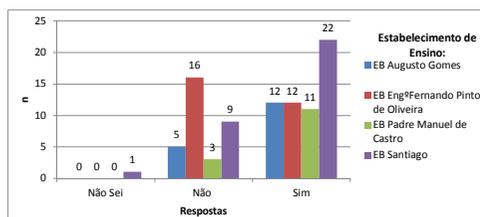


Tabela Nº 8 - Considera os Medicamentos drogas?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	4	2	1	7	8%
Não	1	7	4	9	21	23%
Sim	15	17	9	21	62	69%
Σ	16	28	15	31	90	100%

Gráfico Nº 11 - Considera os Medicamentos drogas?

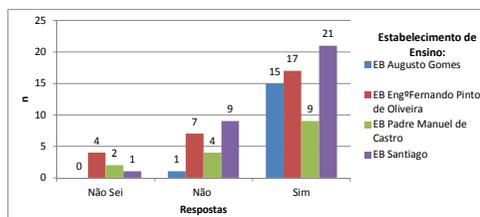


Tabela Nº 9 - Considera a Cannabis uma droga?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	4	2	1	7	8%
Não	1	7	4	9	21	23%
Sim	15	17	9	21	62	69%
Σ	16	28	15	31	90	100%

Gráfico Nº 12 - Considera a Cannabis uma droga?

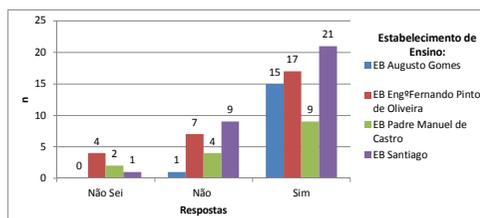


Tabela Nº 10 - Considera a Cocaína uma droga?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	0	0	0	0	0%
Não	0	3	1	1	5	5%
Sim	17	28	15	32	92	95%
Σ	17	31	16	33	97	100%

Gráfico Nº 13 - Considera a Cocaína uma droga?

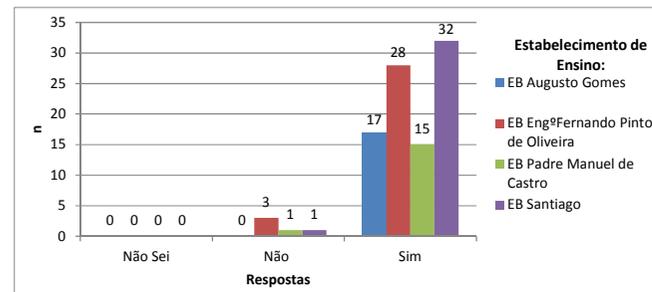


Tabela Nº 11 - Considera a Heroína uma droga?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	0	0	0	0	0%
Não	0	3	1	1	5	5%
Sim	17	28	15	32	92	95%
Σ	17	31	16	33	97	100%

Gráfico Nº 14 - Considera a Heroína uma droga?

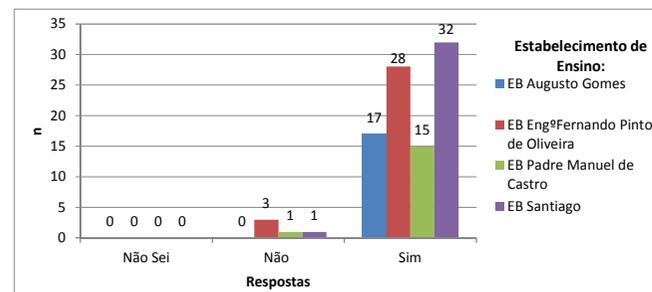


Tabela Nº 12- Considera as Anfetaminas drogas?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	1	2	1	4	8	8%
Não	0	3	1	2	6	6%
Sim	16	24	14	27	81	85%
Σ	17	29	16	33	95	100%

Gráfico Nº 15 - Considera as Anfetaminas drogas?

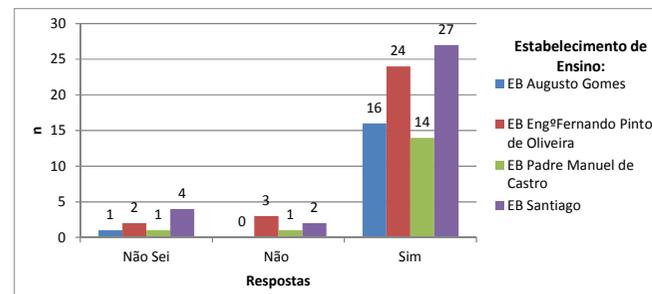


Tabela Nº 13- Considera a LSD uma droga?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	2	5	2	11	20	21%
Não	1	3	1	1	6	6%
Sim	13	22	13	21	69	73%
Σ	16	30	16	33	95	100%

Gráfico Nº 16 - Considera a LSD uma droga?

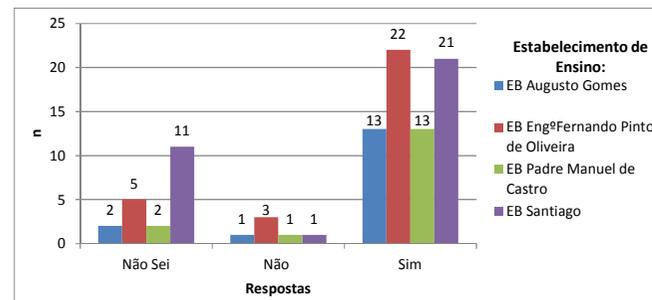
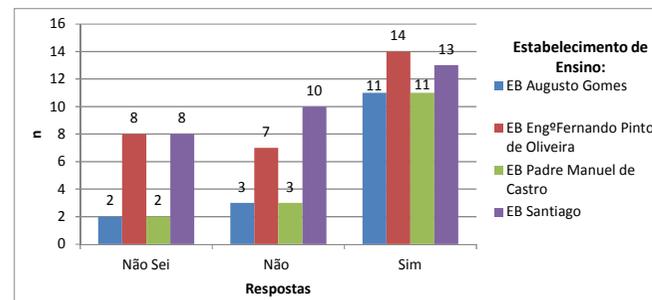


Tabela Nº 14 - Considera as Colas drogas?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	2	8	2	8	20	22%
Não	3	7	3	10	23	25%
Sim	11	14	11	13	49	53%
Σ	16	29	16	31	92	100%

Gráfico Nº 17 - Considera as Colas drogas?



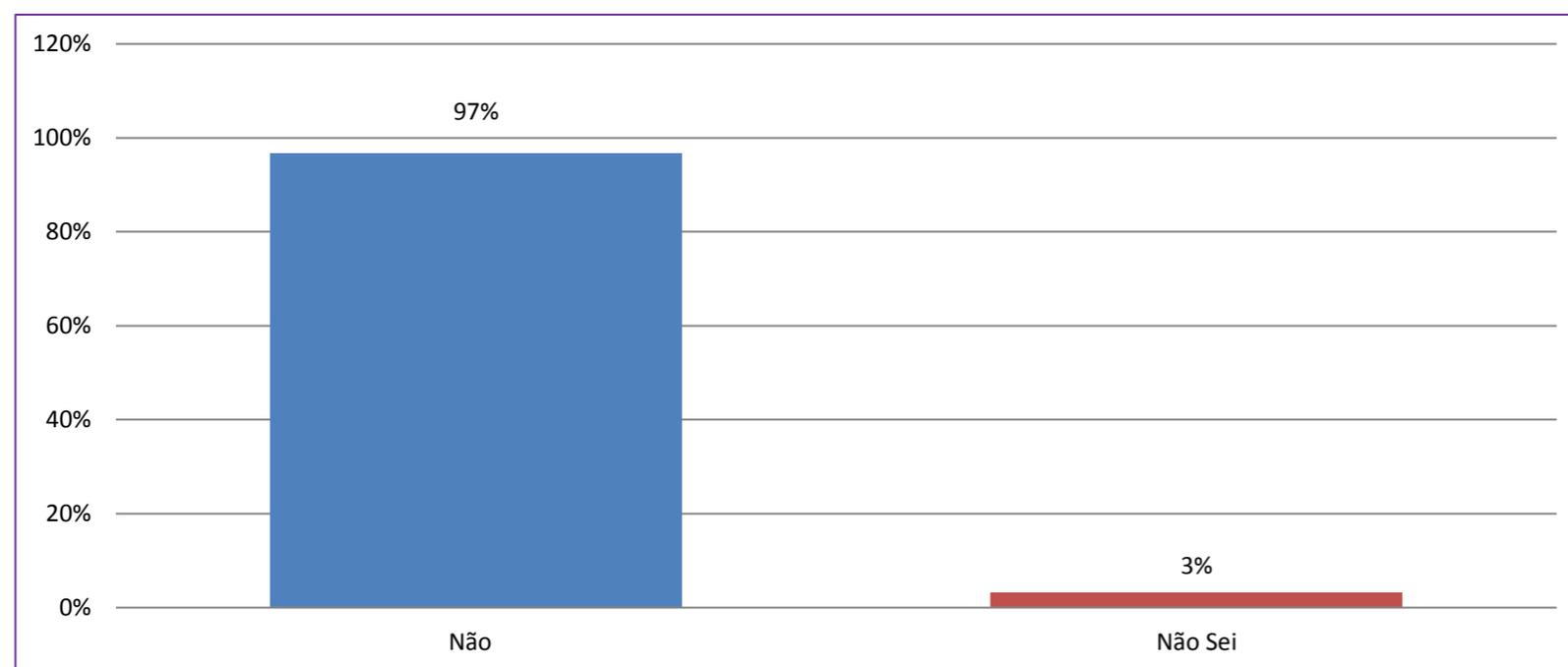
Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento apresentado pelos Encarregados de Educação (EE) acerca das Substâncias Psicoativas (SPA) existentes. É possível verificar no Gráfico nº 9 que as bebidas alcoólicas não são consideradas drogas por muitos dos EE, bem como o tabaco não foi considerado droga por 16 dos 28 questionados na Escola EB Engº Fernando Pinto de Oliveira, como é possível observar-se na Tabela nº 7. As colas é a SPA que mais dúvida desencadeou nos EE questionados. Somando o número de EE em dúvida e os que responderam "Não", somos confrontados com 47% de EE com desconhecimento face a esta SPA.

Tabela Nº 15 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	
Não	17	27	14	30	88
Não	100%	96%	93%	97%	97%
Não Sei	0	1	1	1	3
Não Sei	0%	4%	7%	3%	3%
Σ Respostas	17	28	15	31	91

Gráfico Nº 18 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade?" (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos EE acerca da idade permitida pela legislação portuguesa para o consumo de álcool por adolescentes.

Tabela Nº 16 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "Das seguintes substâncias quais considera serem drogas?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	8	47%	9	53%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	6	19%	26	81%	32	32%
EB Padre Manuel de Castro	6	38%	10	63%	16	16%
EB Santiago	5	15%	28	85%	33	33%
Σ Estabelecimentos de Ensino	25	25%	74	75%	99	100%

Gráfico Nº 19 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "Das seguintes substâncias quais considera serem drogas?" (Σ%)

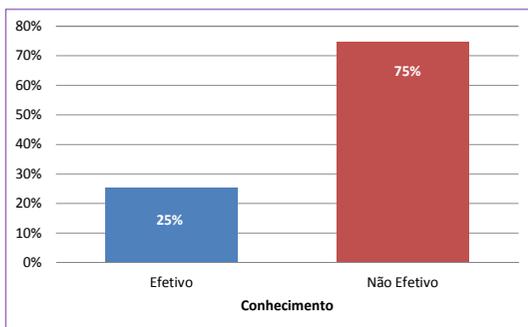


Tabela Nº 17 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	17	100%	0	0%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	27	84%	5	16%	32	32%
EB Padre Manuel de Castro	14	88%	2	13%	16	16%
EB Santiago	30	91%	3	9%	33	33%
Σ Estabelecimentos de Ensino	88	89%	11	11%	99	100%

Gráfico Nº 20 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade?" (Σ%)

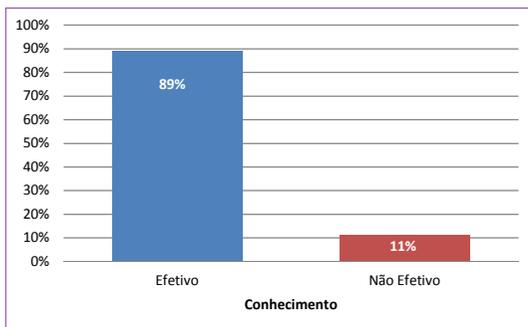
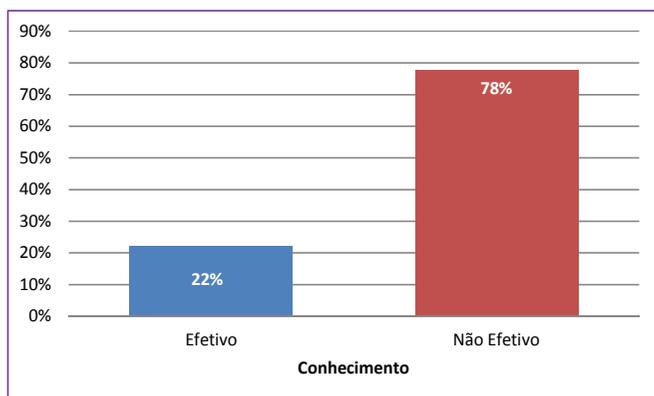


Tabela Nº 18 - Conhecimento sobre os Tipos de SPA Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	8	36%	9	12%	17	17%
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	4	18%	28	36%	32	32%
EB Padre Manuel de Castro	5	23%	11	14%	16	16%
EB Santiago	5	23%	28	36%	33	33%
Σ Estabelecimentos de Ensino	22	22%	77	78%	99	100%

Gráfico Nº 21 - Conhecimento sobre os Tipos de SPA Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se aos diagnósticos de enfermagem obtidos em relação os Tipos de SPA existentes.

Gráfico Nº 22- Resposta à questão "Com que idade, em média, considera que os jovens começam a consumir as seguintes substâncias?"

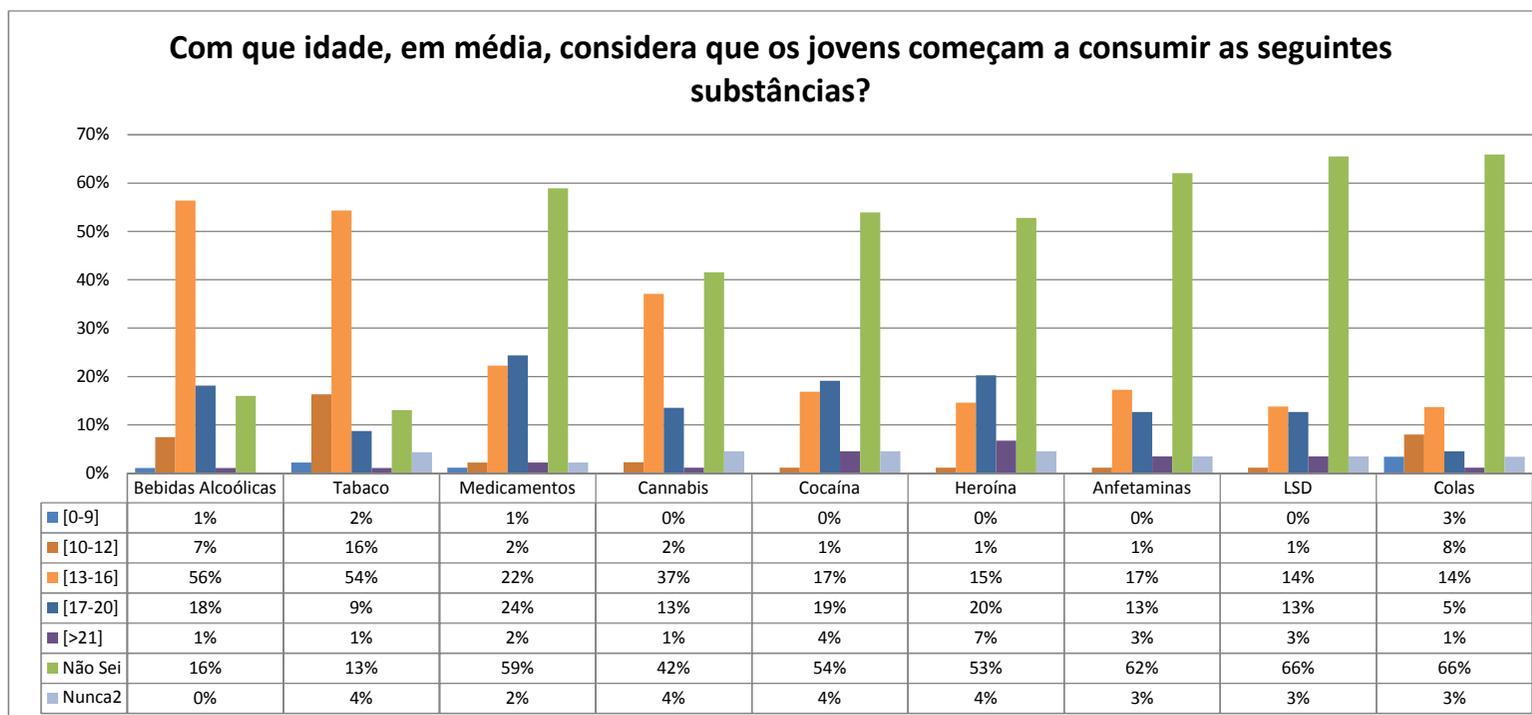


Tabela Nº 19 - Conhecimento sobre idade de início de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	0	0%	17	100%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	1	3%	31	97%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	1	6%	15	94%	16	16%
EB Santiago	1	3%	32	97%	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	3	3%	95	97%	98	100%

Gráfico Nº 23 - Conhecimento sobre idade de início de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

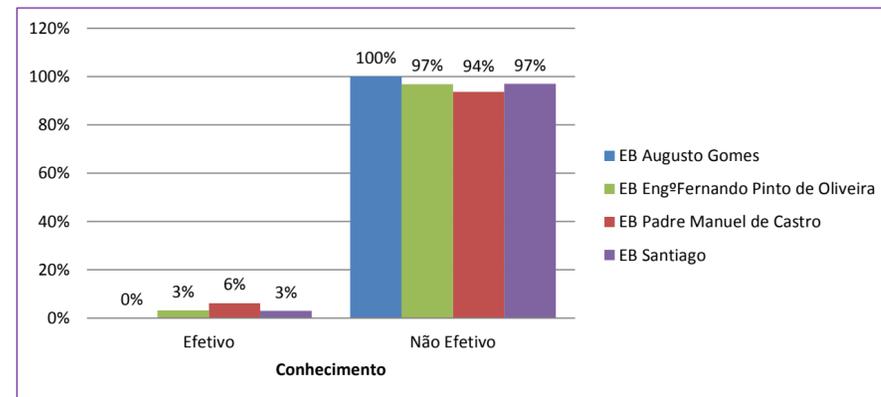
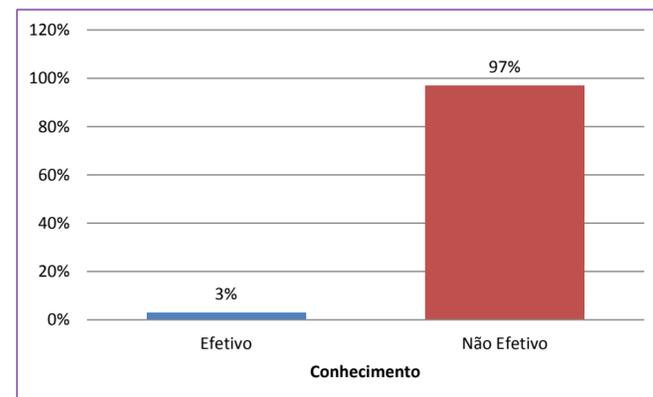


Gráfico Nº 24- Conhecimento sobre idade de início de consumo de SPA Efetivo/ Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos EE sobre a idade de início de consumo dos jovens dos vários tipos de SPA existentes.

Tabela Nº 20 - Fatores Influenciadores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

Fatores Influenciadores	Estabelecimento de Ensino				Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Aceitação e influência do grupo de amigos	17	28	13	30	88	35%
Alívio de Sintomas	7	2	3	12	24	10%
Procura de novas experiências	16	25	12	26	79	32%
Dificuldade em lidar com a autoridade dos pais	7	7	2	7	23	9%
Imitação do comportamento dos familiares	10	6	9	11	36	14%
Σ Fatores Influenciadores	57	68	39	86	250	100%

Gráfico Nº 25 - Fatores Influenciadores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

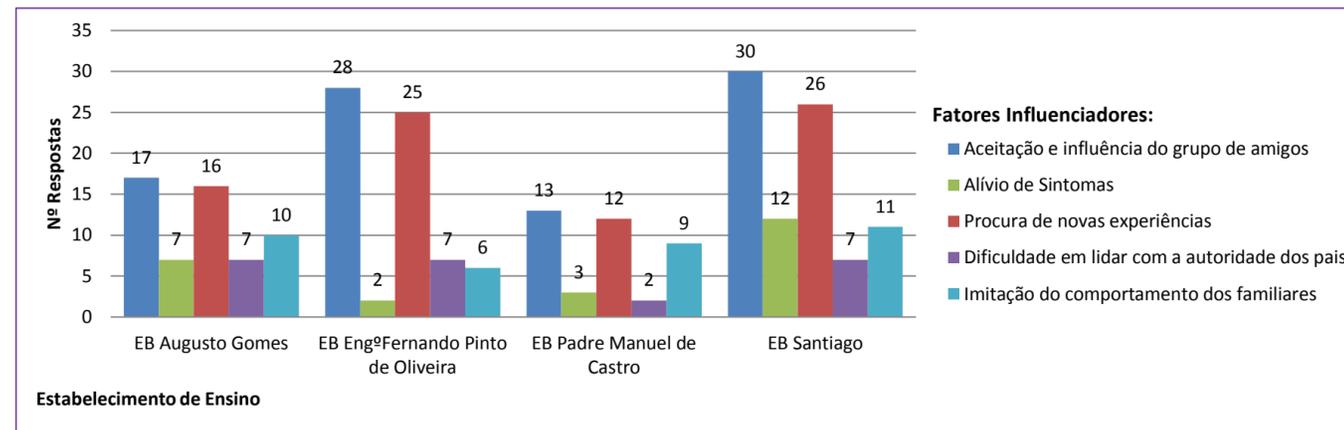
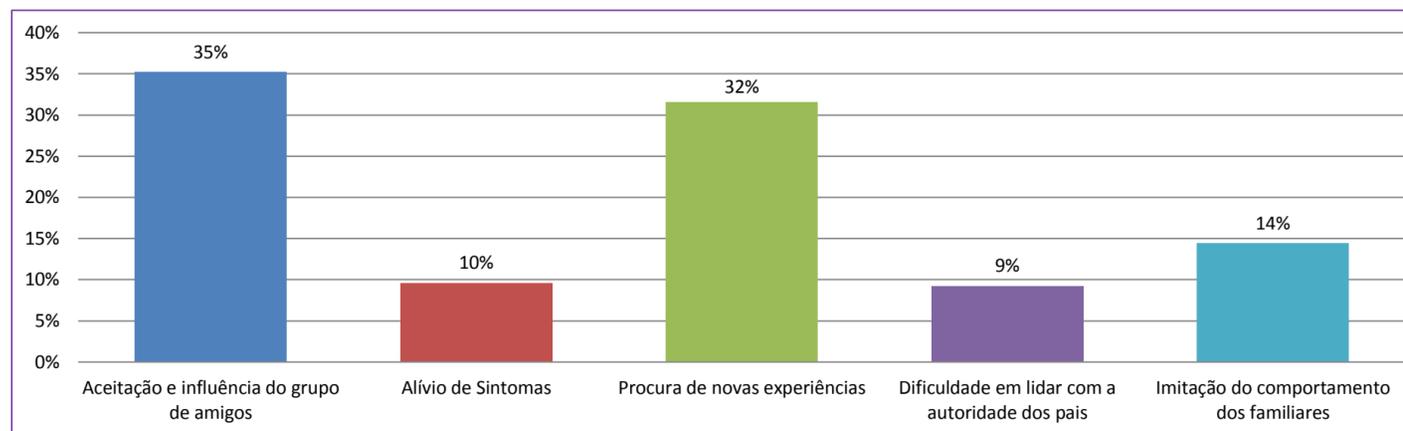


Gráfico Nº 26- Fatores Influenciadores de consumo de SPA (Σ%)



Descrição

Os dados apresentados referem-se ao conhecimento dos EE sobre os fatores influenciadores do consumo de SPA. Os dados estão representados por estabelecimento de ensino e na sua globalidade.

Tabela Nº 21 - Fatores Protetores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

Fatores Protetores	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Capacidade de adaptação	13	14	6	15	48	23%
Capacidade de resolução de problemas	14	15	7	20	56	27%
Envolvimento nas atividades da escola	13	16	5	13	47	22%
Procura de sensações	4	9	7	10	30	14%
Baixa expectativa de sucesso	3	4	3	9	19	9%
Temperamento difícil	3	1	1	5	10	5%
Σ Fatores Protetores	50	59	29	72	210	100%

Gráfico Nº 27 - Fatores Protetores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

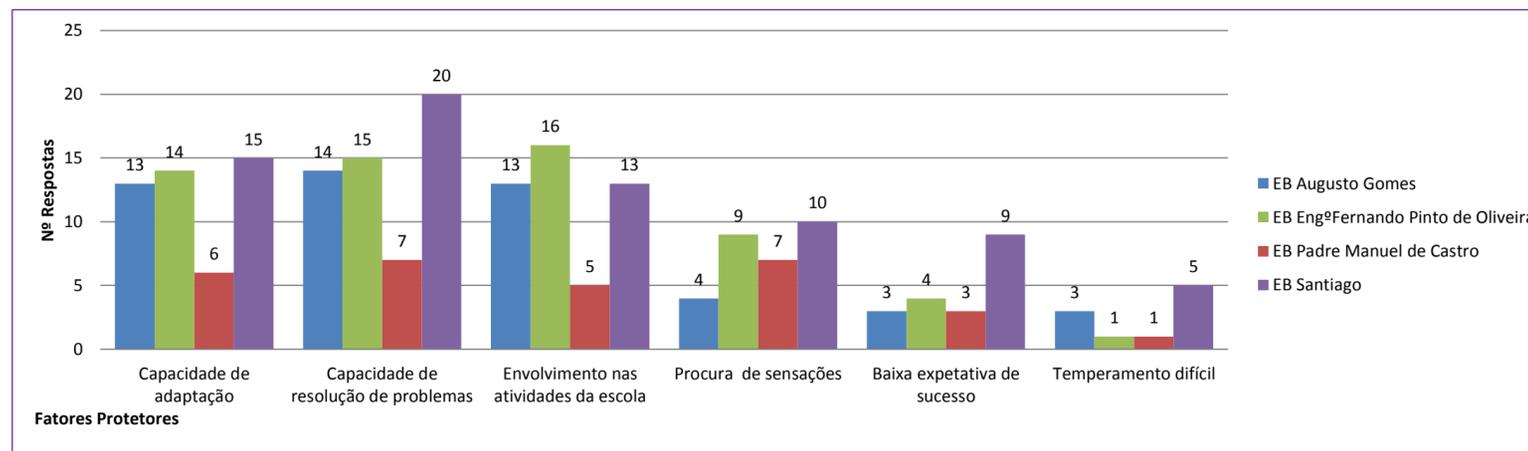
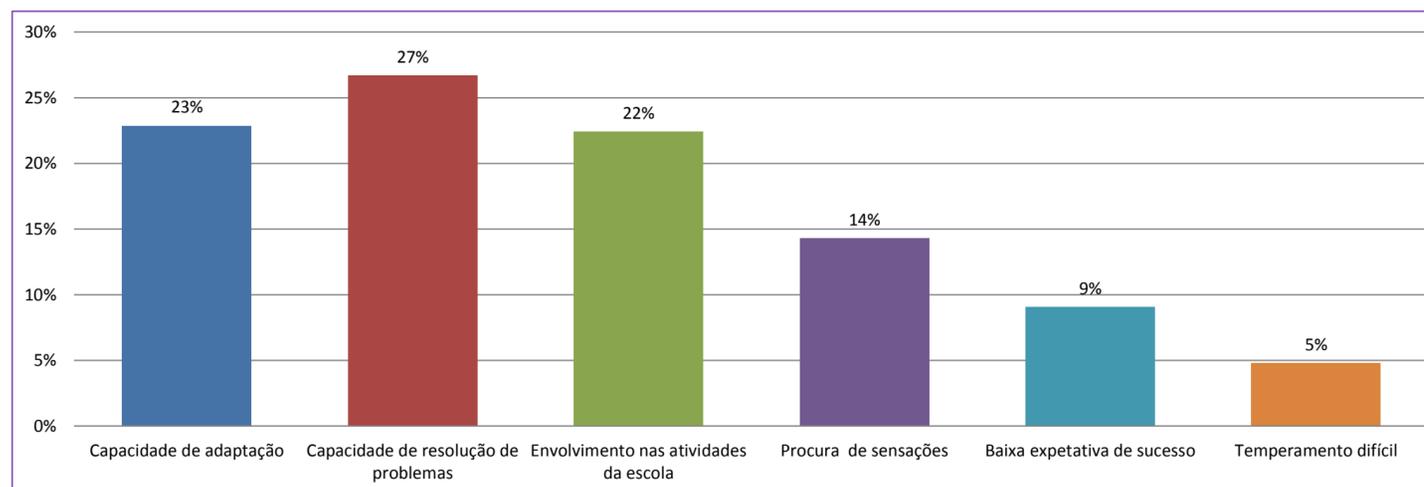


Gráfico Nº 28- Fatores Protetores de consumo de SPA (Σ%)



Descrição

Os dados apresentados referem-se ao conhecimento dos EE sobre os fatores protetores do consumo de SPA. Os dados estão representados por estabelecimento de ensino e na sua globalidade.

Tabela Nº 22 - Diagnóstico de Enfermagem para Conhecimento sobre Fatores Influenciadores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	12	71%	5	29%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	10	31%	22	69%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	6	38%	10	63%	16	16%
EB Santiago	13	39%	20	61%	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	41	42%	57	58%	98	100%

Gráfico Nº 29 - Diagnóstico de Enfermagem para Conhecimento sobre Fatores Influenciadores de consumo de SPA (Σ%)

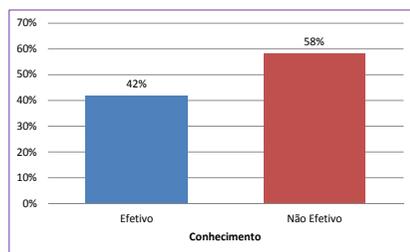


Tabela Nº 23- Diagnóstico de Enfermagem para Conhecimento sobre Fatores Protetores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	14	82%	3	18%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	15	47%	17	53%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	6	38%	10	63%	16	16%
EB Santiago	17	52%	16	48%	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	52	53%	46	47%	98	100%

Gráfico Nº 30 - Diagnóstico de Enfermagem para Conhecimento sobre Fatores Protetores de consumo de SPA (Σ%)

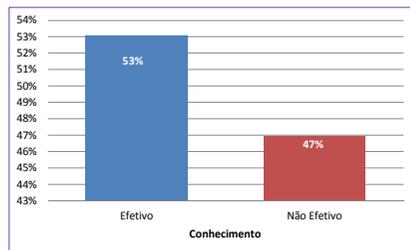
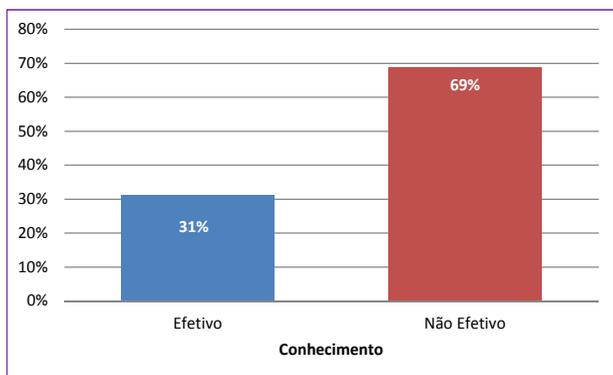


Tabela Nº 24 - Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes Efetivo/não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	12	71%	5	29%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	7	22%	25	78%	32	32%
EB Padre Manuel de Castro	3	19%	13	81%	16	16%
EB Santiago	9	27%	24	73%	33	33%
Σ Estabelecimentos de Ensino	31	31%	68	69%	99	100%

Gráfico Nº 31 - Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes Efetivo/não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido sobre os fatores protetores e os fatores influenciadores do consumo de SPA nos adolescentes.

Tabela Nº 25 - Sinais de Alerta de Uso de SPA por Estabelecimento de Ensino

Sinais de Alerta	Estabelecimento de Ensino				Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Irritabilidade	14	19	11	21	65	21%
Falta de concentração	13	15	5	19	52	17%
Rendimento escolar diminuído	12	21	9	19	61	20%
Alterações na interação social	17	20	11	23	71	23%
Alterações do padrão de sono	8	16	6	15	45	15%
Dores físicas	1	0	0	0	1	0%
Tremores	1	0	0	0	1	0%
Alterações do apetite	0	0	0	1	1	0%
Mudança de amigos	1	0	0	0	1	0%
Sinais corporais (cicatrices, manchas, marcas, olhos vidrados, palidez, olhos vermelhos)	0	2	0	1	3	1%
Pedido recorrente de dinheiro	0	1	0	0	1	0%
Mudança radical de comportamento	0	1	0	0	1	0%
Outros	0	1	0	0	1	0%
Σ Sinais de Alerta	67	96	42	99	304	100%

Gráfico Nº 32 - Sinais de Alerta de Uso de SPA (Σ%)

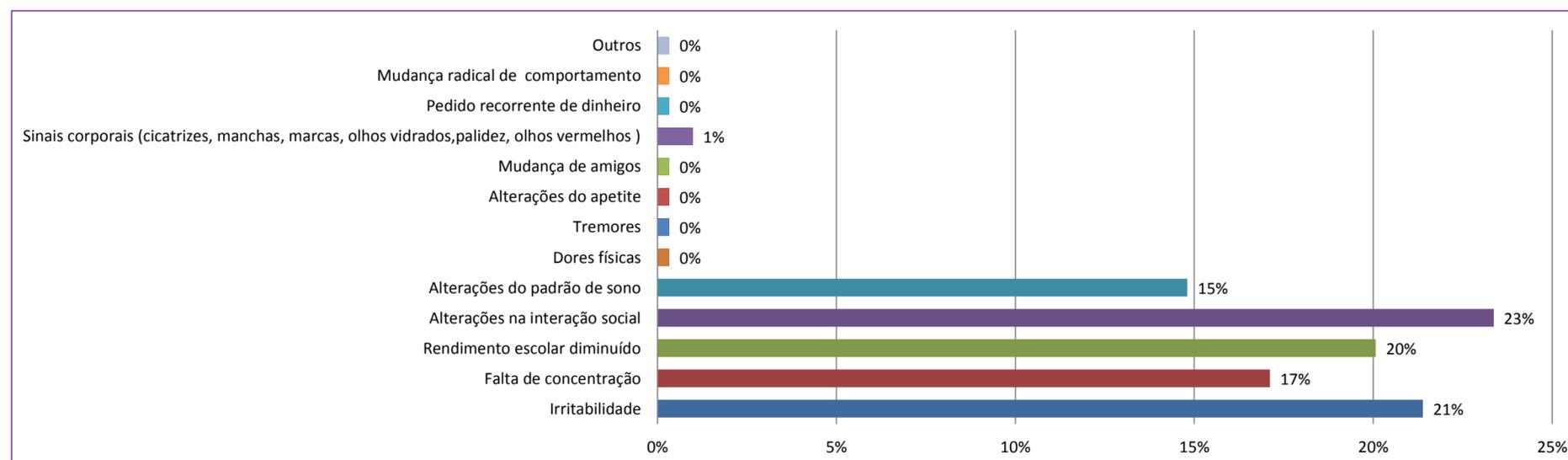
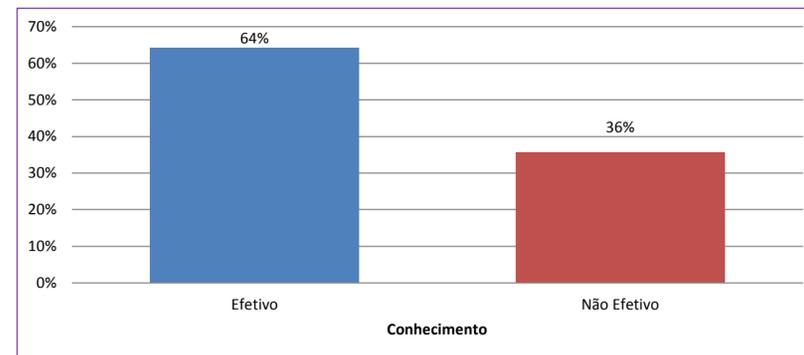


Tabela Nº 26 -Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	14	82%	3	18%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	18	56%	14	44%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	8	50%	8	50%	16	16%
EB Santiago	23	70%	10	30%	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	63	64%	35	36%	98	100%

Gráfico Nº 33 - Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



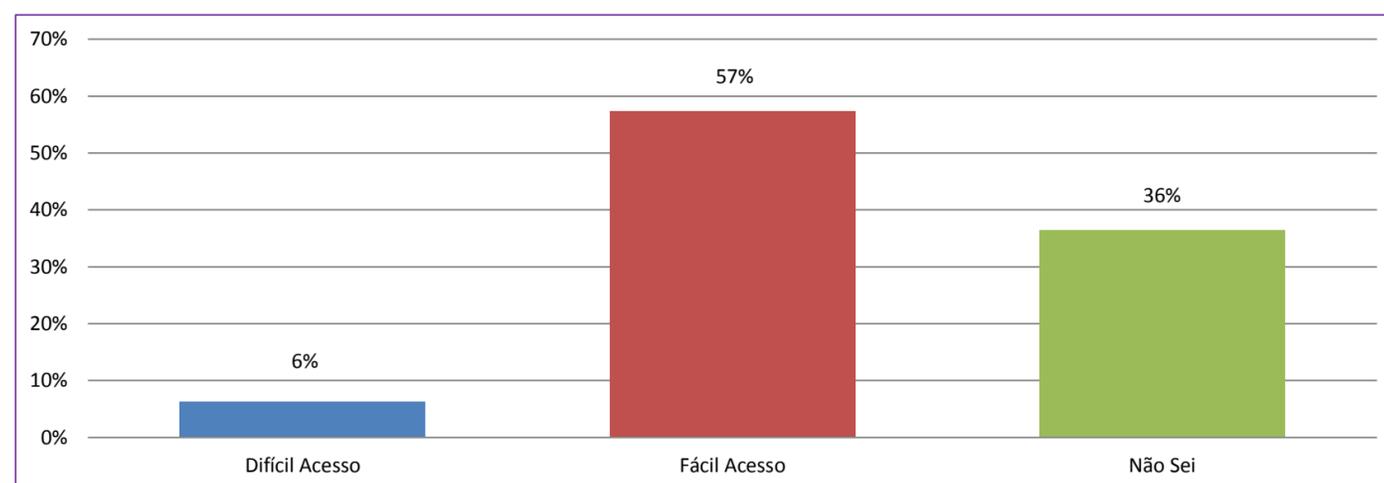
Descrição

Os dados apresentados referem-se ao conhecimento dos EE sobre os diferentes sinais de alerta existentes do consumo de SPA.

Tabela Nº 27 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Qual a sua percepção em relação ao acesso a substâncias junto às escolas, mesmo para os menores de idade?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Difícil Acesso	0	2	0	4	6	6%
Fácil Acesso	12	20	10	13	55	57%
Não Sei	4	10	6	15	35	36%
Σ Respostas	16	32	16	32	96	100%

Gráfico Nº 34 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Qual a sua percepção em relação ao acesso a substâncias junto às escolas, mesmo para os menores de idade?" (Σ%)



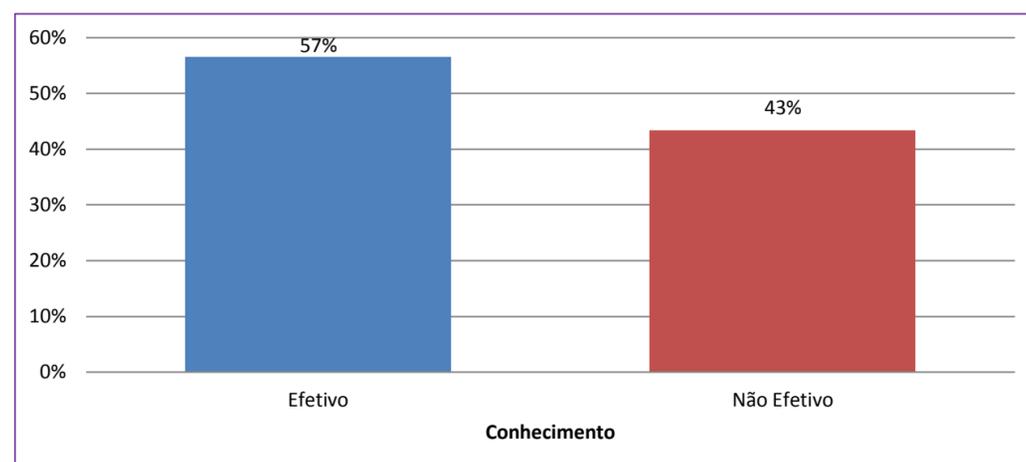
Descrição

Os dados apresentados referem-se à percepção dos EE relativamente à acessibilidade a SPA pelos menores de idade junto aos estabelecimentos de ensino.

Tabela Nº 28 -Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	12	71%	5	29%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	20	63%	12	38%	32	32%
EB Padre Manuel de Castro	10	63%	6	38%	16	16%
EB Santiago	13	39%	20	61%	33	33%
Σ Estabelecimentos de Ensino	56	57%	43	43%	99	100%

Gráfico Nº 35 - Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



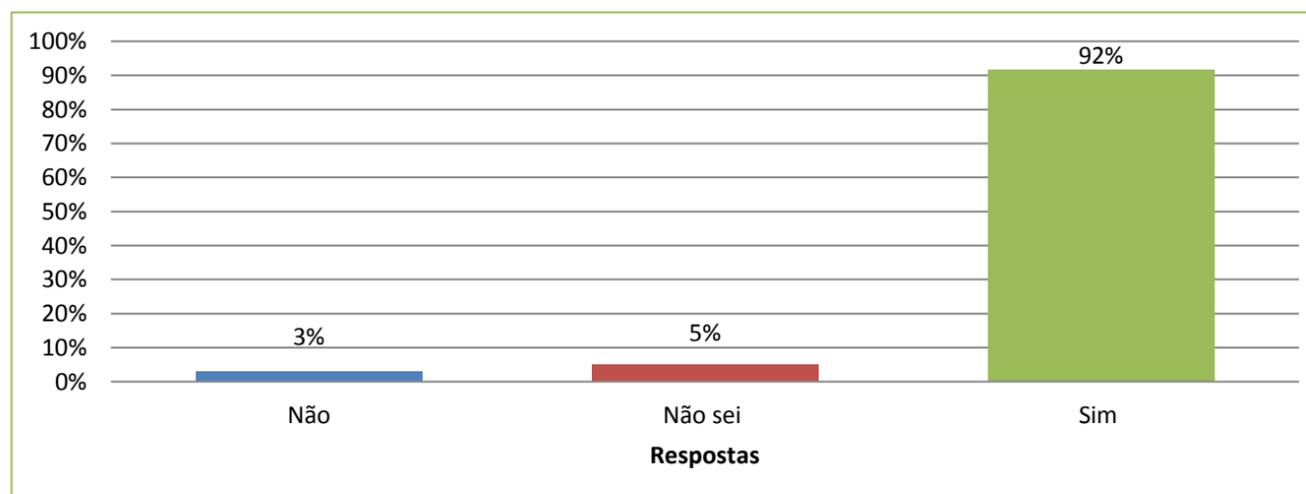
Descrição

Os dados indicam o conhecimento dos EE sobre a disponibilidade e os locais de acesso a SPA.

Tabela Nº 29- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "A internet, as redes sociais, os jogos (computador, consolas), a televisão e o telemóvel podem provocar dependência nas crianças, jovens e adultos?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	0	3	0	0	3	3%
Não sei	0	2	0	3	5	5%
Sim	16	27	16	30	89	92%
Σ Respostas	16	32	16	33	97	100%

Gráfico Nº 36 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "A internet, as redes sociais, os jogos (computador, consolas), a televisão e o telemóvel podem provocar dependência nas crianças, jovens e adultos?" (Σ%)



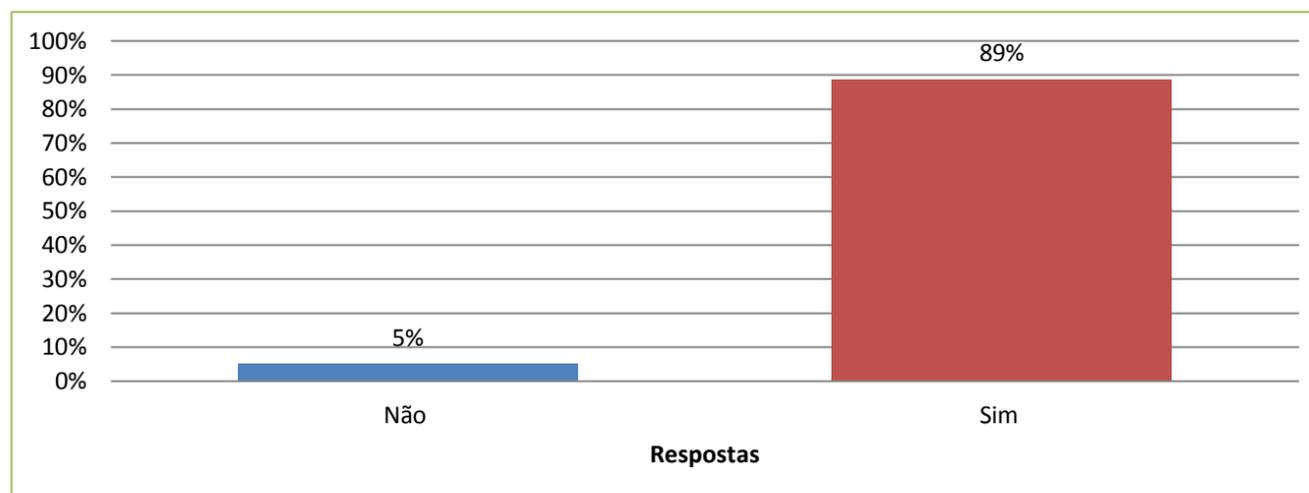
Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos EE sobre a possibilidade da ocorrência de dependência pelo uso excessivo de redes sociais, jogos, televisão e telemóvel.

Tabela Nº 30- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera que o uso excessivo da internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel pode influenciar negativamente os comportamentos do seu/sua filho(a)/educando(a)?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	0	3	2	0	5	5%
Sim	15	27	14	30	86	89%
Σ Respostas	16	32	16	33	97	100%

Gráfico Nº 37 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera que o uso excessivo da internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel pode influenciar negativamente os comportamentos do seu/sua filho(a)/educando(a)?" (Σ%)



Descrição

Os dados apresentados estão relacionados com o conhecimento dos EE sobre a possibilidade do uso excessivo de internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel influenciar negativamente os comportamentos das crianças e jovens.

Tabela Nº 31 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "A internet, as redes sociais, os jogos (computador, consolas), a televisão e o telemóvel podem provocar dependência nas crianças, jovens e adultos?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	16	94%	1	6%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	27	84%	5	16%	32	32%
EB Padre Manuel de Castro	16	100%	0	0%	16	16%
EB Santiago	30	91%	3	9%	33	33%
Σ Estabelecimentos de Ensino	90	91%	9	9%	99	100%

Gráfico Nº 38 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "A internet, as redes sociais, os jogos (computador, consolas), a televisão e o telemóvel podem provocar dependência nas crianças, jovens e adultos?" (Σ%)

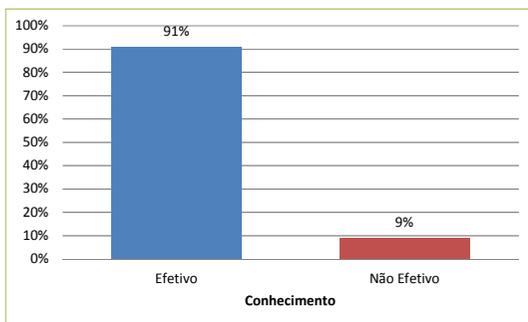


Tabela Nº 32- Diagnóstico de Enfermagem para a questão "Considera que o uso excessivo da internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel pode influenciar negativamente os comportamentos do seu/sua filho(a)/educando(a)?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	15	88%	2	12%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	27	84%	5	16%	32	32%
EB Padre Manuel de Castro	14	88%	2	13%	16	16%
EB Santiago	30	91%	3	9%	33	33%
Σ Estabelecimentos de Ensino	87	88%	12	12%	99	100%

Gráfico Nº 39 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "Considera que o uso excessivo da internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel pode influenciar negativamente os comportamentos do seu/sua filho(a)/educando(a)?" (Σ%)

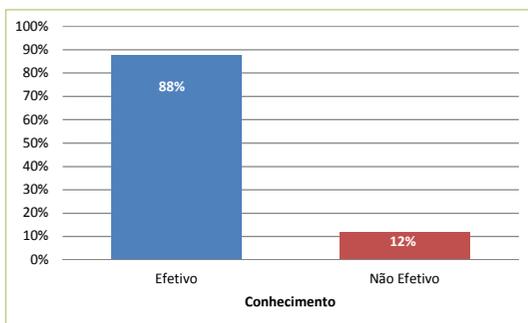
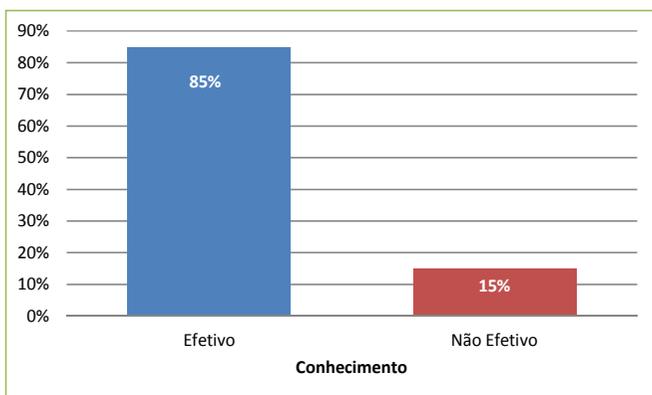


Tabela Nº 33 - Conhecimento sobre os tipos de CASS Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	15	88%	2	12%	17	17%
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	25	78%	7	22%	32	32%
EB Padre Manuel de Castro	14	88%	2	13%	16	16%
EB Santiago	29	88%	4	12%	33	33%
Σ Estabelecimentos de Ensino	84	85%	15	15%	99	100%

Gráfico Nº 40 - Conhecimento sobre os tipos de CASS Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se aos diagnósticos de enfermagem obtidos no que respeita aos tipos de Comportamentos Aditivos Sem Substância (CASS), à dependência dos mesmos e à possibilidade de influenciar os comportamentos pelo uso excessivo das tecnologias.

Internet

Tabela Nº 34 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Em adolescente	1	0	0	0	1	1%
Quando necessário	0	0	2	0	2	2%
Às vezes	0	0	0	1	1	1%
Fins-de-semana	7	22	6	15	50	59%
Nunca	0	2	0	0	2	2%
Pesquisa	2	0	1	0	3	4%
Tempos livres	0	0	0	1	1	1%
Todos os dias	4	6	1	13	24	28%
Uma vez por semana	0	0	0	1	1	1%
Σ Respostas	14	30	10	31	85	100%

Gráfico Nº 41 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

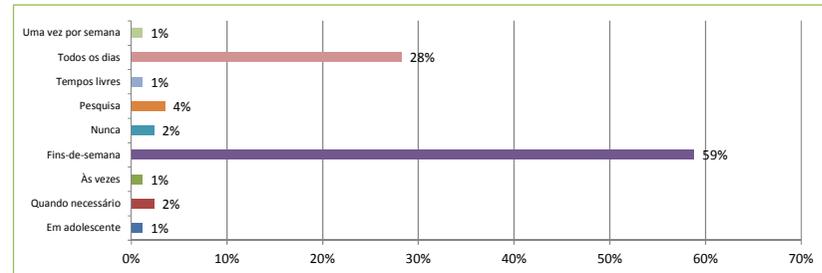
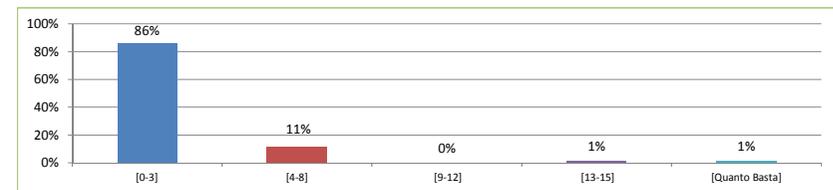


Tabela Nº 35 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização da internet pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
[0-3]	8	22	8	25	62	86%
[4-8]	4	3	0	1	8	11%
[9-12]	0	0	0	0	0	0%
[13-15]	0	0	0	1	1	1%
[Quanto Basta]	0	0	1	0	1	1%
Σ Respostas	12	24	9	27	72	100%

Gráfico Nº 42 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo(Nº de Horas) de utilização da internet pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)



Redes Sociais

Tabela Nº 36 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Em adolescente	1	0	0	0	1	2%
Quando necessário	0	0	0	0	0	0%
Às vezes	0	0	0	0	0	0%
Fins-de-semana	5	16	6	11	38	58%
Nunca	0	4	0	1	5	8%
Pesquisa	0	0	0	0	0	0%
Tempos livres	0	0	0	1	1	2%
Todos os dias	0	3	2	9	14	22%
Uma vez por semana	0	0	0	1	1	2%
Depende da idade	0	1	0	1	2	3%
Esporadicamente	1	0	0	1	2	3%
Nestas fases apenas com conhecido	0	0	1	0	1	2%
Σ Respostas	7	24	9	25	65	100%

Gráfico Nº 43 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

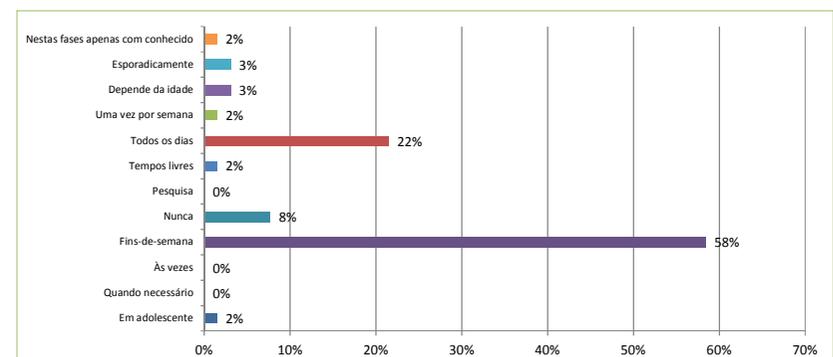
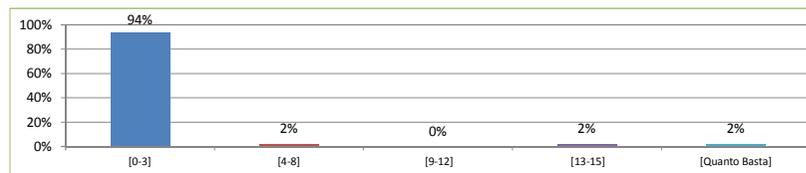


Tabela Nº 37 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
[0-3]	6	17	4	19	46	94%
[4-8]	1	0	0	0	1	2%
[9-12]	0	0	0	0	0	0%
[13-15]	0	0	0	1	1	2%
[Quanto Basta]	0	0	1	0	1	2%
Σ Respostas	7	17	5	20	49	100%

Gráfico Nº 44 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo(Nº de Horas) de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)



Jogos

Tabela Nº 38 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização de jogos(console, jogos online, computador) pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Em adolescente	0	0	0	0	0	0%
Quando necessário	0	0	0	0	0	0%
Às vezes	0	0	0	0	0	0%
Fins-de-semana	12	25	12	21	70	84%
Nunca	0	1	0	0	1	1%
Pesquisa	0	0	0	0	0	0%
Tempos livres	0	0	0	1	1	1%
Todos os dias	0	3	1	6	10	12%
Uma vez por semana	0	0	0	0	0	0%
Depende da idade	0	0	0	0	0	0%
Esporadicamente	0	0	0	0	0	0%
Nestas fases apenas com conhecido	0	0	0	0	0	0%
Dias Alternados	0	0	0	1	1	1%
Σ Respostas	12	29	13	29	83	100%

Gráfico Nº 45 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

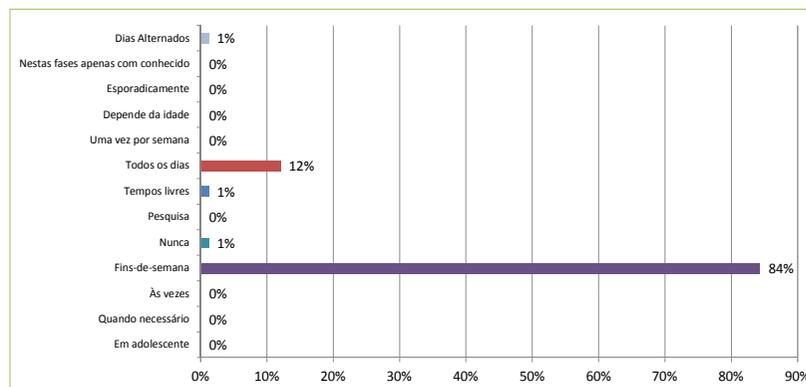
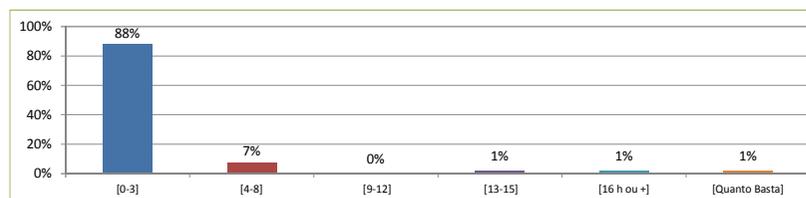


Tabela Nº 39 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
[0-3]	7	21	8	24	60	88%
[4-8]	1	2	1	1	5	7%
[9-12]	0	0	0	0	0	0%
[13-15]	0	0	0	1	1	1%
[16 h ou +]	0	1	0	0	1	1%
[Quanto Basta]	0	0	1	0	1	1%
Σ Respostas	8	24	10	26	68	100%

Gráfico Nº 46 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo(Nº de Horas) de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)



Televisão

Tabela Nº 40 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da televisão pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Em adolescente	0	0	0	0	0	0%
Quando necessário	0	0	0	0	0	0%
Às vezes	0	0	0	0	0	0%
Fins-de-semana	0	5	2	3	10	11%
Nunca	0	0	0	0	0	0%
Pesquisa	0	0	0	0	0	0%
Tempos livres	0	0	0	1	1	1%
Todos os dias	15	24	14	28	81	88%
Uma vez por semana	0	0	0	0	0	0%
Depende da idade	0	0	0	0	0	0%
Esporadicamente	0	0	0	0	0	0%
Nestas fases apenas com conhecido	0	0	0	0	0	0%
Dias Alternados	0	0	0	0	0	0%
Σ Respostas	15	29	16	32	92	100%

Gráfico Nº 47 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da televisão pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

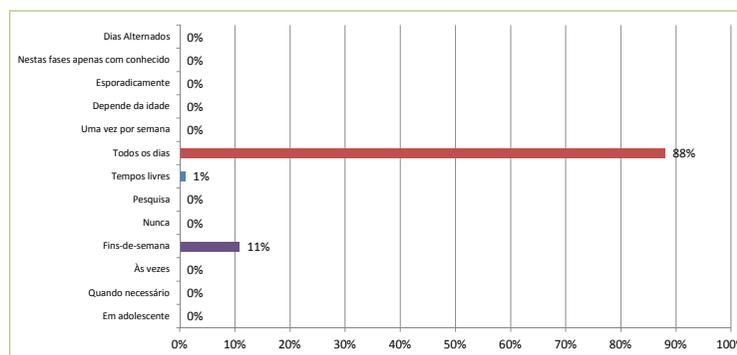
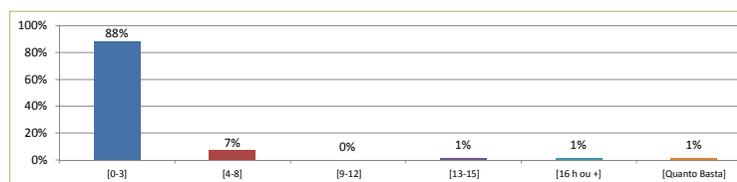


Tabela Nº 41 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização da televisão pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
[0-3]	7	21	8	24	60	88%
[4-8]	1	2	1	1	5	7%
[9-12]	0	0	0	0	0	0%
[13-15]	0	0	0	1	1	1%
[16 h ou +]	0	1	0	0	1	1%
[Quanto Basta]	0	0	1	0	1	1%
Σ Respostas	8	24	10	26	68	100%

Gráfico Nº 48 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização da televisão pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)



Telemóvel

Tabela Nº 42 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização do telemóvel pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Em adolescente	1	0	0	0	1	2%
Quando necessário	0	1	0	1	2	3%
Às vezes	0	0	0	0	0	0%
Fins-de-semana	0	9	1	4	14	24%
Nunca	1	3	1	1	6	10%
Pesquisa	0	0	0	0	0	0%
Tempos livres	0	0	0	1	1	2%
Todos os dias	5	10	6	10	31	53%
Uma vez por semana	0	0	0	0	0	0%
Depende da idade	0	0	0	0	0	0%
Esporadicamente	2	0	1	0	3	5%
Nestas fases apenas com conhecido	0	0	0	0	0	0%
Dias Alternados	0	0	0	0	0	0%
Σ Respostas	9	23	9	18	59	100%

Gráfico Nº 49 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização do telemóvel pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

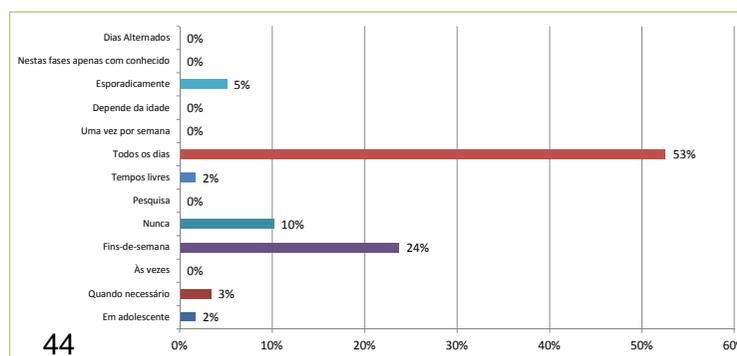
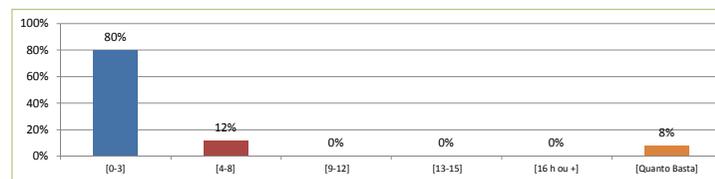


Tabela Nº 43 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização do telemóvel pelas crianças e adolescentes? "por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
[0-3]	2	9	1	8	20	80%
[4-8]	0	2	0	1	3	12%
[9-12]	0	0	0	0	0	0%
[13-15]	0	0	0	0	0	0%
[16 h ou +]	0	0	0	0	0	0%
[Quanto Basta]	0	0	2	0	2	8%
Σ Respostas	2	11	3	9	25	100%

Gráfico Nº 50 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " O que considera aceitável em termos de tempo(Nº de Horas) de utilização do telemóvel pelas crianças e adolescentes? " (Σ%)



Σ

Tabela Nº 44 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes? "

Respostas	Internet	Redes Sociais	Jogos	Televisão	Telemóvel	Σ
Em adolescente	1	1	0	0	1	3
Quando necessário	2	0	0	0	2	4
Às vezes	1	0	0	0	0	1
Fins-de-semana	50	38	70	10	14	182
Nunca	2	5	1	0	6	14
Pesquisa	3	0	0	0	0	3
Tempos livres	1	1	1	1	1	5
Todos os dias	24	15	10	81	31	161
Uma vez por semana	1	1	0	0	0	2
Depende da idade	0	2	0	0	0	2
Esporadicamente	0	2	0	0	3	5
Nestas fases apenas com conhecido	0	1	0	0	0	1
Dias Alternados	0	0	1	0	0	1
Σ Respostas	85	66	83	92	58	384
Σ % Respostas	22%	17%	22%	24%	15%	100%

Gráfico Nº 51 - Resposta dos Encarregados de Educação à QuestãoResposta dos Encarregados de Educação à Questão " O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

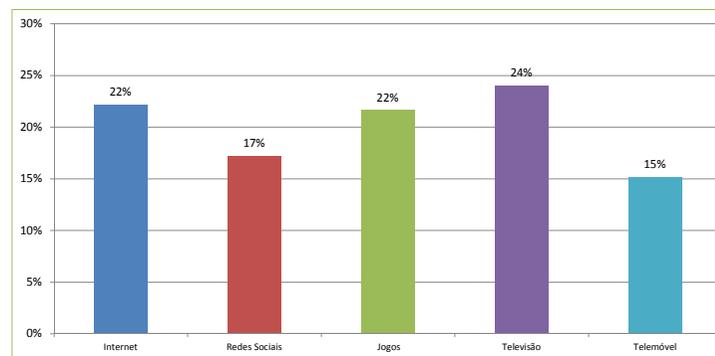
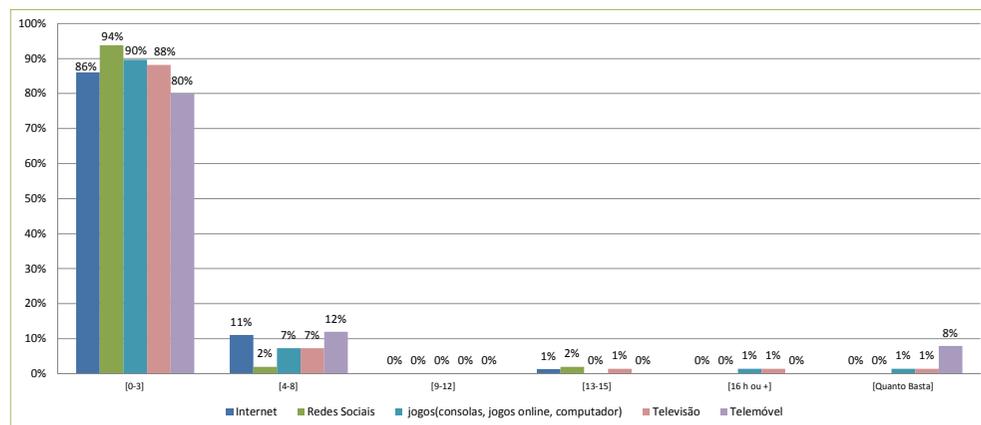


Tabela Nº 45 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " O que considera aceitável em termos de tempo(Nº de Horas) de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes?"

Nº de Horas	Internet	Redes Sociais	as, jogos online,	Televisão	Telemóvel	Σ %
[0-3]	62	46	61	60	20	249
[0-3]	86%	94%	90%	88%	80%	88%
[4-8]	8	1	5	5	3	22
[4-8]	11%	2%	7%	7%	12%	8%
[9-12]	0	0	0	0	0	0
[9-12]	0%	0%	0%	0%	0%	0%
[13-15]	1	1	0	1	0	3
[13-15]	1%	2%	0%	1%	0%	1%
[16 h ou +]	0	0	1	1	0	2
[16 h ou +]	0%	0%	1%	1%	0%	1%
[Quanto Basta]	1	1	1	1	2	6
[Quanto Basta]	0%	0%	1%	1%	8%	2%
Σ Horas	72	49	68	68	25	282

Gráfico Nº 52 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)



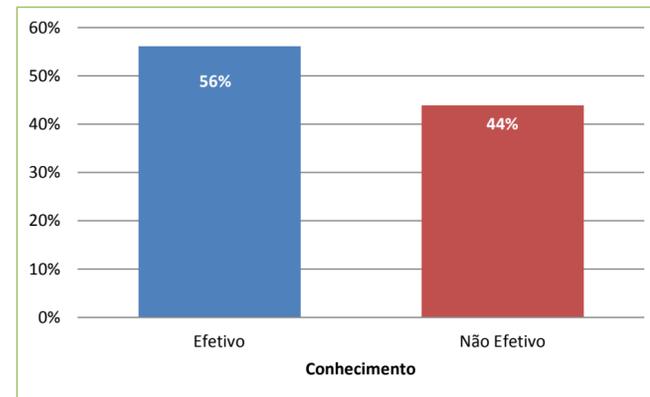
Descrição

Os seguintes dados são referentes ao uso considerado aceitável de tecnologias como a internet, redes sociais, os jogos e a televisão, sendo as respostas repartidas por intervalos de tempo e por horas.

Tabela Nº 46 - Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	5	29%	12	71%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	19	59%	13	41%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	8	50%	8	50%	16	16%
EB Santiago	23	70%	10	30%	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	55	56%	43	44%	98	100%

Gráfico Nº 53 - Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



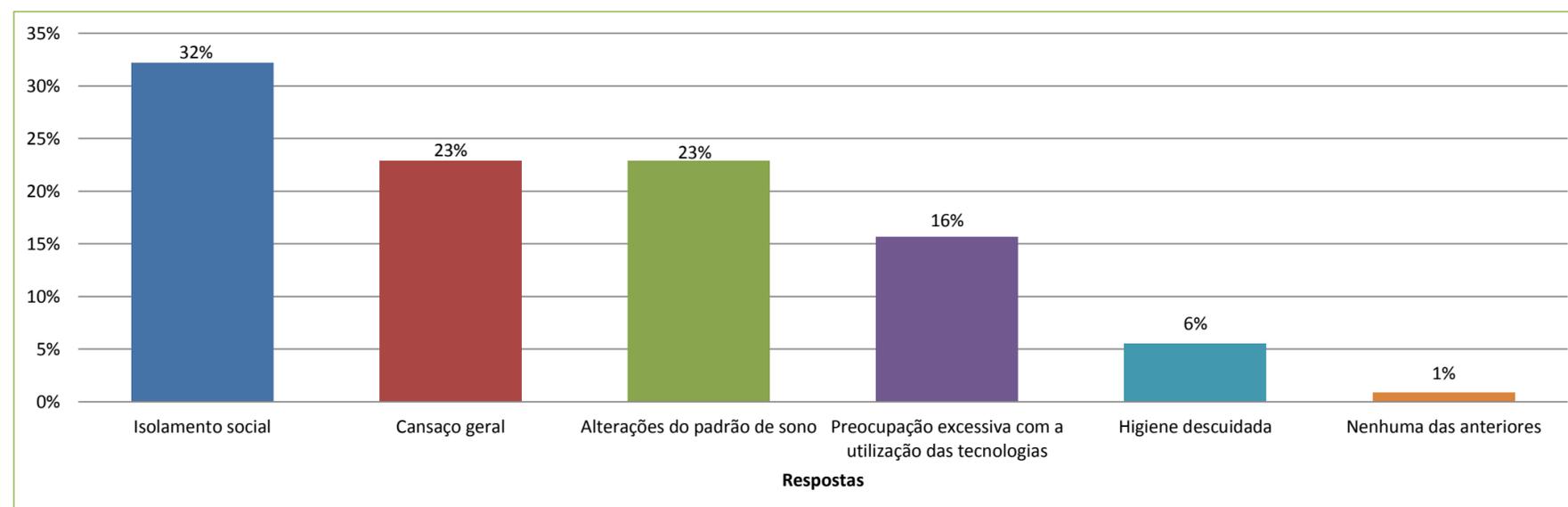
Descrição

Os dados são referentes ao diagnóstico de enfermagem sobre o Conhecimento sobre Perfis de Consumo de jogo, internet e redes sociais.

Tabela Nº 47- Sinais de alarme do consumo excessivo de internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel nos jovens por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Isolamento social	16	23	12	25	76	32%
Cansaço geral	12	16	7	18	54	23%
Alterações do padrão de sono	14	15	10	15	54	23%
Preocupação excessiva com a utilização das tecnologias	5	11	6	15	37	16%
Higiene descuidada	3	3	1	6	13	6%
Nenhuma das anteriores	0	1	0	1	2	1%
Σ Respostas	50	69	36	80	236	100%

Gráfico Nº 54 - -Sinais de alarme do consumo excessivo de internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel nos jovens (Σ%)



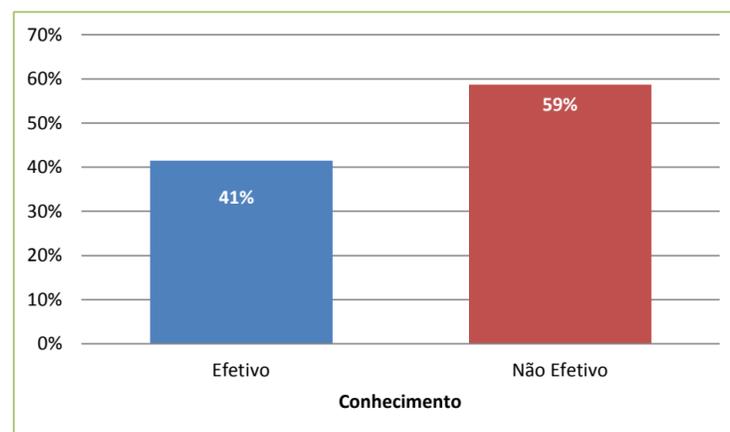
Descrição

Os dados referem-se aos sinais de alarme possíveis de identificar em jovens que utilizam de forma excessiva a internet, as redes sociais, os jogos a televisão e o telemóvel.

Tabela Nº 48 - Conhecimento sobre sinais de Alerta de CASS Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	11	65%	6	35%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	12	38%	20	63%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	5	31%	11	69%	16	16%
EB Santiago	13	39%	20	61%	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	41	41%	57	59%	98	100%

Gráfico Nº 55 - Conhecimento sobre sinais de Alerta de CASS Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



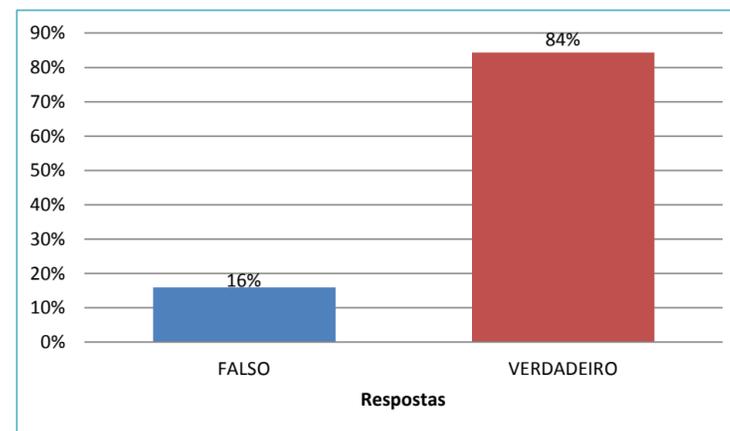
Descrição

Os dados referem-se ao diagnóstico de enfermagem "Conhecimento sobre sinais de alerta de CASS".

Tabela Nº 49 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "A sexualidade existe ao longo de toda vida" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Respostas		Σ Respostas
	FALSO	VERDADEIRO	
EB Augusto Gomes	2	15	17
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	7	23	30
EB Padre Manuel de Castro	1	15	16
EB Santiago	5	27	32
Σ Estabelecimentos de Ensino	15	80	95
Σ %	16%	84%	100%

Gráfico Nº 56 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "A sexualidade existe ao longo de toda vida " (Σ%)



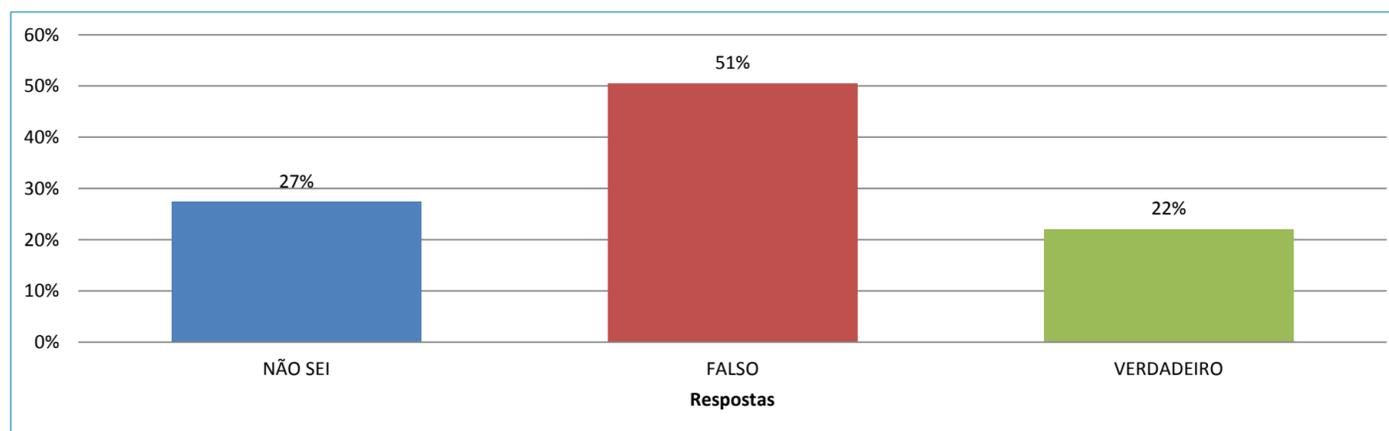
Descrição

Os dados apresentados dizem respeito às respostas dadas pelos EE à afirmação "A sexualidade existe ao longo de toda a vida". Os dados são apresentados por estabelecimento de ensino e na generalidade, sendo a resposta correta "Verdadeiro".

Tabela Nº 50 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Respostas			Σ Respostas
	NÃO SEI	FALSO	VERDADEIRO	
EB Augusto Gomes	4	4	9	17
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	7	18	4	29
EB Padre Manuel de Castro	5	10	1	16
EB Santiago	10	16	7	33
Σ Estabelecimentos de Ensino	26	48	21	95
Σ %	27%	51%	22%	100%

Gráfico Nº 57 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta " (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se às respostas apresentadas pelos EE acerca da possibilidade de uma relação direta entre os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego e a vivência da vida sexual adulta. De salientar é o número de EE indecisos (27%).

Tabela Nº 51 - Diagnóstico de Enfermagem para a Questão "A sexualidade existe ao longo de toda vida " por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	15	88%	2	12%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	23	72%	9	28%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	15	94%	1	6%	16	16%
EB Santiago	27	82%	6	18%	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	80	82%	18	18%	98	100%

Gráfico Nº 58 - Diagnóstico de Enfermagem para a Questão "A sexualidade existe ao longo de toda vida " (Σ%)

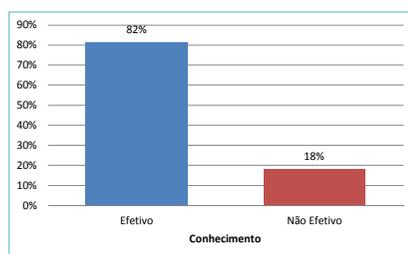


Tabela Nº 52- Diagnóstico de Enfermagem para a Questão "Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta " por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	4	24%	13	76%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	21	66%	11	34%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	10	63%	6	38%	16	16%
EB Santiago	16	48%	17	52%	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	51	52%	47	48%	98	100%

Gráfico Nº 59 - Diagnóstico de Enfermagem para a Questão "Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta " (Σ%)

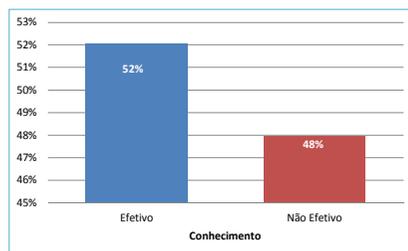
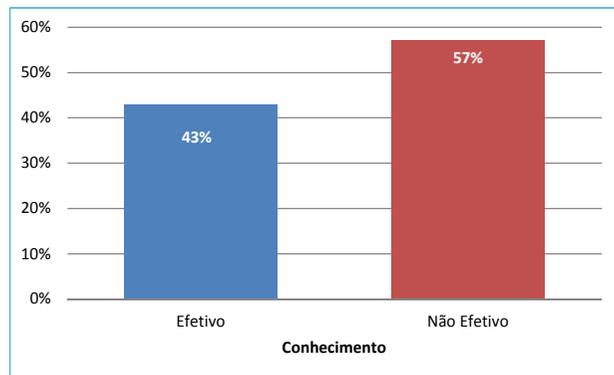


Tabela Nº 53 - Conhecimento sobre papel de género Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento			Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	4	24%	13	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	14	44%	18	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	10	63%	6	16	16%
EB Santiago	14	42%	19	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	42	43%	56	98	100%

Gráfico Nº 60 - Conhecimento sobre papel de género Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

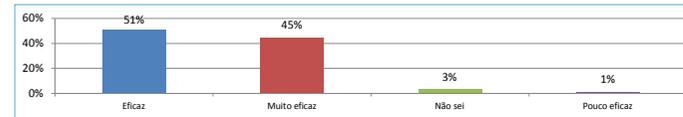
Os dados referem-se aos diagnósticos de enfermagem obtidos relacionados com a sexualidade, o papel de género e a relação entre os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego e a vivência da vida sexual adulta.

Pílula

Tabela Nº 54 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Pílula" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gome:EngºFernando Pinto de Oliv	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %	
Eficaz	8	13	9	19	51%	
Muito eficaz	9	18	5	11	45%	
Não sei	0	1	1	3	3%	
Pouco eficaz	0	0	0	1	1%	
Σ Respostas	17	32	15	32	96	100%

Gráfico Nº 61 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Pílula" (Σ%)



Coito interrompido

Tabela Nº 55 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Coito Interrompido" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	0	1	2	4	7	8%
Muito eficaz	0	0	0	1	1	1%
Nada eficaz	8	13	5	7	33	37%
Não sei	1	6	1	12	20	22%
Pouco eficaz	6	8	5	9	28	31%
Σ Respostas	15	28	13	33	89	100%

Gráfico Nº 62 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Coito Interrompido" (Σ%)

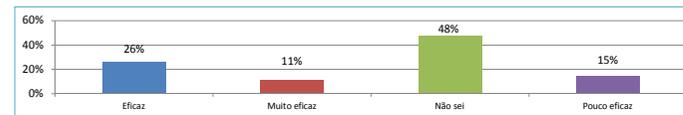


Selo Transdérmico

Tabela Nº 56 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Selo Transdérmico" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	6	6	4	7	23	26%
Muito eficaz	3	3	0	4	10	11%
Não sei	6	14	5	17	42	48%
Pouco eficaz	1	5	3	4	13	15%
Σ Respostas	16	28	12	32	88	100%

Gráfico Nº 63 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Selo Transdérmico" (Σ%)

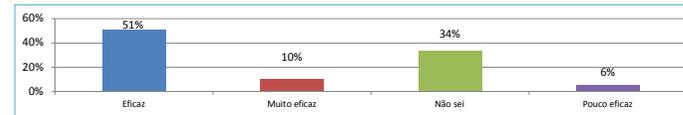


Anel Vaginal

Tabela Nº 57 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Anel Vaginal" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	8	15	7	15	45	51%
Muito eficaz	1	3	1	4	9	10%
Não sei	6	8	4	12	30	34%
Pouco eficaz	1	3	0	1	5	6%
Σ Respostas	16	29	12	32	89	100%

Gráfico Nº 64 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Anel Vaginal" (Σ%)

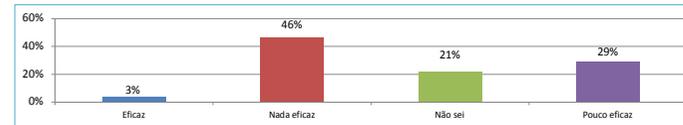


Método do calendário

Tabela Nº 58 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Método do calendário" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	1	2	0	0	3	3%
Nada eficaz	7	13	6	15	41	46%
Não sei	1	5	2	11	19	21%
Pouco eficaz	7	8	4	7	26	29%
Σ Respostas	16	28	12	33	89	100%

Gráfico Nº 65 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Método do calendário" (Σ%)



Preservativo

Tabela Nº 59 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Preservativo" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	10	4	0	3	17	18%
Nada eficaz	14	13	1	3	31	33%
Não sei	8	4	0	1	13	14%
Pouco eficaz	17	11	2	3	33	35%
Σ Respostas	49	32	3	10	94	100%

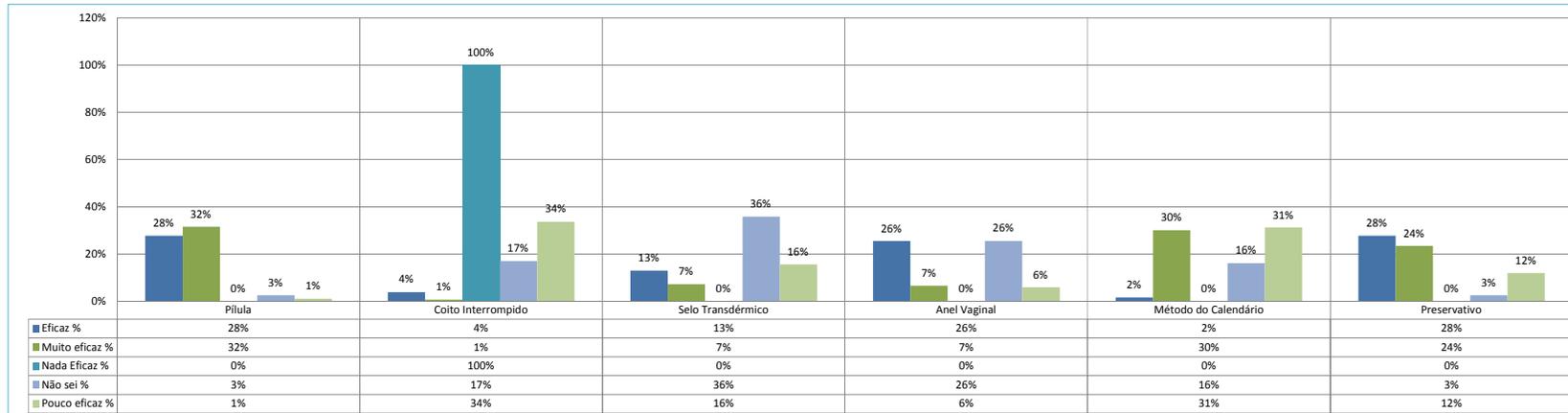
Gráfico Nº 66 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Preservativo" (Σ%)



Tabela Nº 60 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez"

Método Contraceptivo	Eficaz	Eficaz %	Muito eficaz	Muito eficaz %	Nada Eficaz	Nada Eficaz %	Não sei	Não sei %	Pouco eficaz	Pouco eficaz %	Σ Respostas
Pílula	49	28%	43	32%	0	0%	3	3%	1	1%	96
Coito Interrompido	7	4%	1	1%	33	100%	20	17%	28	34%	89
Selo Transdérmico	23	13%	10	7%	0	0%	42	36%	13	16%	88
Anel Vaginal	45	26%	9	7%	0	0%	30	26%	5	6%	89
Método do Calendário	3	2%	41	30%	0	0%	19	16%	26	31%	89
Preservativo	49	28%	32	24%	0	0%	3	3%	10	12%	94
Σ Métodos Contraceptivos	176	100%	136	100%	33	100%	117	100%	83	100%	545

Gráfico Nº 67 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez" (Σ%)



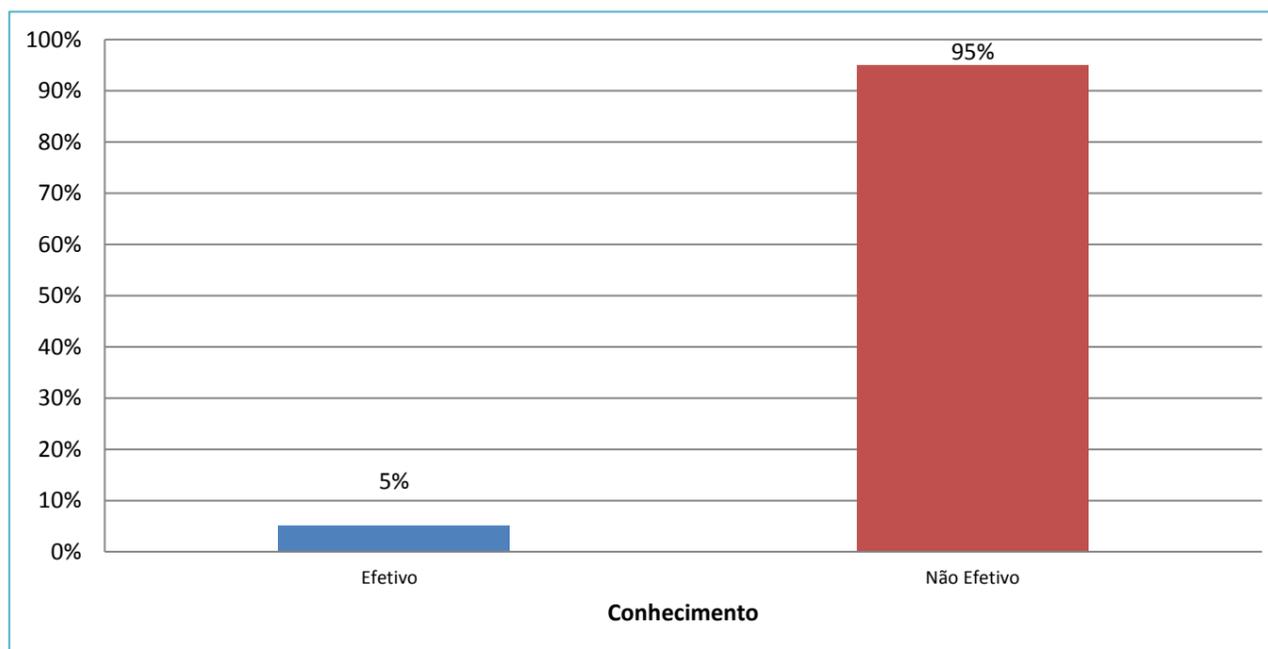
Descrição

Os dados referem-se à eficácia percebida pelos EE dos diferentes métodos de prevenção de uma gravidez. É de salientar que o preservativo é considerado como "Nada Eficaz" por 33% dos EE e "Pouco Eficaz" por 35% dos EE. O selo transdérmico é ainda um método de prevenção da gravidez desconhecido para os EE, uma vez que 36% dos mesmos referiram desconhecer a sua eficácia na prevenção de uma gravidez.

Tabela Nº 61 - Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada Efetivo/Não Efetivo

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	0	0%	17	18%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	3	60%	29	31%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	1	20%	15	16%	16	16%
EB Santiago	1	20%	32	34%	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	5	5%	93	95%	98	100%

Gráfico Nº 68 - Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

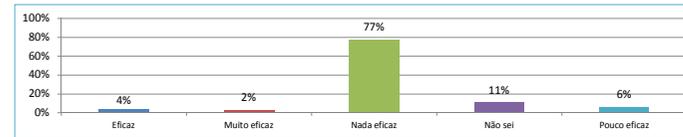
Os dados apresentados são referentes ao diagnóstico de enfermagem "Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada".

Pílula

Tabela Nº 62 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Pílula" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gome:EngºFernando Pinto de Oliv	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %	
Eficaz	0	3	0	3	4%	
Muito eficaz	1	0	0	1	2%	
Nada eficaz	12	19	9	25	77%	
Não sei	1	2	2	4	11%	
Pouco eficaz	0	3	2	5	6%	
Σ Respostas	14	27	13	30	84	100%

Gráfico Nº 69 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Pílula" (Σ%)

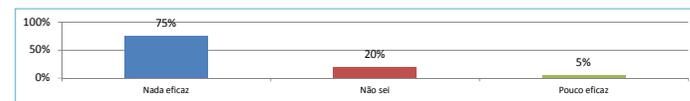


Coito interrompido

Tabela Nº 63 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Coito Interrompido" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Nada eficaz	12	19	8	22	61	75%
Não sei	1	5	2	8	16	20%
Pouco eficaz	0	2	2	0	4	5%
Σ Respostas	13	26	12	30	81	100%

Gráfico Nº 70 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Coito Interrompido" (Σ%)



Selo Transdérmico

Tabela Nº 64 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Selo Transdérmico" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Nada eficaz	12	16	9	20	57	71%
Não sei	1	8	1	8	18	23%
Pouco eficaz	0	2	2	1	5	6%
Σ Respostas	13	26	12	29	80	100%

Gráfico Nº 71 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Selo Transdérmico" (Σ%)

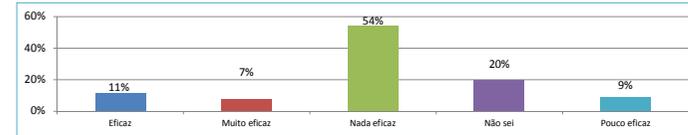


Anel Vaginal

Tabela Nº 65 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Anel Vaginal" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	3	1	2	3	9	11%
Muito eficaz	2	4	0	0	6	7%
Nada eficaz	6	11	7	20	44	54%
Não sei	2	6	2	6	16	20%
Pouco eficaz	0	4	2	1	7	9%
Σ Respostas	13	26	13	30	82	100%

Gráfico Nº 72 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Anel Vaginal" (Σ%)



Método do calendário

Tabela Nº 66 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Método do calendário" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Nada eficaz	12	20	8	25	65	80%
Não sei	1	4	2	5	12	15%
Pouco eficaz	0	2	2	0	4	5%
Σ Respostas	13	26	12	30	81	100%

Gráfico Nº 73 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Método do calendário" (Σ%)



Preservativo

Tabela Nº 67 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Preservativo" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	3	8	4	9	24	26%
Muito eficaz	13	21	8	21	63	68%
Não sei	0	2	1	2	5	5%
Pouco eficaz	0	0	1	0	1	1%
Σ Respostas	16	31	14	32	93	100%

Gráfico Nº 74 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Preservativo" (Σ%)

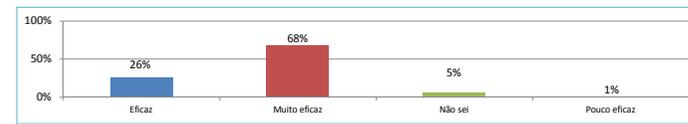
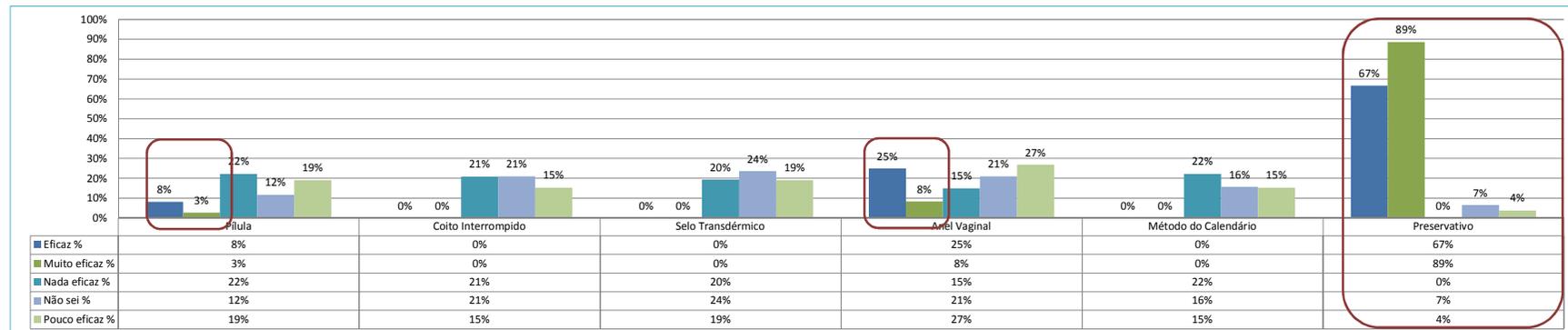


Tabela Nº 68 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível"

Métodos Contraceptivos	Eficaz	Eficaz %	Muito eficaz	Muito eficaz %	Nada eficaz	Nada eficaz %	Não sei	Não sei %	Pouco eficaz	Pouco eficaz %	Σ Respostas
Pílula	3	8%	2	3%	65	22%	9	12%	5	19%	84
Coito Interrompido	0	0%	0	0%	61	21%	16	21%	4	15%	81
Selo Transdérmico	0	0%	0	0%	57	20%	18	24%	5	19%	80
Anel Vaginal	9	25%	6	8%	44	15%	16	21%	7	27%	82
Método do Calendário	0	0%	0	0%	65	22%	12	16%	4	15%	81
Preservativo	24	67%	63	89%	0	0%	5	7%	1	4%	93
Σ Métodos Contraceptivos	36		71		292		76		26		501

Gráfico Nº 75 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível" (Σ%)



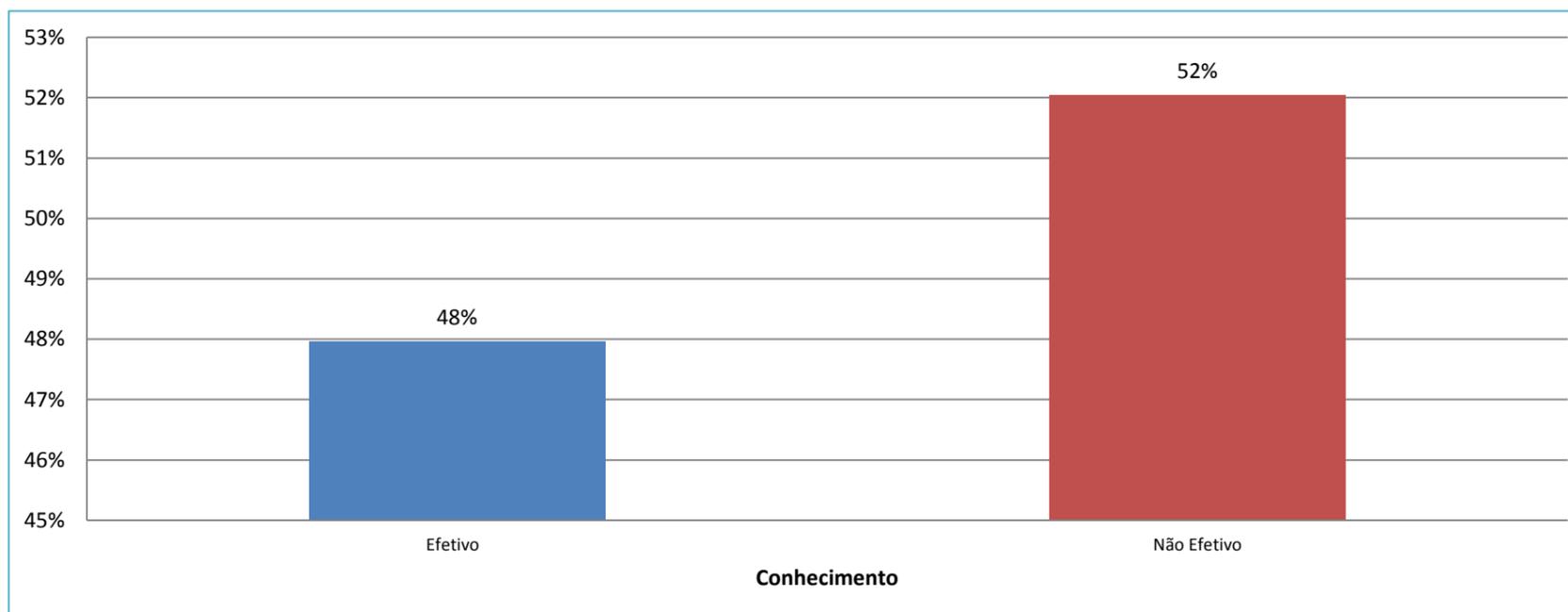
Descrição

Os dados referem-se aos métodos contraceptivos apontados pelos EE como preventivos de uma Infeção Sexualmente Transmissível (IST). É de salientar que a pílula e o anel vaginal foram identificados como métodos eficazes por alguns dos EE.

Tabela Nº 69 - Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência Efetivo/Não Efetivo

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	8	47%	9	53%	17	17%
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	12	38%	20	63%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	7	44%	9	56%	16	16%
EB Santiago	20	61%	13	39%	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	47	48%	51	52%	98	100%

Gráfico Nº 76 - Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

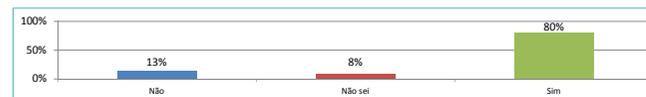
Os dados referem-se ao diagnóstico de enfermagem "Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST's". A EB Santiago é aquela que apresenta maior percentagem de conhecimento efetivo acerca deste tema, contrariamente à escola EB Engº Fernando Pinto de Oliveira que é aquela que apresenta menor percentagem de conhecimento nesta área.

O(a) namorado(a) controlar o modo de vestir e as saídas com os amigos

Tabela Nº 70 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(a) namorado(a) controlar o modo de vestir e as saídas com os amigos.* " por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não	1	3	4	4	12	13%
Não sei	0	1	0	6	7	8%
Sim	16	26	10	22	74	80%
Σ Respostas	17	30	14	32	93	100%

Gráfico Nº 77 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(a) namorado(a) controlar o modo de vestir e as saídas com os amigos.* " (Σ%)



Invasão da privacidade do(a) adolescente pelos amigos/namorado(a) (Ex: ler mensagens do telemóvel sem autorização, abrir a caixa de correio eletrónica)

Tabela Nº 71 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Invasão da privacidade do(a) adolescente pelos amigos/namorado(a) (Ex: ler mensagens do telemóvel sem autorização, abrir a caixa de correio eletrónica).* " por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não	1	3	1	3	8	9%
Não sei	1	1		3	5	5%
Sim	15	26	14	26	81	86%
Σ Respostas	17	30	15	32	94	100%

Gráfico Nº 78 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Invasão da privacidade do(a) adolescente pelos amigos/namorado(a) (Ex: ler mensagens do telemóvel sem autorização, abrir a caixa de correio eletrónica).* " (Σ%)



O(s) amigo(s) criticarem/gozarem com a forma de estar, vestir, comer...

Tabela Nº 72 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(s) amigo(s) criticarem/gozarem com a forma de estar, vestir, comer...* " por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não	0	2	1	4	7	8%
Não sei	0	0	0	3	3	3%
Sim	17	28	13	25	83	89%
Σ Respostas	17	30	14	32	93	100%

Gráfico Nº 79 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(s) amigo(s) criticarem/gozarem com a forma de estar, vestir, comer...* " (Σ%)

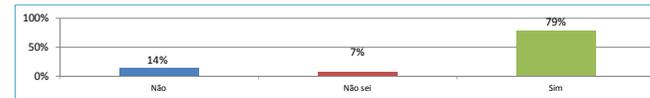


O(a) namorado(a) estar constantemente a ligar para saber o local onde se encontra

Tabela Nº 73 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(a) namorado(a) estar constantemente a ligar para saber o local onde se encontra " por Estabelecimento de Ensino*

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não	2	5	2	4	13	14%
Não sei	0	2	0	5	7	7%
Sim	15	23	13	23	74	79%
Σ Respostas	17	30	15	32	94	100%

Gráfico Nº 80 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(a) namorado(a) estar constantemente a ligar para saber o local onde se encontra " (Σ%)*



Pressão por parte de outros para fazer aquilo que o(a) adolescente não quer fazer

Tabela Nº 74 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Pressão por parte de outros para fazer aquilo que o(a) adolescente não quer fazer " por Estabelecimento de Ensino*

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não	0	1	1	2	4	4%
Não sei	0	1	1	3	5	5%
Sim	17	29	12	27	85	90%
Σ Respostas	17	31	14	32	94	100%

Gráfico Nº 81 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Pressão por parte de outros para fazer aquilo que o(a) adolescente não quer fazer " (Σ%)*

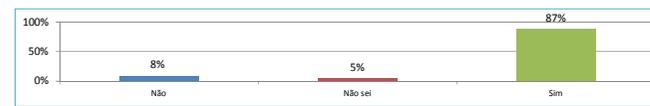


Ameaçar ou ferir alguém próximo do adolescente

Tabela Nº 75 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Ameaçar ou ferir alguém próximo do(a) adolescent e" por Estabelecimento de Ensino*

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não	1	3	1	2	7	8%
Não sei	0	0	1	4	5	5%
Sim	16	27	12	26	81	87%
Σ Respostas	17	30	14	32	93	100%

Gráfico Nº 82 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Ameaçar ou ferir alguém próximo do(a) adolescente " (Σ%)*



Violência física ou psicológica de forma continuada entre alunos

Tabela Nº 76 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Reconhece que é um problema na adolescência: Violência física ou psicológica de forma continuada entre alunos" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não	0	1	1	0	2	2%
Não sei	0	2	1	3	6	6%
Sim	17	27	12	29	85	91%
Σ Respostas	17	30	14	32	93	100%

Gráfico Nº 83 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Reconhece que é um problema na adolescência: Violência física ou psicológica de forma continuada entre alunos" (1%)

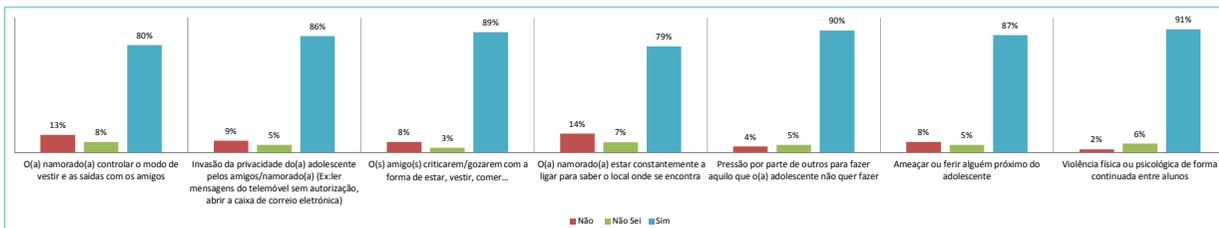


Σ

Tabela Nº 77 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Reconhece que é um problema na adolescência: "

Problema	Não	Não	Não sei	Não Sei	Sim	Sim	Σ Respostas
Q(a) namorado(a) controlar o modo de vestir e as saídas com os amigos	12	13%	7	8%	74	80%	93
Invasão da privacidade do(a) adolescente pelos amigos/namorado(a) (Ex:ler mensagens do telemóvel sem autorização, abrir a caixa de correio eletrónica)	8	9%	5	5%	81	86%	94
O(s) amigo(s) criticarem/gozarem com a forma de estar, vestir, comer...	7	8%	3	3%	83	89%	93
Q(a) namorado(a) estar constantemente a ligar para saber o local onde se encontra	13	14%	7	7%	74	79%	94
Pressão por parte de outros para fazer aquilo que o(a) adolescente não quer fazer	4	4%	5	5%	85	90%	94
Ameaçar ou ferir alguém próximo do adolescente	7	8%	5	5%	81	87%	93
Violência física ou psicológica de forma continuada entre alunos	2	2%	6	6%	85	91%	93

Gráfico Nº 84 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Reconhece que é um problema na adolescência: "(%)



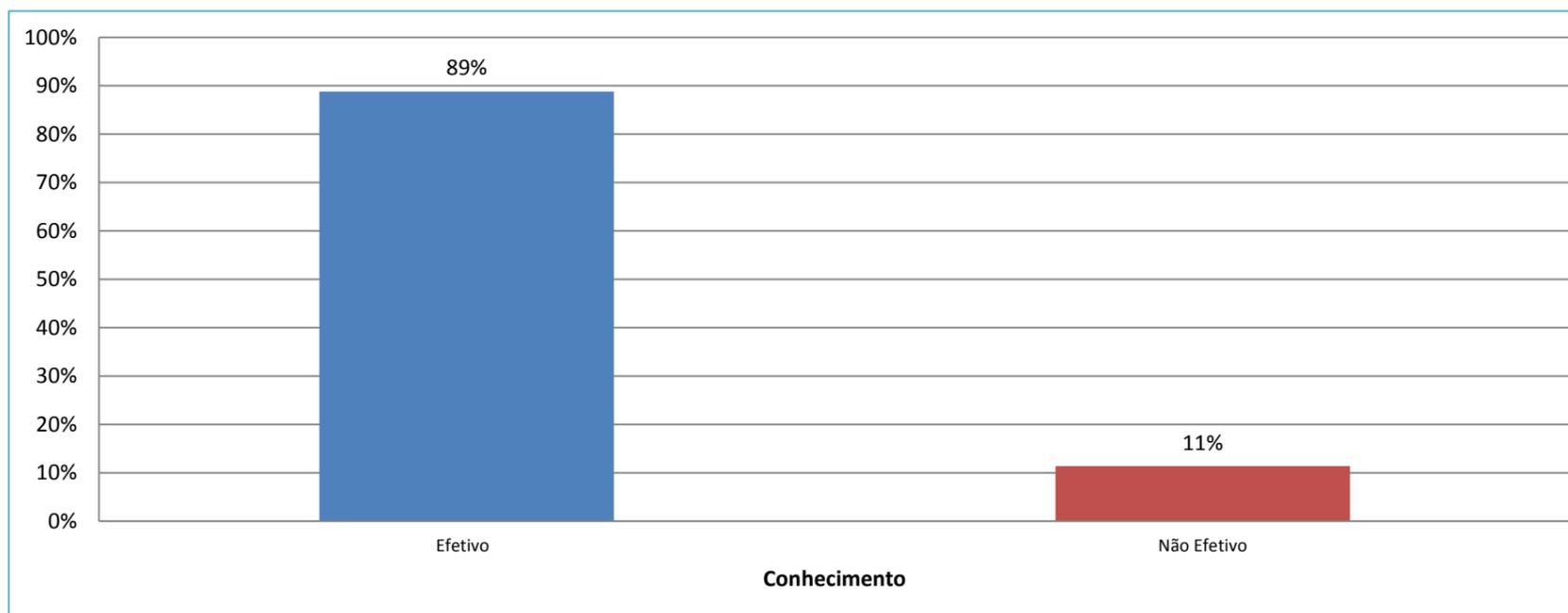
Descrição

Os dados referem-se a eventuais situações de abuso nas relações de namoro e nas relações de pares. Verifica-se que na sua generalidade os EE encontram-se desportos para esta problemática.

Tabela Nº 78 - Conhecimento sobre abuso na adolescência Efetivo/Não Efetivo

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	17	100%	0	0%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	29	91%	3	9%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	12	75%	4	25%	16	16%
EB Santiago	29	88%	4	12%	33	34%
Σ Estabelecimentos de Ensino	87	89%	11	11%	98	100%

Gráfico Nº 85 - Conhecimento sobre abuso na adolescência Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



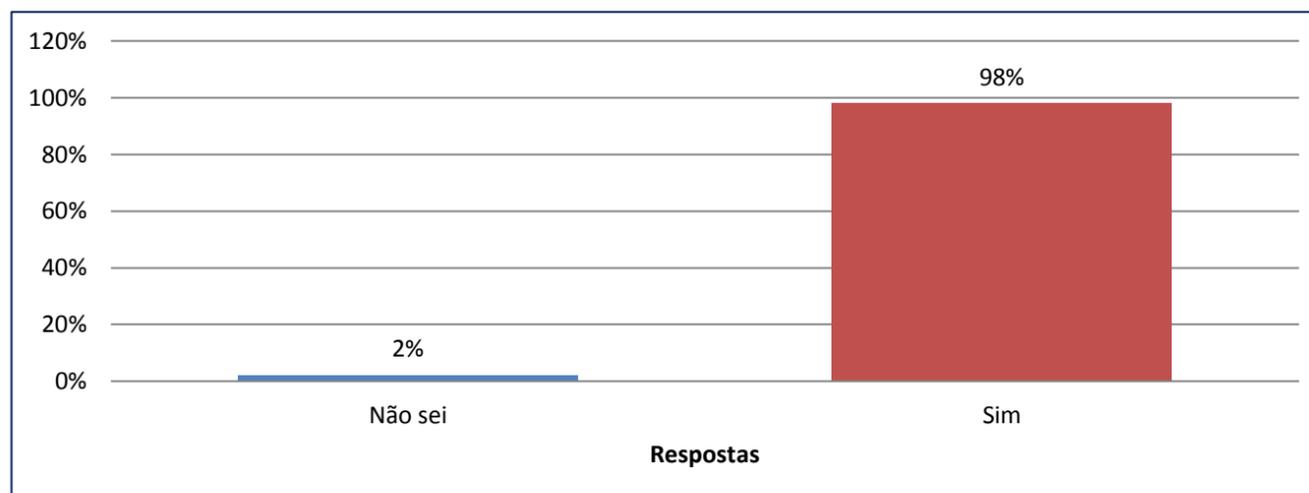
Descrição

Os dados referem-se ao diagnóstico de enfermagem "Conhecimento sobre o abuso na adolescência". É de salientar a escola EB Augusto Gomes que se destaca com 100% das respostas corretas.

Tabela Nº 79- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "*Considera importante abordar o tema das substâncias em casa?*" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não sei	1	1	0	0	2	2%
Sim	15	30	15	33	93	98%
Σ Respostas	16	31	15	33	95	100%

Gráfico Nº 86 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "*Considera importante abordar o tema das substâncias em casa?*" (Σ%)



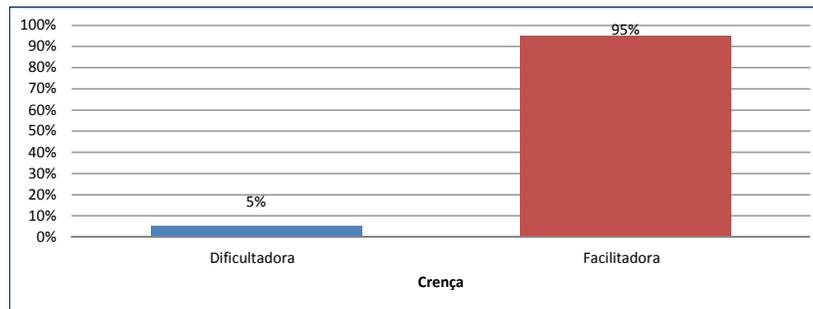
Descrição

Os dados referem-se à importância atribuída pelos EE quanto à abordagem do tema das SPA em casa, tendo a maioria dos EE respondido que "Sim", é importante.

Tabela Nº 80- Crença sobre a abordagem ao tema das SPA em família Facilitadora/Dificultadora

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Dificultadora	Dificultadora	Facilitadora	Facilitadora		
EB Augusto Gomes	2	12%	15	88%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	2	6%	30	94%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	1	6%	15	94%	16	16%
EB Santiago	0	0%	33	100%	33	34%
Σ Estabelecimento de	5	5%	93	95%	98	100%

Gráfico Nº 87 - Crença sobre a abordagem ao tema das SPA em família Facilitadora/Dificultadora (Σ%)



Descrição

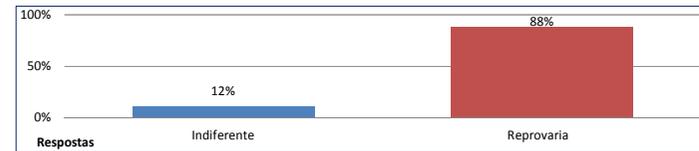
Os dados apresentados dizem respeito ao diagnóstico de enfermagem "Crença na abordagem ao tema das SPA em família", sendo de salientar a escola EB Santiago na qual esta crença é facilitadora em 100%.

Bebidas Alcoólicas

Tabela Nº 81- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Bebidas Alcoólicas. O que pensaria nesse momento?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Indiferente	3	2	2	4	11	12%
Reprovaria	12	30	13	29	84	88%
Σ Respostas	15	32	15	33	95	100%

Gráfico Nº 88 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Bebidas Alcoólicas. O que pensaria nesse momento?" (Σ%)

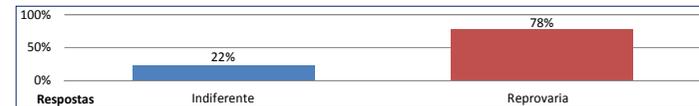


Tabaco

Tabela Nº 82- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Tabaco. O que pensaria nesse momento?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Indiferente	3	4	4	10	21	22%
Reprovaria	12	28	11	22	73	78%
Σ Respostas	15	32	15	32	94	100%

Gráfico Nº 89 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Tabaco. O que pensaria nesse momento?" (Σ%)

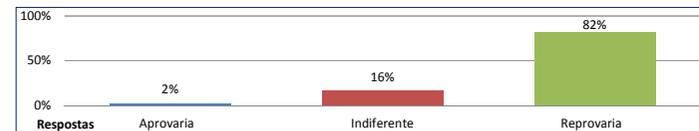


Medicamentos

Tabela Nº 83- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Medicamentos. O que pensaria nesse momento?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Aprovaria	0	1	1	0	2	2%
Indiferente	1	5	4	5	15	16%
Reprovaria	14	26	9	28	77	82%
Σ Respostas	15	32	14	33	94	100%

Gráfico Nº 90 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Medicamentos. O que pensaria nesse momento?" (Σ%)



Cannabis

Tabela Nº 84- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Cannabis. O que pensaria nesse momento?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Indiferente	0	2	2	3	7	7%
Reprovaria	16	30	13	30	89	93%
Σ Respostas	16	32	15	33	96	100%

Gráfico Nº 91 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Cannabis. O que pensaria nesse momento?" (Σ%)

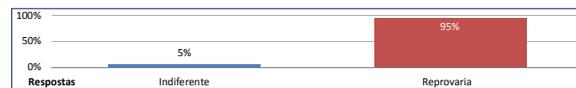


Cocaína

Tabela Nº 85- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Cocaína. O que pensaria nesse momento?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Indiferente	0	2	1	2	5	5%
Reprovaria	16	30	14	32	92	95%
Σ Respostas	16	32	16	33	97	100%

Gráfico Nº 92 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Cocaína. O que pensaria nesse momento?" (Σ%)



Heroína

Tabela Nº 86- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Heroína. O que pensaria nesse momento?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Indiferente	0	2	2	1	5	5%
Reprovaria	16	30	13	32	91	95%
Σ Respostas	16	32	15	33	96	100%

Gráfico Nº 93 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Heroína. O que pensaria nesse momento?" (Σ%)

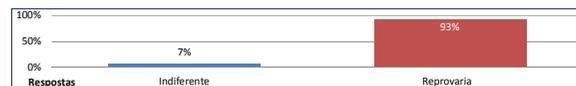


Anfetaminas

Tabela Nº 87- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Anfetaminas. O que pensaria nesse momento?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Indiferente	0	2	2	3	7	7%
Reprovaria	15	30	13	29	87	93%
Σ Respostas	15	32	15	32	94	100%

Gráfico Nº 94 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Anfetaminas. O que pensaria nesse momento?" (Σ%)

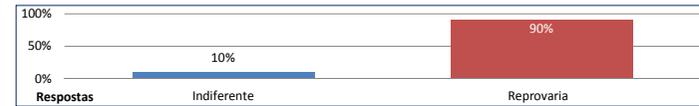


LSD

Tabela Nº 88- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem LSD. O que pensaria nesse momento?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Indiferente	0	3	2	4	9	10%
Reprovaria	14	29	13	28	84	90%
Σ Respostas	14	32	15	32	93	100%

Gráfico Nº 95 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem LSD. O que pensaria nesse momento?" (Σ%)



Colas

Tabela Nº 89- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Colas. O que pensaria nesse momento?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Aprovaria	1	1	0	1	3	3%
Indiferente	0	6	4	7	17	18%
Reprovaria	14	25	11	24	74	79%
Σ Respostas	15	32	15	32	94	100%

Gráfico Nº 96 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Colas. O que pensaria nesse momento?" (Σ%)

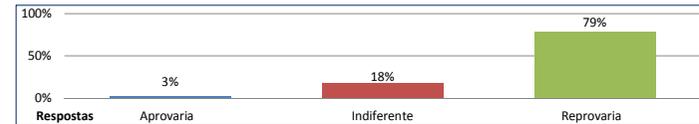
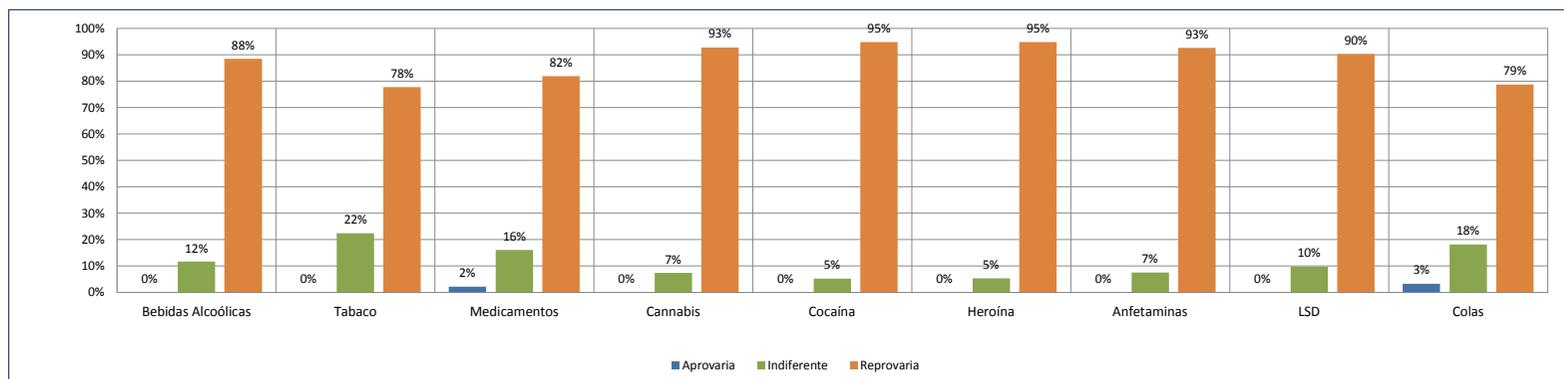


Tabela Nº 90- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Substâncias . O que pensaria nesse momento? " por Estabelecimento de Ensino

Substância	Respostas						Total Geral
	Aprovaria	Aprovaria	Indiferente	Indiferente	Reprovaria	Reprovaria	
Bebidas Alcoólicas	0	0%	11	12%	84	88%	95
Tabaco	0	0%	21	22%	73	78%	94
Medicamentos	2	2%	15	16%	77	82%	94
Cannabis	0	0%	7	7%	89	93%	96
Cocaína	0	0%	5	5%	92	95%	97
Heroína	0	0%	5	5%	91	95%	96
Anfetaminas	0	0%	7	7%	87	93%	94
LSD	0	0%	9	10%	84	90%	93
Colas	3	3%	17	18%	74	79%	94

Gráfico Nº 97 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Imagine que se depara com um grupo de jovens na rua a consumirem Substâncias. O que pensaria nesse momento? " (Σ%)



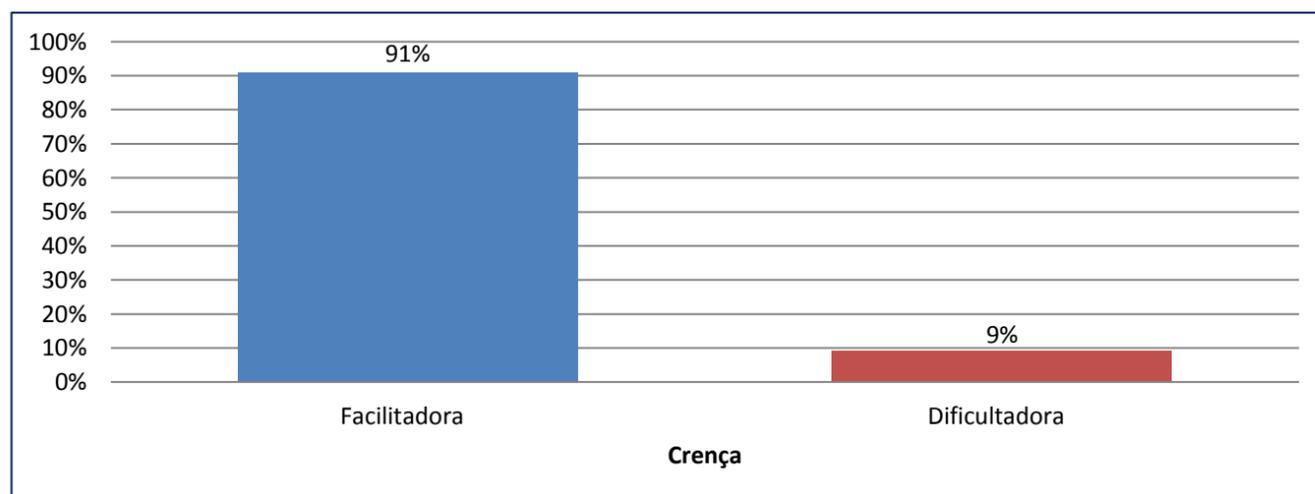
Descrição

Os dados indicam qual a percepção dos EE relativamente ao consumo de SPA pelos jovens. Na sua maioria referem que teriam uma atitude reprovadora face a esta situação.

Tabela Nº 91- Crença sobre o consumo de SPA Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	15	88%	2	12%	17	17%
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	30	94%	2	6%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	13	81%	3	19%	16	16%
EB Santiago	31	94%	2	6%	33	34%
Σ Estabelecimento de	89	91%	9	9%	98	100%

Gráfico Nº 98 - Crença sobre o consumo de SPA Facilitadora/Dificultadora (Σ%)



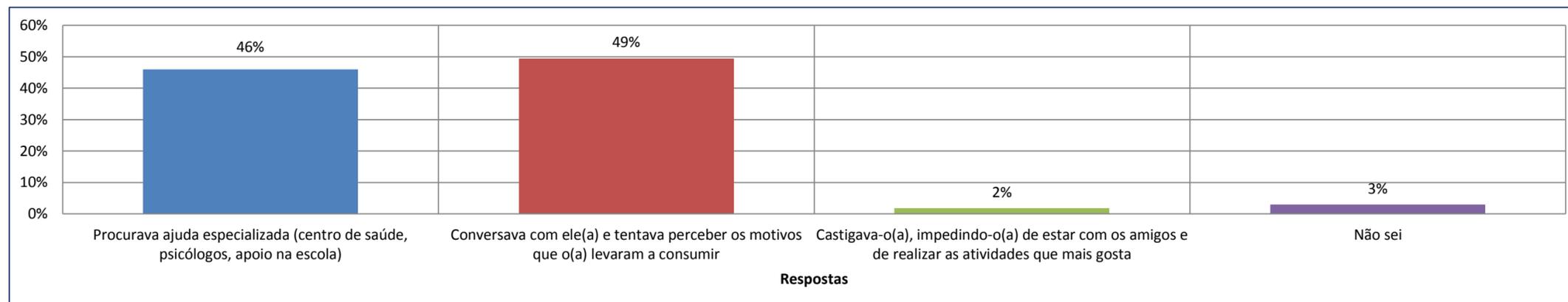
Descrição

Os dados obtidos referem-se ao diagnóstico de enfermagem "Crença sobre o consumo de SPA".

Tabela Nº 92- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " *Imagine que, no futuro, o seu/sua filho(a)/educando(a) o informava que consumia drogas. O que faria?* " por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ Estabelecimento de Ensino	Σ %
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Procurava ajuda especializada (centro de saúde, psicólogos, apoio na escola)	13	26	12	29	80	46%
Conversava com ele(a) e tentava perceber os motivos que o(a) levaram a consumir	16	28	13	29	86	49%
Castigava-o(a), impedindo-o(a) de estar com os amigos e de realizar as atividades que mais gosta	1	1	1	0	3	2%
Não sei	0	3	1	1	5	3%
Σ Respostas	30	58	27	59	174	100%

Gráfico Nº 99 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " *Imagine que, no futuro, o seu/sua filho(a)/educando(a) o informava que consumia drogas. O que faria?* " (Σ%)



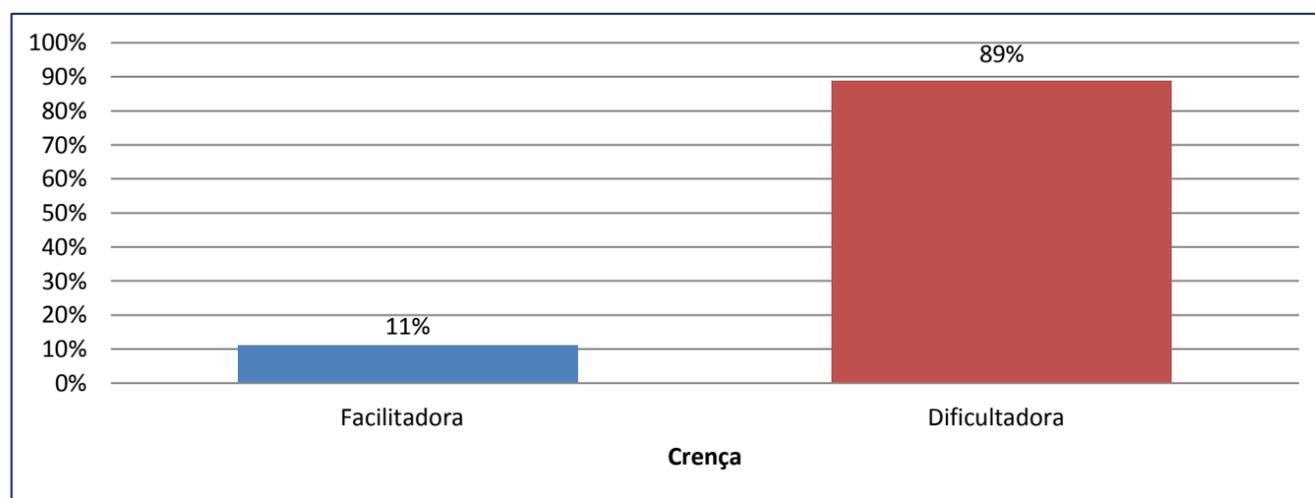
Descrição

Os dados obtidos referem-se à possível atitude adotada pelos EE mediante a situação de consumo de SPA pelos próprios educandos.

Tabela Nº 93- Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	2	12%	15	88%	17	17%
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	4	13%	28	88%	32	32%
EB Padre Manuel de Castro	1	6%	15	94%	16	16%
EB Santiago	3	9%	30	91%	33	33%
Σ Estabelecimento de	11	11%	88	89%	99	100%

Gráfico Nº 100 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade Facilitadora/Dificultadora (Σ%)



Descrição

Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem "Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade".

Internet

Tabela Nº 94- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes da internet?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	0	1	0	0	1	1%
Não Sei	0	0	0	1	1	1%
Sim	16	31	15	32	94	98%
Σ Respostas	16	32	15	33	96	100%

Gráfico Nº 101 -Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes da internet?" (Σ%)



Redes Sociais

Tabela Nº 95- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes das redes sociais?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	0	1	0	0	1	1%
Não Sei	0	0	0	1	1	1%
Sim	13	31	15	31	90	98%
Σ Respostas	13	32	15	32	92	100%

Gráfico Nº 102 -Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes das redes sociais?" (Σ%)



Jogos

Tabela Nº 96- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes de jogos(console, jogos online, computador)?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	1	5	1	4	11	11%
Não Sei	0	0	0	1	1	1%
Sim	14	27	15	28	84	88%
Σ Respostas	15	32	16	33	96	100%

Gráfico Nº 103 -Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes de jogos(console, jogos online, computador)?" (Σ%)



Televisão

Tabela Nº 97- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes da televisão?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	2	7	3	6	18	19%
Não Sei	0	0	0	1	1	1%
Sim	13	25	12	26	76	80%
Σ Respostas	15	32	15	33	95	100%

Gráfico Nº 104 -Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes da televisão?" (Σ%)



Telemóvel

Tabela Nº 98- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes do telemóvel?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	0	1	0	1	2	2%
Não Sei	0	1	1	1	3	3%
Sim	13	29	12	31	85	94%
Σ Respostas	13	31	13	33	90	100%

Gráfico Nº 105 -Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes do telemóvel?" (Σ%)

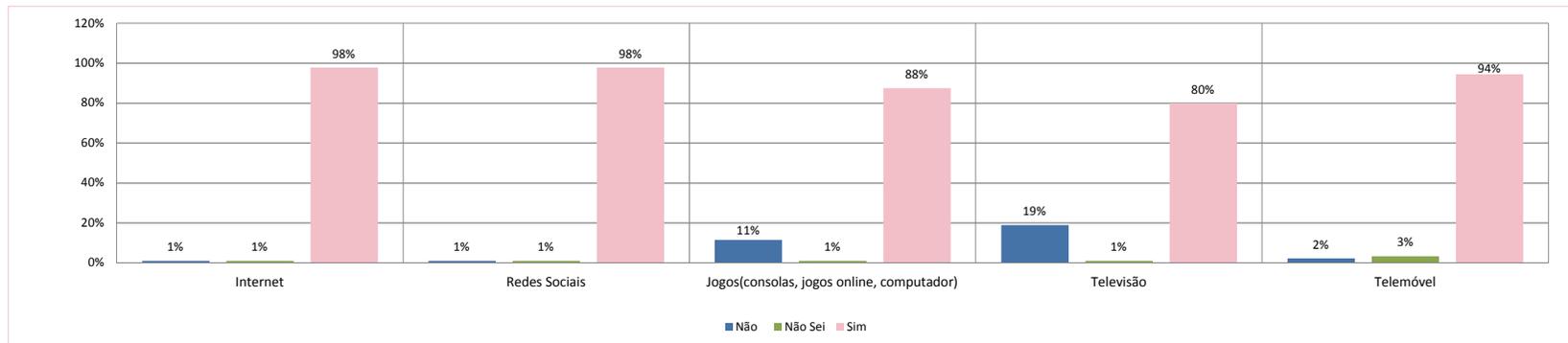


Σ

Tabela Nº 99 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes da internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel?" por Estabelecimento de Ensino

Coluna1	Respostas						Σ Respostas
	Não	Não	Não Sei	Não Sei	Sim	Sim	
Internet	1	1%	1	1%	94	98%	96
Redes Sociais	1	1%	1	1%	90	98%	92
Jogos(console, jogos online, computador)	11	11%	1	1%	84	88%	96
Televisão	18	19%	1	1%	76	80%	95
Telemóvel	2	2%	3	3%	85	94%	90

Gráfico Nº 106 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes da internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel " (Σ%)



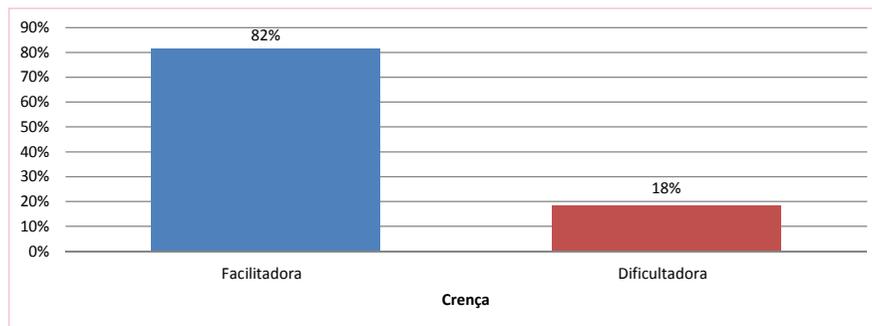
Descrição

Os dados referem-se à importância atribuída pelos EE na vigilância da utilização das tecnologias pelas crianças e jovens.

Tabela Nº 100- Diagnóstico de Enfermagem da resposta à questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes da internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	12	71%	5	29%	17	17%
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	26	81%	6	19%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	14	88%	2	13%	16	16%
EB Santiago	28	85%	5	15%	33	34%
Σ Estabelecimento de	80	82%	18	18%	98	100%

Gráfico Nº 107 - Diagnóstico de Enfermagem da resposta à questão "Considera importante a vigilância dos pais na utilização pelas crianças/adolescentes da internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel?" (Σ%)



Descrição

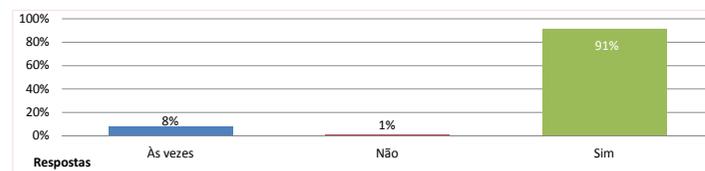
Os dados apresentados são referentes ao diagnóstico de enfermagem "Crença sobre a vigilância dos pais na utilização das tecnologias pelas crianças e jovens".

Internet

Tabela Nº 101- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza a internet?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Às vezes	2	1	0	4	7	8%
Não	0	1	0	0	1	1%
Sim	14	28	13	26	81	91%
Σ Respostas	16	30	13	30	89	100%

Gráfico Nº 108 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza a internet?" (Σ%)

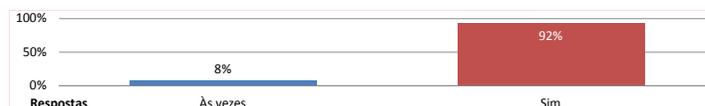


Redes Sociais

Tabela Nº 102- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza as redes sociais?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Às vezes	1	3	0	2	6	8%
Sim	11	25	12	25	73	92%
Σ Respostas	12	28	12	27	79	100%

Gráfico Nº 109 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza as redes sociais?" (Σ%)



Jogos

Tabela Nº 103- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza Jogos(console, jogos online, computador)?" por Estabelecimento de Ensino

Gráfico Nº 110 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza Jogos(console, jogos online, computador)?" (Σ%)

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Às vezes	1	2	3	3	9	10%
Não	0	1	0	0	1	1%
Sim	13	27	12	28	80	89%
Σ Respostas	14	30	15	31	90	100%

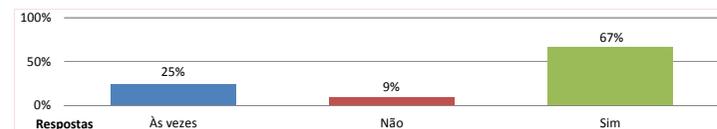


Televisão

Tabela Nº 104- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza a televisão?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Às vezes	4	9	2	8	23	25%
Não	0	3	2	3	8	9%
Sim	11	19	11	21	62	67%
Σ Respostas	15	31	15	32	93	100%

Gráfico Nº 111 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza a televisão?" (Σ%)

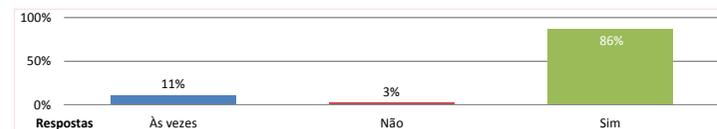


Telemóvel

Tabela Nº 105- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza o telemóvel?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Às vezes	0	3	0	5	8	11%
Não	0	1	1	0	2	3%
Sim	11	23	10	20	64	86%
Σ Respostas	11	27	11	25	74	100%

Gráfico Nº 112 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza o telemóvel?" (Σ%)

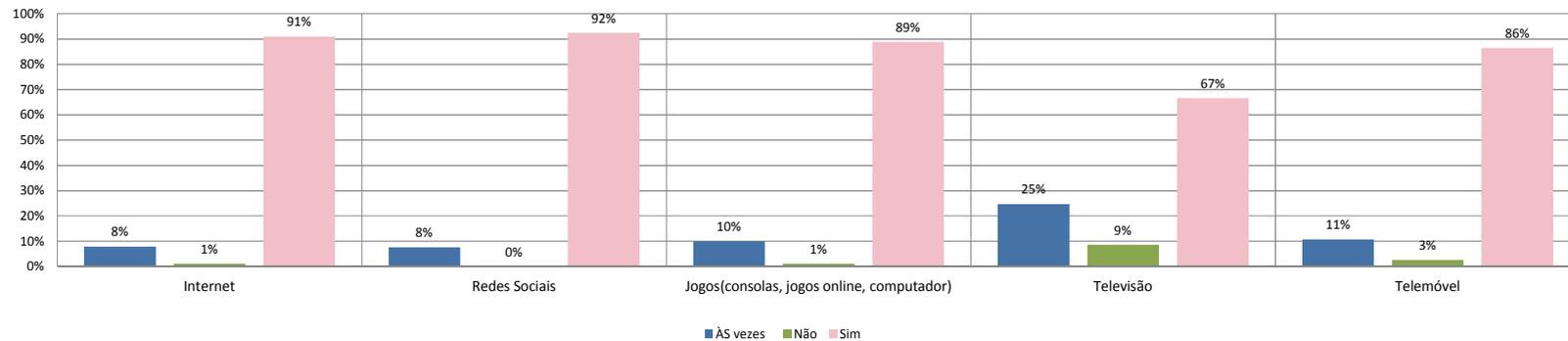


Σ

Tabela Nº 106 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza a internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel?" por Estabelecimento de Ensino

Coluna1	Respostas						Σ Respostas
	Às vezes	ÀS vezes	Não	Não	Sim	Sim	
Internet	7	8%	1	1%	81	91%	89
Redes Sociais	6	8%	0	0%	73	92%	79
Jogos(console, jogos online, computador)	9	10%	1	1%	80	89%	90
Televisão	23	25%	8	9%	62	67%	93
Telemóvel	8	11%	2	3%	64	86%	74

Gráfico Nº 113 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza a internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel?" (Σ%)



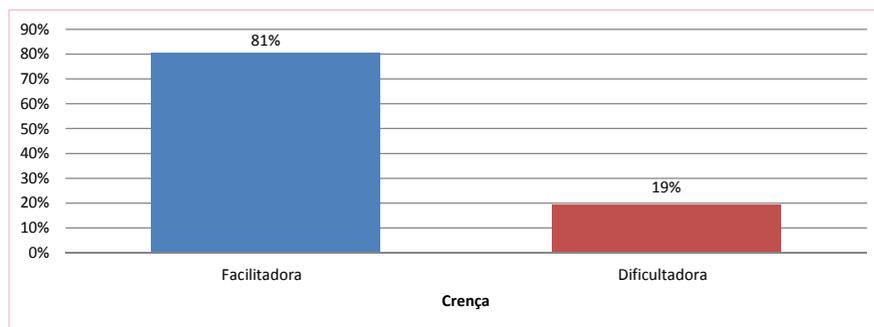
Descrição

Os dados referem-se à restrição das tecnologias por parte dos EE aos seus educandos. As redes sociais e a internet são as tecnologias mais restritas pelos EE, em detrimento da televisão que é a tecnologia menos restrita.

Tabela Nº 107- Diagnóstico de Enfermagem da Resposta à questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza a internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	13	76%	4	24%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	29	91%	3	9%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	12	75%	4	25%	16	16%
EB Santiago	25	76%	8	24%	33	34%
Σ Estabelecimento de	79	81%	19	19%	98	100%

Gráfico Nº 114 - Diagnóstico de Enfermagem da Resposta à questão "Costuma restringir o tempo que o seu filho(a)/educando(a) utiliza a internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel?" (Σ%)



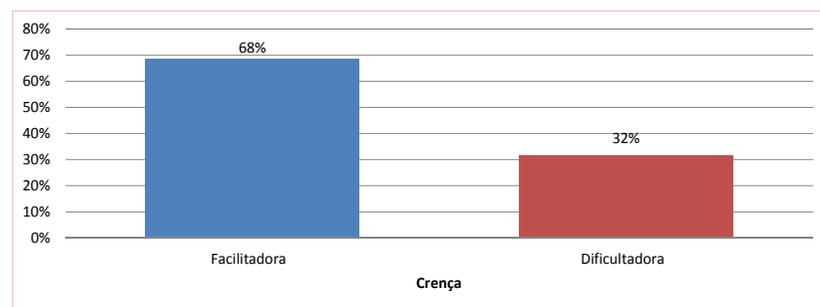
Descrição

Os dados referem-se ao diagnóstico de enfermagem "Crença sobre a restrição do tempo que as crianças utilizam as tecnologias".

Tabela Nº 108-Crença na Proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais Facilitadora/ Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	10	59%	7	41%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	23	72%	9	28%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	11	69%	5	31%	16	16%
EB Santiago	23	70%	10	30%	33	34%
Σ Estabelecimento de	67	68%	31	32%	98	100%

Gráfico Nº 115 - Crença na Proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais Facilitadora/Dificultadora(Σ%)



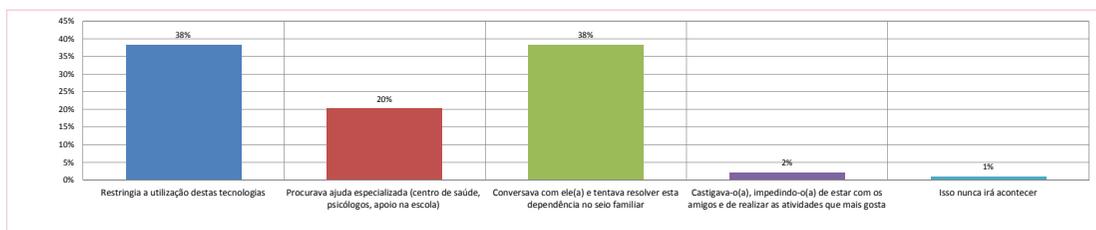
Descrição

Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem "Crença na Proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais".

Tabela Nº 109- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " Imagine que o seu/sua filho(a)/educando(a) mostrava sinais de indício de dependência de internet, redes sociais, jogos, televisão e/ou telemóvel. O que faria?" por Estabelecimento de Ensino

Coluna1	Estabelecimentos de Ensino				Σ Estabelecimentos de Ensino
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	
Restringia a utilização destas tecnologias	14	22	9	27	72
Restringia a utilização destas tecnologias	36%	37%	38%	42%	38%
Procurava ajuda especializada (centro de saúde, psicólogos, apoio na escola)	10	11	7	10	38
Procurava ajuda especializada (centro de saúde, psicólogos, apoio na escola)	26%	18%	29%	15%	20%
Conversava com ele(a) e tentava resolver esta dependência no seio familiar	13	25	8	26	72
Conversava com ele(a) e tentava resolver esta dependência no seio familiar	33%	42%	33%	40%	38%
Castigava-o(a), impedindo-o(a) de estar com os amigos e de realizar as atividades que mais gosta	2	1	0	1	4
Castigava-o(a), impedindo-o(a) de estar com os amigos e de realizar as atividades que mais gosta	5%	2%	0%	2%	2%
Isso nunca irá acontecer	0	1	0	1	2
Isso nunca irá acontecer	0%	2%	0%	2%	1%
Σ Respostas	39	60	24	65	188

Gráfico Nº 116 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " Imagine que o seu/sua filho(a)/educando(a) mostrava sinais de indício de dependência de internet, redes sociais, jogos, televisão e/ou telemóvel. O que faria?" (Σ%)



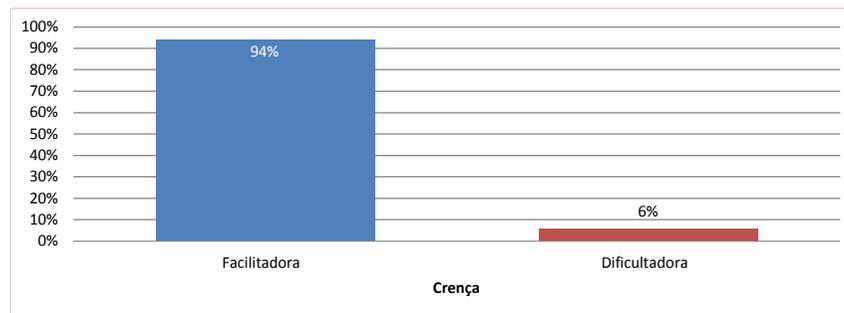
Descrição

Os dados referem-se à atitude adotada pelos EE em casos de CASS nos seus educandos.

Tabela Nº 110- Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	15	88%	2	12%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	30	94%	2	6%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	16	100%	0	0%	16	16%
EB Santiago	31	94%	2	6%	33	34%
Σ Estabelecimento de	92	94%	6	6%	98	100%

Gráfico Nº 117 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade Facilitadora/Dificultadora(Σ%)



Descrição

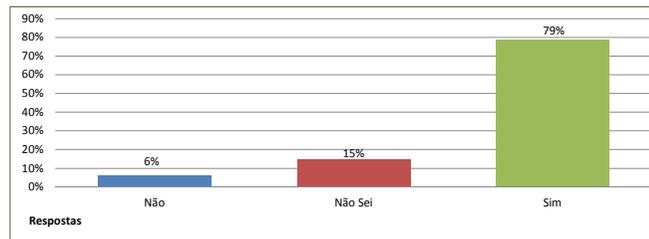
Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem "Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade". É de salientar a crença facilitadora em 100% observável na escola EB Padre Manuel de Castro.

Nos Rapazes

Tabela Nº 111 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera normal o ato da masturbação: Nos rapazes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	0	3	2	1	6	6%
Não Sei	1	5	1	7	14	15%
Sim	16	23	12	24	75	79%
Σ Respostas	17	31	15	32	95	100%

Gráfico Nº 118 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera normal o ato da masturbação: Nos rapazes?" (Σ%)

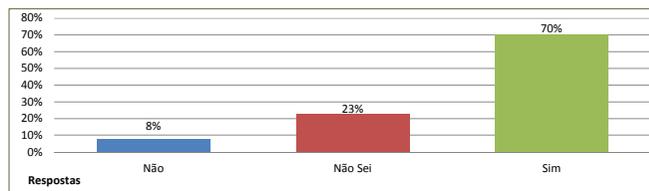


Nas Raparigas

Tabela Nº 112 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera normal o ato da masturbação: Nas Raparigas?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	2	2	2	1	7	8%
Não Sei	3	8	3	7	21	23%
Sim	12	21	9	23	65	70%
Σ Respostas	17	31	14	31	93	100%

Gráfico Nº 119 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão "Considera normal o ato da masturbação: Nas Raparigas?" (Σ%)



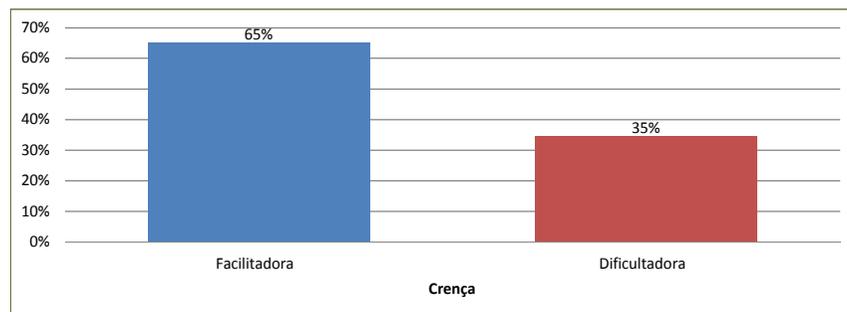
Descrição

Os dados referem-se à atitude dos EE face ao ato da masturbação como sendo um comportamento normal na adolescência.

Tabela Nº 113- Crença sobre sexualidade e reprodução Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	12	71%	5	29%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	20	63%	12	38%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	9	56%	7	44%	16	16%
EB Santiago	23	70%	10	30%	33	34%
Σ Estabelecimento de	64	65%	34	35%	98	100%

Gráfico Nº 120 - Crença sobre sexualidade e reprodução Facilitadora/Dificultadora(Σ%)



Descrição

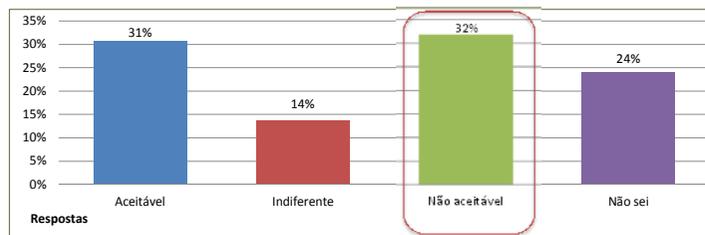
Os dados apresentam o diagnóstico de enfermagem " Crença sobre sexualidade e reprodução", sendo que esta é facilitadora na maioria dos EE dos estabelecimentos de ensino em estudo.

Relação com uma pessoa do mesmo sexo

Tabela Nº 114 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " Face à orientação sexual do seu/sua filho(a)/educando(a) considera aceitável: Relação com uma pessoa do mesmo sexo" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Aceitável	6	10	3	8	27	31%
Indiferente	1	4	3	4	12	14%
Não aceitável	7	9	4	8	28	32%
Não sei	2	4	4	11	21	24%
Σ Respostas	16	27	14	31	88	100%

Gráfico Nº 121 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " Face à orientação sexual do seu/sua filho(a)/educando(a) considera aceitável: Relação com uma pessoa do mesmo sexo" (Σ%)

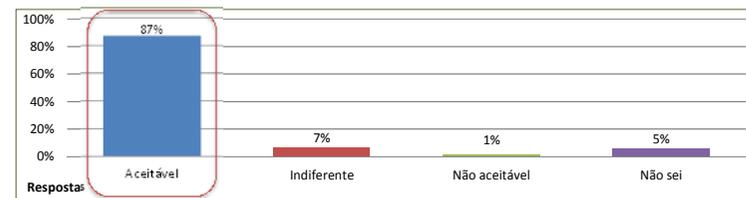


Relação com uma pessoa do sexo oposto

Tabela Nº 115 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " Face à orientação sexual do seu/sua filho(a)/educando(a) considera aceitável: Relação com uma pessoa do sexo oposto" por Estabelecimento de Ensino

Gráfico Nº 122 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " Face à orientação sexual do seu/sua filho(a)/educando(a) considera aceitável: Relação com uma pessoa do sexo oposto" (Σ%)

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Aceitável	15	26	13	26	80	87%
Indiferente	1	1	1	3	6	7%
Não aceitável	0	0	0	1	1	1%
Não sei	1	3	0	1	5	5%
Σ Respostas	17	30	14	31	92	100%

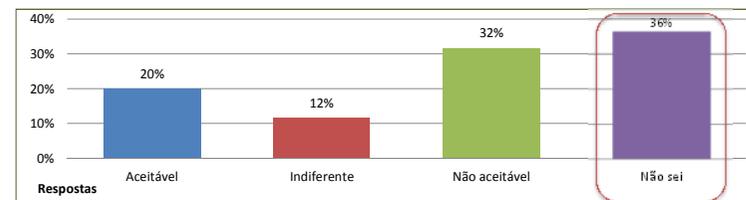


Ambos os sexos

Tabela Nº 116 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " Face à orientação sexual do seu/sua filho(a)/educando(a) considera aceitável: Ambos os sexos " por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Aceitável	1	7	2	7	17	20%
Indiferente	1	3	2	4	10	12%
Não aceitável	7	9	4	7	27	32%
Não sei	7	7	6	11	31	36%
Σ Respostas	16	26	14	29	85	100%

Gráfico Nº 123 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " Face à orientação sexual do seu/sua filho(a)/educando(a) considera aceitável: Ambos os sexos " (Σ%)



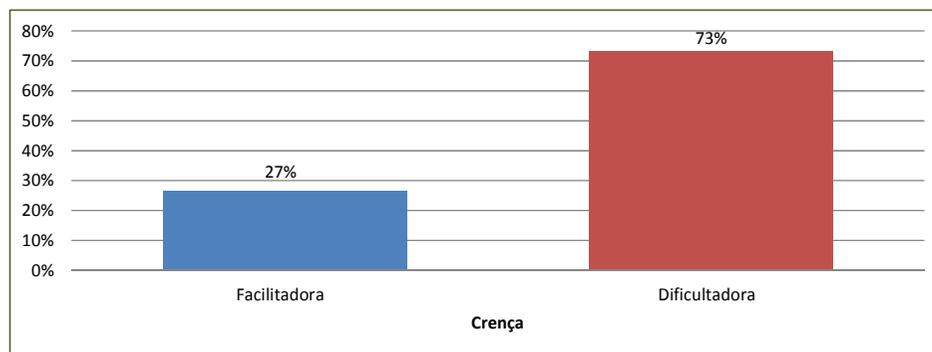
Descrição

Os dados apresentados são referentes às crenças dos EE face à orientação sexual dos seus educandos. Verifica-se que a relação com uma pessoa do sexo oposto é mais aceitável para este grupo e que outro tipo de relações suscitam dúvidas e crenças dificultadoras.

Tabela Nº 117- Crença sobre a orientação sexual dos filhos Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	2	12%	15	88%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	9	28%	23	72%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	4	25%	12	75%	16	16%
EB Santiago	11	33%	22	67%	33	34%
Σ Estabelecimento de	26	27%	72	73%	98	100%

Gráfico Nº 124 - Crença sobre a orientação sexual dos filhos Facilitadora/Dificultadora (Σ%)



Descrição

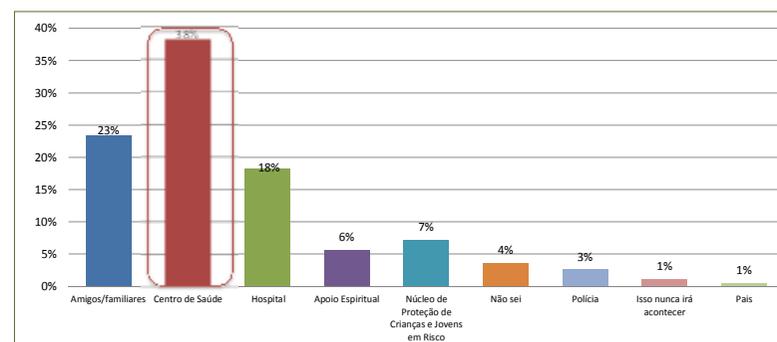
Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem "Crença sobre orientação sexual dos filhos". Verifica-se que a crença sobre a orientação sexual por parte dos EE encontra-se facilitadora em apenas 27% do grupo inquirido, sendo que é na escola EB Augusto Gomes onde os EE demonstram crença dificultadora face à orientação sexual dos educandos.

Gravidez não planeada na adolescência

Tabela Nº 118- Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " *Imagine que no seu seio familiar surge uma das seguintes situações: Gravidez não planeada na adolescência - A quem recorreria?*" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Amigos/familiares	4	19	6	17	46	23%
Centro de Saúde	14	28	11	22	75	38%
Hospital	9	10	6	11	36	18%
Apoio Espiritual	2	8	0	1	11	6%
Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco	2	6	4	2	14	7%
Não sei	2	2	0	3	7	4%
Polícia	1	3	0	1	5	3%
Isso nunca irá acontecer	0	1	1	0	2	1%
Pais	0	1	0	0	1	1%
Σ Respostas	34	78	28	57	197	100%

Gráfico Nº 125 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " *Imagine que no seu seio familiar surge uma das seguintes situações: Gravidez não planeada na adolescência - A quem recorreria?*" (Σ%)

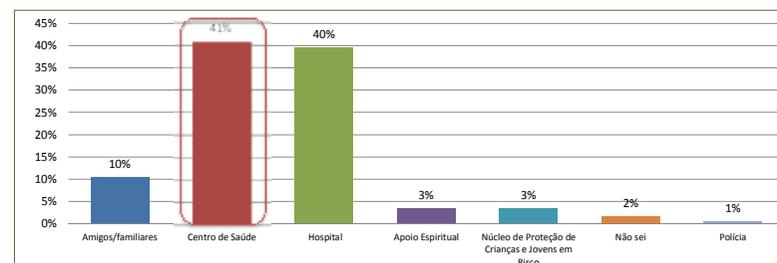


IST diagnosticada na adolescência

Tabela Nº 119 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " *Imagine que no seu seio familiar surge uma das seguintes situações: IST diagnosticada na adolescência - A quem recorreria?*" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Amigos/familiares	2	8	1	7	18	10%
Centro de Saúde	16	20	10	24	70	41%
Hospital	13	23	11	21	68	40%
Apoio Espiritual	1	3	0	2	6	3%
Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco	1	4	1	0	6	3%
Não sei	0	1	0	2	3	2%
Polícia	1		0		1	1%
Σ Respostas	34	59	23	56	172	100%

Gráfico Nº 126 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " *Imagine que no seu seio familiar surge uma das seguintes situações: IST diagnosticada na adolescência - A quem recorreria?*" (Σ%)

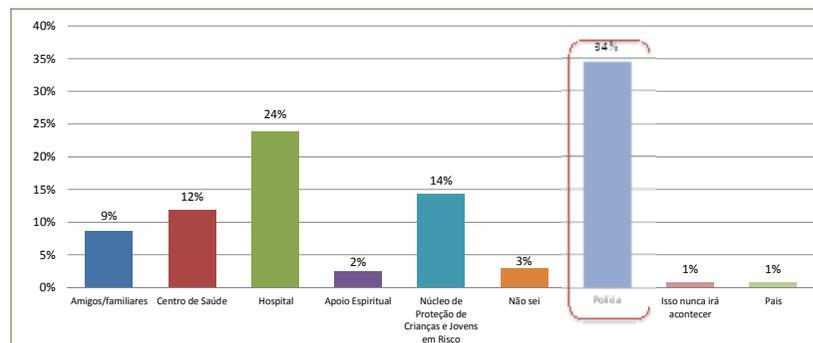


Abuso na adolescência

Tabela Nº 120 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " *Imagine que no seu seio familiar surge uma das seguintes situações: abuso na adolescência - A quem recorreria?*" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Amigos/familiares	2	9	1	9	21	9%
Centro de Saúde	7	7	2	13	29	12%
Hospital	10	20	9	19	58	24%
Apoio Espiritual	1	3	0	2	6	2%
Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco	6	11	6	12	35	14%
Não sei	2	1		4	7	3%
Polícia	14	27	15	28	84	34%
Isso nunca irá acontecer	0	0	0	2	2	1%
Pais	0	0	0	2	2	1%
Σ Respostas	42	78	33	91	244	100%

Gráfico Nº 127 - Respostas dos Encarregados de Educação à Questão " *Imagine que no seu seio familiar surge uma das seguintes situações: abuso na adolescência - A quem recorreria?*" (Σ%)



Descrição

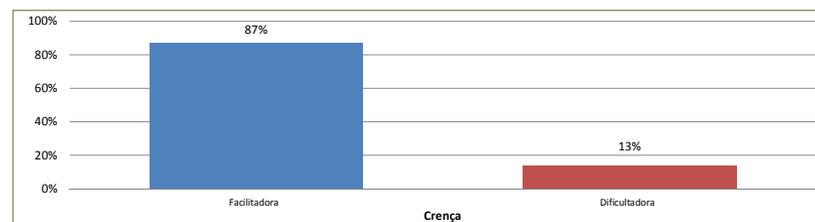
Os dados apresentados apontam os recursos mais procurados pelos EE em situações de Gravidez não planeada/IST diagnosticada/Abuso na adolescência.

a) Gravidez não planeada na adolescência

Tabela Nº 121- Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	15	88%	2	12%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	29	91%	3	9%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	14	88%	2	13%	16	16%
EB Santiago	27	82%	6	18%	33	34%
Σ Estabelecimento de Ensino	85	87%	13	13%	98	100%

Gráfico Nº 128 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência Facilitadora/Dificultadora (Σ%)

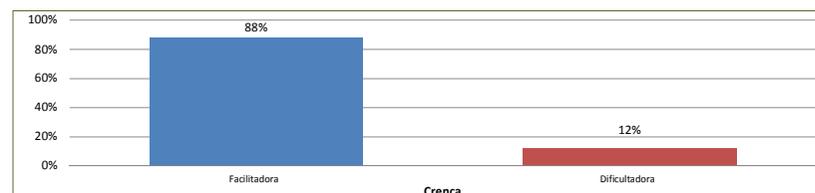


b) IST diagnosticada na adolescência

Tabela Nº 122- Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de IST diagnosticada na adolescência Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	17	100%	0	0%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	27	84%	5	16%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	15	94%	1	6%	16	16%
EB Santiago	27	82%	6	18%	33	34%
Σ Estabelecimento de Ensino	86	88%	12	12%	98	100%

Gráfico Nº 129 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de IST diagnosticada na adolescência Facilitadora/Dificultadora (Σ%)

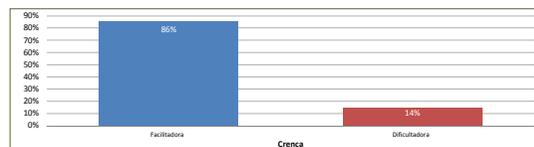


c) Abuso na adolescência

Tabela Nº 123 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	14	82%	3	18%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	27	84%	5	16%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	15	94%	1	6%	16	16%
EB Santiago	28	85%	5	15%	33	34%
Σ Estabelecimento de Ensino	84	86%	14	14%	98	100%

Gráfico Nº 130 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora(2%)

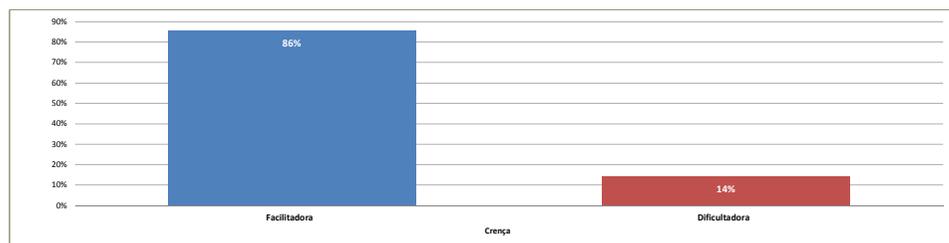


Σ (a+b+c) - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticado/abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora

Tabela Nº 124 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	14	82%	3	18%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	27	84%	5	16%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	14	88%	2	13%	16	16%
EB Santiago	26	79%	7	21%	33	34%
Σ Estabelecimento de Ensino	81	83%	17	17%	98	100%

Gráfico Nº 131 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora (3%)



Descrição

Os dados apresentados são referentes à "Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência".

Diagnóstico de Saúde

Discussão de Resultados após aplicação do questionário aos Encarregados de Educação

Na generalidade os Encarregados de Educação (EE) apresentam conhecimento sobre os tipos de Substâncias Psicoativas (SPA) efetivo em 22% como é possível ser observado no Gráfico nº 21. Realizando uma comparação entre os estabelecimentos de ensino em estudo, verifica-se que as escolas EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira e a EB. Santiago são as que incluem os EE com menor conhecimento sobre os tipos de SPA, seguida da escola EB. Padre Manuel de Castro e, por último, a escola EB. Augusto Gomes (Tabela nº 18).

Quando questionados acerca de drogas os EE na sua maioria apresentam conhecimentos acerca dos diferentes tipos de SPA. É possível verificar que a cocaína, a heroína, as anfetaminas e o LSD são apontadas pela maioria dos EE como drogas. No entanto, as bebidas alcoólicas e o tabaco não são consideradas drogas por alguns dos questionados, existindo também dúvidas se as colas serão consideradas SPA (Gráfico nº 17).

No que respeita ao conhecimento sobre a idade de início de consumo de SPA pelos jovens, os EE apresentam conhecimento não efetivo acerca deste tema (Gráfico nº 24) com percentagens iguais ou superiores a 94%, sendo que na escola EB. Augusto Gomes pode-se verificar que 100% dos EE apresentam conhecimento não efetivo (Tabela nº 19).

Os fatores influenciadores e os fatores protetores do consumo de SPA são também um assunto de destaque, sendo que a “aceitação e influência do grupo de amigos” e a “imitação do comportamento de familiares” são os fatores influenciadores mais apontados (Gráfico nº 26). Quanto aos fatores protetores é a “capacidade de resolução de problemas” e a “capacidade de adaptação” os fatores mais referidos pelos EE (Gráfico nº 28). No entanto, o diagnóstico de enfermagem relativo ao “Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes” é não efetivo em 69% (Gráfico nº 31). É importante realçar que o “Conhecimento sobre os fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes” dos EE é efetivo em 53% (Gráfico nº 30), sendo na escola EB. Augusto Gomes onde os EE demonstraram maior conhecimento sobre este assunto (Tabela 23). No que respeita aos fatores influenciadores, é a mesma escola

com maior número de EE com conhecimento efetivo sobre esta temática, seguida da escola EB. Santiago, da EB. Padre Manuel de Castro e, por último, a escola EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira (Tabela nº 22).

Quando questionados sobre os sinais de alerta do consumo de SPA, os EE souberam identificar os sinais de alerta relacionados com este assunto (Tabela nº 25), demonstrando conhecimento efetivo em 64% (Gráfico nº 33). É na escola EB. Augusto Gomes que se incluem o maior número de EE com conhecimento efetivo (82%), em oposição à escola EB. Padre Manuel de Castro na qual os EE apresentaram reduzida percentagem de conhecimento efetivo sobre os sinais de alerta do consumo de SPA (50%), como é possível verificar-se na Tabela nº 26.

O assunto das SPA não é indiferente ao grupo de EE questionado que considera que o acesso a este tipo de substâncias por menores de idade é “Fácil” (Gráfico nº 34) e demonstram também conhecimento efetivo em 57% sobre a disponibilidade e os locais de acesso a este tipo de substâncias (Gráfico nº 35).

Abordando a temática dos Comportamentos Aditivos Sem Substância (CASS), os EE demonstram conhecimento efetivo em 85% sobre os tipos de CASS (Gráfico nº 40). Na generalidade, os EE das diferentes escolas apresentaram conhecimento efetivo superior a 78%, sendo que as escolas EB. Augusto Gomes, EB. Padre Manuel de Castro e EB. Santiago apresentam conhecimento sobre os tipos de CASS efetivo em 88%, encontrando-se logo de seguida os EE da escola EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira com conhecimento efetivo em 78% (Tabela nº 33).

Quando questionados acerca do tempo aceitável para a utilização das tecnologias, os EE na sua maioria indicaram que o “fim-de-semana” (88% das respostas) seria o período mais aceitável para os uso destes equipamentos, sendo que o número de horas mais apontado é o intervalo de 0 a 3 horas (Gráfico nº 52). De salientar será a utilização da televisão e do telemóvel que são consideradas tecnologias que são aceitáveis diariamente (88% das respostas para a televisão e 53% para o uso de telemóvel), como é possível ser observado nos Gráficos nº 47 e 49, respetivamente.

Verificou-se também que o conhecimento dos EE no que se refere aos perfis de consumo de jogo, internet e redes sociais é efetivo em 56%, sendo os EE da escola EB. Santiago com

maior conhecimento efetivo (70%), seguidos dos EE da EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira (59%), dos EE da EB. Padre Manuel de Castro (50%) e dos EE da EB. Augusto Gomes (29%), como se encontra descrito na Tabela nº 46.

Abordando os sinais de alarme do consumo excessivo de internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel pelos jovens, os EE apresentam conhecimento efetivo em 41%, sendo os da escola EB. Augusto Gomes aqueles com maior percentagem de conhecimento efetivo (65%), contrariamente aos EE da EB. Padre Manuel de Castro que apresentaram menor percentagem de conhecimento efetivo (31%) sobre este assunto (Tabela nº 48).

A terceira temática abordada na aplicação do questionário aos EE foi os Comportamentos associados à Sexualidade. Os EE apresentaram respostas que indicaram diagnósticos de enfermagem positivos, sendo o “Conhecimento sobre a existência da sexualidade ao longo da vida” efetivo em 82% (Gráfico nº 58) e o “Conhecimento sobre a relação entre os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego e as vivências da vida sexual adulta” efetivo em 52% (Gráfico nº 59). No entanto, quando questionados acerca do conhecimento sobre o papel de género, os EE apresentaram conhecimento efetivo em 43% (Gráfico nº 60), sendo os EE da Escola EB. Padre Manuel Castro os que maior conhecimento apresentaram sobre esta temática (Tabela nº 53)

Relativamente aos métodos de prevenção da gravidez, o conhecimento dos EE é efetivo em 5% (Gráfico nº 68). É possível verificar o desconhecimento sobre a eficácia do selo transdérmico, uma vez que é apontada a resposta “Não sei” por 48% dos EE (Gráfico nº 63). O mesmo acontece com o uso do preservativo que é apontado por 33% dos EE como “Nada eficaz” e 35% como “Pouco eficaz” (Gráfico nº 66).

Por outro lado, pode-se constatar que o conhecimento da não eficácia do método do calendário e do método do coito interrompido está presente em 46% e em 37% dos EE respetivamente (Gráficos nº 65 e nº 62).

Quando questionados sobre os mesmos métodos mas utilizando-os na prevenção de uma IST, os EE demonstraram conhecimento efetivo em 48% (Gráfico nº 76). O preservativo foi o método apontado como “Muito eficaz” (89%) e “Eficaz” (67%), embora a pílula e o anel vaginal tenham também sido apontados pelos EE como “Eficaz” em 8% e 25% respetivamente (Gráfico nº 75).

No que respeita ao conhecimento sobre o abuso na adolescência, os pais foram questionados acerca de várias situações que podem evidenciar abuso nas relações de namoro e/ou nas relações de pares. O conhecimento dos EE sobre abuso na adolescência é efetivo em 89% (Gráfico nº 86), sendo que a escola EB. Augusto Gomes é a que se destaca com 100% das respostas corretas (Tabela nº 78).

Relativamente às crenças dos EE sobre SPA, 95% destes apresentam “crença sobre abordagem ao tema em família” facilitadora (Gráfico nº 87). No que respeita ao consumo dos diferentes tipos de SPA, os EE mostram também ter uma “Crença sobre o consumo de SPA” facilitadora em 91% (Gráfico nº 98), uma vez que na sua maioria reprovaria se observasse um grupo de jovens a consumir. Por outro lado, ao realizarem uma análise futura da sua vida e imaginando que um filho seu consumisse drogas, 46% dos EE referiram que procurariam ajuda especializada e 49% tentariam perceber os motivos que o teriam levado a consumir (Gráfico 99) . Deste modo, a “crença na utilização nos recursos da comunidade” mostra-se facilitadora em apenas 11% (Gráfico nº 100).

No que concerne à utilização de tecnologias pelas crianças, os EE demonstram uma crença facilitadora em 82% (Gráfico nº 107), uma vez que a maioria refere considerar importante a vigilância dos pais na utilização de internet, das redes sociais, dos jogos, da televisão e do telemóvel. (Gráficos nº 101, nº 102, nº 103, nº 104 e nº 105, respetivamente).

Como se verificou anteriormente, a televisão e o telemóvel são as tecnologias que são utilizadas durante mais tempo pelas crianças, contudo denota-se uma preocupação dos EE na vigilância e controlo dos conteúdos inerentes a essa mesma utilização.

A restrição da utilização das tecnologias é também uma preocupação dos EE que apresentam uma crença acerca desta temática facilitadora em 88% (Gráfico nº 114). Por outro lado, a “crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogos, internet e redes sociais” é facilitadora em 68 % (Gráfico nº 115) e a “crença na utilização dos recursos da comunidade em situações de CASS” é facilitadora em 94%, destacando-se a Escola EB. Padre Manuel de Castro com crença facilitadora em 100% (Tabela nº 110).

Como se pode observar no gráfico nº 115, a solução para os EE em caso de CASS nos educandos passa por restringir a utilização destas tecnologias (38%) e também através do diálogo tentando resolver a dependência no seio familiar (38%).

Relativamente aos comportamentos relacionados com a sexualidade, a crença dos EE sobre sexualidade e reprodução é facilitadora em 65% (Gráfico nº 120). Por outro lado, a Identificação e a Aceitação da Orientação Sexual dos educandos está presente em 27% dos EE, sendo que são os da Escola EB. Santiago os que mais aceitam a possível orientação sexual dos educandos (33%) e os da Escola EB. Augusto Gomes os que menos aceitam (12%), como é possível observar na Tabela nº 117.

Quanto à “crença nos recursos da comunidade em casos de uma gravidez não planeada, de uma IST diagnosticada ou de abuso na adolescência”, os EE apresentam crença facilitadora em 86% (Gráfico 31). O centro de saúde é o recurso mais apontado como meio de procura de ajuda em caso de gravidez não planeada e no caso do diagnóstico de uma IST (Gráficos nº 124 e nº 125 respetivamente), enquanto que numa situação de abuso a polícia é o recurso mais procurado (34%), seguido do hospital (24%) e do centro de saúde (12%), como é possível ser observado no Gráfico nº 126.

Anexo F Base de Dados do Diagnóstico de Situação no
Papel Profissional

Projeto Decidir Para Agir

Caracterização da Amostra
Docentes por Sexo e Estabelecimento de Ensino
Docentes por Nível de Escolaridade
Intervalos de Idade dos Docentes por Estabelecimento de Ensino
Ano de Ensino Lecionado em 2013/2014 pelos Docentes por Estabelecimento de Ensino

Papel Profissional		



CONHECIMENTO

Substâncias Psicoativas (SPA)
Substâncias Psicoativas (SPA)
Substâncias Ilícitas/Lícitas
Conhecimento sobre os Tipos de SPA Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino
Idade de Consumo por Substâncias Psicoativa
Conhecimento sobre idade de início de consumo de SPA Efetivo/Não Efetivo
Significado de "Binge" por Estabelecimento de Ensino
Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA Efetivo/Não Efetivo
Fatores Influenciadores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino
Fatores Protetores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino
Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes
Sinais de Alerta de Uso de SPA por Estabelecimento de Ensino Efetivo/Não Efetivo
Conhecimento sobre Sinais de Alerta do consumo de SPA Efetivo/Não Efetivo
Percepção relativa ao acesso a substâncias junto às escolas por Estabelecimento de Ensino
Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA Efetivo/Não Efetivo

Comportamentos Aditivos Sem Substância (CASS)
Tipos de CASS por Estabelecimento de Ensino
Uso Excessivo de CASS por Estabelecimento de Ensino
Conhecimento sobre os tipos de CASS Efetivo/Não Efetivo
Perfil de Consumo de CASS
Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais Efetivo/Não Efetivo
Sinais de Alarme de CASS
Conhecimento sobre sinais de Alerta de CASS Efetivo/Não Efetivo

Comportamentos Associados à Sexualidade
Respostas à questão "A sexualidade existe ao longo de toda vida" por Estabelecimento de Ensino
Influência dos Vínculos Afetivos da infância na vivência sexual adulta por Estabelecimento de Ensino
Conhecimento sobre papel de gênero Efetivo/Não Efetivo
Eficácia dos Métodos Contracetivos na prevenção de uma gravidez
Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planejada Efetivo/Não Efetivo
Eficácia dos Métodos Contracetivos na prevenção de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST)
Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência Efetivo/Não Efetivo
Problemas na Adolescência por Estabelecimento de Ensino
Conhecimento sobre abuso na adolescência Efetivo/Não Efetivo

ATITUDES

Substâncias Psicoativas (SPA)
Interesse em participar numa sessão de educação para a saúde sobre: Consumo de substâncias psicoativas
Crença na participação em ações de prevenção do consumo de SPA Facilitadora/Dificultadora
Atuação em situação de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino
Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade

Comportamentos Aditivos Sem Substância (CASS)
Interesse em participar numa sessão de educação para a saúde sobre: Comportamento Aditivo Sem Substância
Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância Facilitadora/Dificultadora
Importância da regulação parental na prevenção de CASS por Estabelecimento de Ensino
Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais Facilitadora/Dificultadora
Recursos de Apoio em situação de CASS por Estabelecimento de Ensino
Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade Facilitadora/Dificultadora

Comportamentos Associados à Sexualidade
Interesse em participar numa sessão de educação para a saúde sobre: Comportamentos associados à sexualidade
Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade Facilitadora/Dificultadora
Crença sobre sexualidade por Estabelecimento de Ensino
Crença sobre sexualidade e reprodução Facilitadora/Dificultadora
Respostas sobre Orientação Sexual dos alunos
Crenças sobre Orientação Sexual dos alunos Facilitadora/Dificultadora
Recursos de apoio em situação de comportamentos de risco associados à sexualidade por Estabelecimento de Ensino
Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora

Avaliação do Papel Profissional em Saúde Escolar

Caro(a) Docente,

Para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde junto da comunidade é necessário conhecer as suas reais necessidades. No sentido de contribuir para melhorar o diagnóstico de saúde da população jovem do Concelho de Matosinhos e no âmbito de uma parceria criada entre a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e a Universidade Católica Portuguesa (Centro de Investigação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde do Porto) desenvolve-se o projeto “Decidir para Agir”.

O projeto “Decidir para Agir” assume-se como um projeto a decorrer entre 2014 e 2023, centrado na prevenção do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos sem substância e nos comportamentos associados à sexualidade, acompanhando a sua população alvo que são os alunos com início no 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico até ao 12º ano, os professores e os seus encarregados de educação, razão pela qual se inicia o estudo com crianças de idades mais jovens, acompanhando o seu percurso no decorrer dos anos referidos.

Destinatários

Docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico (ano letivo: 2013/14) das escolas onde o projeto se implementa.

Requerentes

Enfermeiros da Equipa de Saúde Escolar do Agrupamento de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ACES ULSM) em parceria com as Enfermeiras Andreia Silva e Mariana Sousa, mestrandas da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

Confidencialidade

O questionário é anónimo e confidencial.

Pedido

Solicitamos que responda a todas as questões e as que não souber responder deverá selecionar o “Não sei”.

Tenha em atenção que existem questões em que pode selecionar mais do que uma resposta.

Agradecemos a sua colaboração e apoio

1. Idade: _____

2. Sexo: *(Assinale com uma cruz a resposta)*

Masculino;

Feminino.

3. Nível de Escolaridade *(Assinale com uma cruz a resposta)*

Licenciatura

Mestrado

Pós-Graduação

Doutoramento

4. No ano letivo de 2013/14 leciona no ano de ensino: *(Assinale com uma cruz a resposta)*

1º Ano

3º Ano

2º Ano

4º Ano

5. Das seguintes substâncias quais considera serem drogas? *(Para cada substância assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)*

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>
Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade? *(Assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)*

Sim;

Não;

Não sei.

7. Com que idade considera que se iniciam os primeiros consumos das seguintes substâncias: ***(Para cada substância escreva a idade que traduz a sua opinião. Se não souber responder assinale com uma cruz em "Não sei")***

Substância	Idade	Não sei
Bebidas alcoólicas	_____	<input type="checkbox"/>
Tabaco	_____	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	_____	<input type="checkbox"/>
Cannabis	_____	<input type="checkbox"/>
Cocaína	_____	<input type="checkbox"/>
Heroína	_____	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas	_____	<input type="checkbox"/>
LSD	_____	<input type="checkbox"/>
Colas	_____	<input type="checkbox"/>

8. O termo "binge" é utilizado para definir consumos de álcool ("binge drinking") ou drogas ("drug binge"):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Em excesso num curto período de tempo; | <input type="checkbox"/> Moderado num curto período de tempo; |
| <input type="checkbox"/> Reduzido num longo período de tempo; | <input type="checkbox"/> Não sei. |
| <input type="checkbox"/> Em excesso num longo período de tempo; | |

9. São fatores influenciadores do início do consumo de substâncias nos jovens: ***(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)***

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alívio de sintomas; | <input type="checkbox"/> Procura de novas experiências; |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade em lidar com a autoridade dos pais; | <input type="checkbox"/> Imitação do comportamento dos familiares. |
| <input type="checkbox"/> Aceitação e influência do grupo de amigos; | |

10. São fatores que previnem o consumo de substâncias nos jovens (As hipóteses apresentadas dizem respeito a características dos jovens): ***(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)***

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Capacidade de adaptação; | <input type="checkbox"/> Procura de sensações; |
| <input type="checkbox"/> Temperamento difícil; | <input type="checkbox"/> Baixa expectativa de sucesso; |
| <input type="checkbox"/> Capacidade de resolução de problemas; | <input type="checkbox"/> Envolvimento nas atividades da escola. |

17. O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes? (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião e indique respetivamente o nº de horas aceitável)

	Todos os dias	Nº de Horas	Fins-de-semana	Nº de Horas	Outros (Escreva a situação)	Nº de Horas
Internet	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	
Redes sociais	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	
Jogos (consolas, jogos online, computador)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	
Televisão	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	
Telemóvel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> _____	

18. Considera importante a regulação parental na utilização da internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel pelas crianças/adolescentes? (Assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)

	Sim	Não	Não sei
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redes sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogos (consolas, jogos online, computador)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. É um sinal de alarme do consumo excessivo de internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel nas crianças/adolescentes: (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Preocupação excessiva com a utilização das tecnologias; | <input type="checkbox"/> Higiene descuidada; |
| <input type="checkbox"/> Isolamento social; | <input type="checkbox"/> Alterações do padrão de sono; |
| <input type="checkbox"/> Cansaço geral; | <input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores. |

20. Imagine que um(a) aluno(a) seu mostrava sinais de indício de dependência de internet, redes sociais, jogos, televisão e/ou telemóvel. O que faria? (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Castigava-o(a), impedindo-o(a) de estar com os amigos e de realizar as atividades que mais gosta; | <input type="checkbox"/> Conversava com ele(a) e tentava resolver esta dependência na escola; |
| <input type="checkbox"/> Restringia a utilização destas tecnologias; | <input type="checkbox"/> Isso nunca irá acontecer; |
| <input type="checkbox"/> Procurava ajuda especializada (centro de saúde, psicólogos, apoio na escola); | <input type="checkbox"/> Não sei. |
| <input type="checkbox"/> Informava os pais; | |

21. A sexualidade existe ao longo de toda vida. ***(Assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)***

Verdadeiro;

Falso.

22. Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta. ***(Assinale com uma cruz a resposta que traduz a sua opinião)***

Verdadeiro;

Falso;

Não sei.

23. Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua perceção quanto à eficácia na **prevenção de uma gravidez:** ***(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)***

	<i>Muito eficaz</i>	<i>Eficaz</i>	<i>Pouco eficaz</i>	<i>Nada Eficaz</i>	<i>Não Sei</i>
Pílula	<input type="checkbox"/>				
Coito interrompido	<input type="checkbox"/>				
Selo transdérmico	<input type="checkbox"/>				
Anel vaginal	<input type="checkbox"/>				
Método do calendário	<input type="checkbox"/>				
Preservativo	<input type="checkbox"/>				

24. Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua perceção quanto à eficácia na **prevenção de uma infeção sexualmente transmissível:** ***(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)***

	<i>Muito eficaz</i>	<i>Eficaz</i>	<i>Pouco eficaz</i>	<i>Nada Eficaz</i>	<i>Não Sei</i>
Pílula	<input type="checkbox"/>				
Coito interrompido	<input type="checkbox"/>				
Selo transdérmico	<input type="checkbox"/>				
Anel vaginal	<input type="checkbox"/>				
Método do calendário	<input type="checkbox"/>				
Preservativo	<input type="checkbox"/>				

25. Reconhece que é um problema na adolescência: (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não sei</i>
O(a) namorado(a) controlar o modo de vestir e as saídas com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invasão da privacidade do(a) adolescente pelos amigos/namorado(a) (Ex: ler mensagens do telemóvel sem autorização, abrir a caixa de correio eletrónica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O(s) amigo(s) criticarem/gozarem com a forma de estar, vestir, comer...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O(a) namorado(a) estar constantemente a ligar para saber o local onde se encontra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão por parte de outros para fazer aquilo que o(a) adolescente não quer fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ameaçar ou ferir alguém próximo do adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violência física ou psicológica de forma continuada entre alunos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Considera normal o ato da masturbação: (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não Sei</i>
Nos rapazes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nas raparigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Face à orientação sexual dos seus/suas alunos(as) considera aceitável: (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que tradu(em) a sua opinião)

	<i>Aceitável</i>	<i>Não aceitável</i>	<i>Não sei</i>	<i>Indiferente</i>
Relação com uma pessoa do mesmo sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relação com uma pessoa do sexo oposto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambos os sexos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: gravidez não planeada na adolescência, um diagnóstico de infeção sexualmente transmissível ou uma situação de abuso A quem recorreria? (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

	<i>Gravidez não planeada na adolescência</i>	<i>Infeção sexualmente transmissível</i>	<i>Abuso</i>
Amigos/familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polícia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isso nunca irá acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Antes de terminar por favor verifique se respondeu a todas as questões.
Obrigado pela colaboração!**

TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA – TABELA RESUMO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA

Papel Profissional

“Papel processual: interagir de acordo com as responsabilidades dos deveres profissionais; comportamentos esperados em conformidade com os requisitos profissionais; interiorizar a expectativa mantida pelos empregados e empregadores, colegas, organizações e sociedade relativamente ao comportamento apropriado ou inapropriado do papel profissional.”¹

FOCO	DADOS A COLHER	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	QUESTÕES	DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS	Resultado Diagnóstico								
	Idade; Sexo; Nível de Escolaridade; Ano de ensino que leciona em 2013/14		1,2,3,4										
CONHECIMENTO <i>“Status: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.”²</i>	SPA	Conhecimento sobre consumo de SPA não efetivo se:	5-12	Conhecimento sobre SPA efetivo/não efetivo:	Conhecimento sobre SPA Não Efetivo								
	Tipos de SPA ³	Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo <u>e</u>	<p>5: Das seguintes substâncias quais considera serem drogas?</p> <p>- Efetivo: Se escolha de 100%(N=9) das respostas [Sim]; - Não efetivo: Se escolha de [Não] e/ou [Não Sei].</p> <p>6: O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade?</p> <p>- Efetivo: Se escolha de [Não]. - Não efetivo: Se escolha de [Sim] e/ou [Não Sei];</p> <p>- NÃO EFETIVO se escolha de [Não] e/ou [Não Sei] na questão 5 e de [Sim] e/ou [Não Sei] na questão 6.</p>	Conhecimento sobre os tipos de SPA efetivo/não efetivo	<p style="text-align: center;">44%</p> <p style="text-align: center;">Conhecimento sobre os tipos de SPA Efetivo</p> <p style="text-align: center;">56%</p> <p style="text-align: center;">Conhecimento sobre os tipos de SPA Não efetivo</p>								
	Idade de início do consumo de SPA	Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo <u>e/ou</u>	<p>7: Com que idade considera que se iniciam os primeiros consumos das seguintes substâncias:</p> <p>- Efetivo se 5 ou mais respostas corretas (N=9):</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Bebidas Alcoólicas</td> <td>[10-12]</td> </tr> <tr> <td>Tabaco</td> <td>[10-12]</td> </tr> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>[13-14]</td> </tr> <tr> <td>Cannabis</td> <td>[10-15]</td> </tr> </table>	Bebidas Alcoólicas	[10-12]	Tabaco	[10-12]	Medicamentos	[13-14]	Cannabis	[10-15]	Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA efetivo/não efetivo	<p style="text-align: center;">8%</p> <p style="text-align: center;">Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA Efetivo</p> <p style="text-align: center;">92%</p> <p style="text-align: center;">Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA Não efetivo</p>
	Bebidas Alcoólicas	[10-12]											
Tabaco	[10-12]												
Medicamentos	[13-14]												
Cannabis	[10-15]												

¹ CIPE 2:P.60

² CIPE 2:p.45

³ SPA: Substâncias Psicoativas

			<table border="1"> <tr> <td>Cocaína</td> <td>[13-15]</td> </tr> <tr> <td>Heroína</td> <td>[13-14]</td> </tr> <tr> <td>Anfetaminas</td> <td>[13-14]</td> </tr> <tr> <td>LSD</td> <td>[13-14]</td> </tr> <tr> <td>Colas</td> <td>[13-14]</td> </tr> </table> <p>- Não efetivo se escolha de mais de 4 ou mais respostas incorretas e/ou se escolha de [Não Sei] (N=9).</p>	Cocaína	[13-15]	Heroína	[13-14]	Anfetaminas	[13-14]	LSD	[13-14]	Colas	[13-14]		
Cocaína	[13-15]														
Heroína	[13-14]														
Anfetaminas	[13-14]														
LSD	[13-14]														
Colas	[13-14]														
Perfis de consumo de SPA	Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA não efetivo e/ou	<p>8: O termo “binge” é utilizado para definir consumos de álcool (“binge drinking”) ou drogas (“drug binge”):</p> <p>- Efetivo se escolha da resposta correta: [Em excesso num curto período de tempo];</p> <p>- Não efetivo se escolha de uma das respostas: [Reduzido num longo período de tempo]; [Em excesso num longo período de tempo]; [Moderado num curto período de tempo]; [Não sei].</p> <p>- NÃO EFETIVO se escolha de uma das respostas incorretas ou se escolha de [Não Sei].</p>	Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA efetivo/não efetivo	<p>28% Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA Efetivo</p> <p>72% Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA Não efetivo</p>											
Fatores influenciadores e fatores protetores de início do consumo de SPA	Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo e/ou	<p>9: São fatores influenciadores do início do consumo de substâncias nos jovens:</p> <p>- Efetivo se escolha de pelo menos 50% das respostas; - Não efetivo se escolha de menos de 50% das respostas.</p> <p>10: São fatores que previnem o consumo de substâncias nos jovens:</p> <p>- Efetivo se escolha de pelo menos 50% das respostas corretas: - [Capacidade de Adaptação]; - [Capacidade de Resolução de Problemas]; - [Envolvimento nas atividades da escola].</p> <p>- Não efetivo se escolha de menos de 50% das respostas corretas.</p> <p>- NÃO EFETIVO se pelo menos uma das questões estiver não efetivo.</p>	Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes efetivo/não efetivo	<p>52% Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes efetivo</p> <p>48% Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo</p>											
Sinais de Alerta de uso de SPA	Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA não efetivo e/ou	<p>11: É um sinal de alarme de consumo de substâncias nos jovens:</p> <p>- Efetivo se escolha de pelo 3 ou mais das 6 respostas possíveis; - Não efetivo se escolha de menos de 3 das 6 respostas</p>	Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA efetivo/não efetivo	<p>80% Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA efetivo</p> <p>20% Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA não efetivo</p>											

			possíveis.		
	Perceção sobre locais de acesso e disponibilidade de SPA	Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA não efetivo	12: Qual a sua perceção em relação ao acesso a substâncias junto às escolas, mesmo para os menores de idade? - Efetivo se escolha da opção [Fácil Acesso]; - Não efetivo se escolha de [Difícil Acesso] ou [Não Sei].	Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA efetivo/não efetivo	56% Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA efetivo 44% Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso não efetivo
	CASS	Conhecimento sobre CASS não efetivo se:	15-17	Conhecimento sobre CASS efetivo/não efetivo:	
	Tipos de CASS⁴	Conhecimento sobre os tipos de CASS não efetivo <u>e</u>	15: A internet, as redes sociais, os jogos (computador, consolas), a televisão e o telemóvel podem provocar dependência nas crianças, jovens e adultos? - Efetivo: Se escolha de [Sim]; - Não efetivo: Se escolha de [Não] ou [Não Sei]. 16: Considera que o uso excessivo da internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel pode influenciar negativamente os comportamentos das crianças/adolescentes? - Efetivo: Se escolha de [Sim]; - Não efetivo: Se escolha de [Não] ou [Não Sei]. NÃO EFETIVO: Se pelo menos uma das questões 15 ou 16 estiver não efetivo.	Conhecimento sobre os tipos de CASS efetivo/não efetivo	88% Conhecimento sobre os tipos de CASS efetivo 12% Conhecimento sobre os tipos de CASS não efetivo
	Perfis de consumo de CASS	Conhecimento sobre perfis de consumo não efetivo <u>e/ou</u>	17: O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes? - Efetivo: Se escolha de [0-3] Horas e/ou [Variável e dependente do indivíduo] e/ou [Variável] e/ou [Sempre que se justifique] e/ou [quando necessário] e/ou [depende] em pelo menos 3 ou mais respostas das 5 respostas possíveis; - Não Efetivo: Se escolha das restantes opções	Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais efetivo/não efetivo	76% Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais efetivo 24% Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais não efetivo
	Sinais de Alerta sobre CASS	Conhecimento sobre Sinais de Alerta de CASS não efetivo.	19: É um sinal de alarme do consumo excessivo de internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel nas crianças/adolescentes:	Conhecimento sobre Sinais de alerta de CASS efetivo/Não efetivo	56% Conhecimento sobre Sinais de alerta de CASS efetivo 44% Conhecimento sobre Sinais de

⁴ CASS: Comportamentos Aditivos Sem Substância

			<ul style="list-style-type: none"> - Efetivo se escolha de pelo menos 3 das 5 respostas corretas (todas as respostas exceto [Nenhuma das Anteriores]); - Não efetivo se escolha de menos de 3 das 5 respostas corretas <u>e/ou</u> [Nenhuma das Anteriores]. 		alerta de CASS Não efetivo
	Sexualidade	Conhecimento sobre sexualidade não efetivo se:	21-25	Conhecimento sobre sexualidade efetivo/ não efetivo	Conhecimento sobre sexualidade não efetivo
	Percepção sobre Papel de gênero⁵ na adolescência	Conhecimento sobre papel de gênero não efetivo <u>e</u>	<p>21: <i>A sexualidade existe ao longo de toda vida.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetivo se escolha de [Verdadeiro]; - Não efetivo se escolha de [Falso]. <p>22: <i>Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetivo se escolha de [Falso]; - Não efetivo se escolha de [Verdadeiro] ou [Não Sei]. <p>NÃO EFETIVO: Se pelo menos uma das questões estiver incorreta.</p>	Conhecimento sobre papel de gênero efetivo/não efetivo	<p>76% Conhecimento sobre papel de gênero efetivo</p> <p>24% Conhecimento sobre papel de gênero não efetivo</p>
	Métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência	Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo <u>e/ou</u>	<p>23: <i>Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Efetivo: se escolha de [Muito Eficaz] ou [Eficaz] para as opções de “Pílula” e/ou “selo transdérmico” e/ou “Anel vaginal” e/ou “Preservativo” OU [Nada Eficaz] para as opções “Coito interrompido” e “Método do calendário”; - Não efetivo: se escolha de [Não Sei] ou se escolha de [Nada Eficaz] e/ou [Pouco Eficaz] para as opções de “Pílula” e/ou “selo transdérmico” e/ou “Anel vaginal” e/ou “Preservativo” OU [Muito Eficaz] e/ou [Eficaz] para as opções “Coito interrompido” e “Método do calendário”. 	Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência efetivo/não efetivo	<p>12% Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência efetivo</p> <p>88% Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo</p>

⁵ CIPE 2:p. 65: Papel de Gênero: “Papel do indivíduo: interagir de acordo com a identidade de pertencer a um ou outro sexo, interiorizando a expectativa mantida pelos indivíduos e a sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados de homens e mulheres, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores.”

	Métodos de prevenção de IST na adolescência	Conhecimento sobre consequências e métodos de prevenção de IST ⁶ na adolescência não efetivo e/ou	24: <i>Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infecção Sexualmente transmissível:</i> - Efetivo se escolha de [Preservativo] e [Muito Eficaz ou Eficaz]; - Não efetivo: se escolha de todos os métodos exceto preservativo como [Muito Eficaz ou Eficaz]	Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência efetivo/não efetivo	44% Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência efetivo 56% Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo
	Percepção sobre o abuso⁷ na adolescência	Conhecimento sobre o abuso na adolescência não efetivo	25: <i>Reconhece que é um problema na adolescência:</i> - Efetivo: se escolha de [Sim] para pelo menos 3 dos 7 problemas descritos; - Não efetivo: se escolha de [Não] ou [Não sei] em 3 ou mais dos 7 problemas descritos.	Conhecimento sobre o abuso na adolescência efetivo/não efetivo	100% Conhecimento sobre o abuso na adolescência efetivo
Atitudes “Atitude- Processo Psicológico: Modelos Mentais e opiniões” ⁸	SPA	Atitude dos professores face ao consumo de SPA dificultadora se:	13,14	Atitude dos professores face ao consumo de SPA dificultadora/facilitadora	Atitude dos professores face ao consumo de SPA Facilitadora
	Participação em ações de prevenção do consumo de SPA	Crença na participação em ações de prevenção do consumo de SPA dificultadora e/ou	13: <i>É do seu interesse participar numa sessão de educação para a saúde sobre: Consumo de substâncias psicoativas?</i> Facilitadora se escolha de [Sim]; - Dificultadora: se escolha de [Não] ou [Não sei];	Crença na participação em ações de prevenção do consumo de SPA dificultadora/facilitadora	72% Crença na participação em ações de prevenção do consumo de SPA facilitadora 28% Crença na participação em ações de prevenção do consumo de SPA dificultadora
	Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade	Crença na utilização dos recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade dificultadora	14: <i>Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar que consome drogas. Como atuaria?</i> - Facilitadora se escolha das opções: [Informava os pais] e/ou [Procurava ajuda especializada...] e/ou [Conversava com ele(a) e tentava perceber os motivos que o(a) levaram a consumir] e/ou [Informava o diretor de turma/coordenador da escola...]; - Dificultadora se escolha das opções: [Reprendia-o(a)] e/ou [Ameaçava informar os pais dele(a)] e/ou [Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não sei].	Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade dificultadora/facilitadora	92% Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade facilitadora 8% Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade dificultadora
	CASS	Atitude dos professores face ao CASS dificultadora se:	13,18,20	Atitude dos professores face aos CASS dificultadora/facilitadora	Atitude dos professores face aos CASS facilitadora

⁶ IST: Infecção Sexualmente Transmissível

⁷ CIPE 2: Abuso: Comportamento agressivo: atos de ataque físico ou emocional, violar ou maltratar.

⁸ CIPE 2: p.40

	Participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância	Crença na participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância e/ou	13: É do seu interesse participar numa sessão de educação para a saúde sobre Comportamentos aditivos sem substância? - Facilitadora: se escolha de [Sim]; - Dificultadora: se escolha de [Não] ou [Não sei].	Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância dificultadora/facilitadora	68% Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância facilitadora 32% Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância dificultadora
	Proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais	Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais dificultadora e/ou	18: Considera importante a regulação parental na utilização da internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel pelas crianças/adolescentes? - Efetivo: Se escolha de [Sim]; - Não efetivo: Se escolha de [Não] ou [Não Sei]. NÃO EFETIVO: Se pelo menos uma das resposta for de [Não] e/ou [Não Sei].	Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais dificultadora/facilitadora	100 % Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais facilitadora
	Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade	Crença na utilização dos recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade dificultadora	20: Imagine que um(a) aluno(a) seu mostrava sinais de indício de dependência de internet, redes sociais, jogos, televisão e/ou telemóvel. O que faria? - Facilitadora se escolha das opções: [Informava os pais] e/ou [Restringia a utilização destas tecnologias] e/ou [Procurava ajuda especializada...] e/ou [Conversava com ele(a)...] e sem escolha das 3 opções restantes; - Dificultadora se escolha das opções: [Castigava-o...] e/ou [Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei].	Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade dificultadora/facilitadora	92% Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade facilitadora 8% Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade dificultadora
	Sexualidade	Atitude dos professores face à Sexualidade dificultadora se:	13,26-28	Atitude dos professores face à Sexualidade dificultadora/facilitadora	
	Participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade	Crença na participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade dificultadora e/ou	13: É do seu interesse participar numa sessão de educação para a saúde sobre Comportamentos associados à sexualidade? - Facilitadora: se escolha de [Sim]; - Dificultadora: se escolha de [Não] ou [Não sei].	Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade dificultadora/facilitadora	64% Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade facilitadora 36% Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade dificultadora
	Mitos sobre sexualidade e reprodução	Crença sobre sexualidade e reprodução dificultadora e/ou	26: Considera normal o ato da masturbação: - Facilitadora: Se escolha de: 100%(N=2) das respostas [Sim]; - Dificultadora: Se escolha de pelo menos uma resposta[Não]	Crença sobre sexualidade e reprodução dificultadora/facilitadora	92% Crença sobre sexualidade e reprodução facilitadora 15 8% Crença sobre sexualidade e

			ou [Não Sei].		reprodução dificultadora/facilitadora
	Identificar a Aceitação da identidade sexual do (s) seu (s) aluno (s)	Identificação e Aceitação da identidade sexual ⁹ dos alunos ausente e/ou	27: Face à orientação sexual dos seus/seus alunos (as) considera aceitável: - Facilitadora: Se escolha de:100% das respostas [Aceitável] ou [Indiferente]; - Dificultadora se escolha de [Não Aceitável] ou [Não Sei].	Identificação e aceitação da identidade sexual dos alunos ausente/presente	27% Identificação e aceitação da identidade sexual dos alunos presente 73% Identificação e aceitação da identidade sexual dos alunos ausente
	Articulação existente com os recursos da comunidade	Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/Gravidez na adolescência/IST diagnosticada dificultadora	28: Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: gravidez não planeada na adolescência, um diagnóstico de infecção sexualmente transmissível ou uma situação de abuso A quem recorreria? 30-a) Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência: Facilitadora: Se escolha das 7 opções possíveis com exceção de [Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei]; Dificultadora: Se escolha de:[Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei]; 30-b) Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de IST diagnosticada na adolescência: Facilitadora: Se escolha das 6 opções possíveis com exceção de [Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei]; Dificultadora: Se escolha de:[Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei]; 30-c) Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência: Facilitadora: Se escolha das 7 opções possíveis com exceção de [Isso nunca irá acontecer] e/ou [Não Sei]; Σ (30 a+ 30 b+ 30 c) - Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/Gravidez na adolescência/IST diagnosticada Facilitadora- Se Crença em [30 a]+[30 b]+[30 c]= Facilitadora	Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/Gravidez na adolescência/IST diagnosticada dificultadora /facilitadora	83% Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/Gravidez na adolescência/IST diagnosticada facilitadora 17% Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/Gravidez na adolescência/IST diagnosticada dificultadora

⁹ CIPE 2: Identidade Sexual - Identidade pessoal: conjunto de ideias, sentimentos e atitudes que cada um tem sobre a sua identidade sexual, tendo em conta o seu sentir pessoal ou interior como homem ou mulher.

Tabela Nº 1 - Sexo dos Docentes por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Sexo (n)		Sexo(%)		Σ Sexo
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
EB Augusto Gomes	4	1	80%	20%	5
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	2	3	40%	60%	5
EB Padre Manuel de Castro	9	0	100%	0%	9
EB Santiago	6	0	100%	0%	6
Σ Estabelecimentos de Ensino	21	4	84%	16%	25

Gráfico Nº 1 - Sexo dos Docentes por Estabelecimento de Ensino

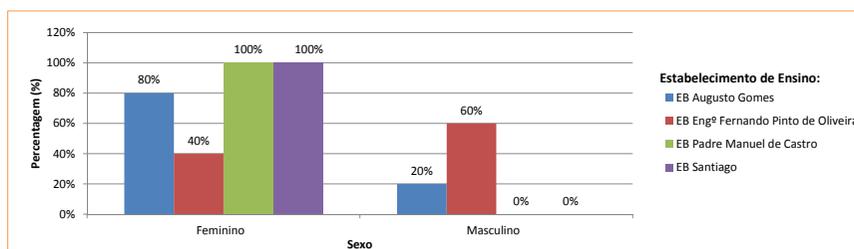
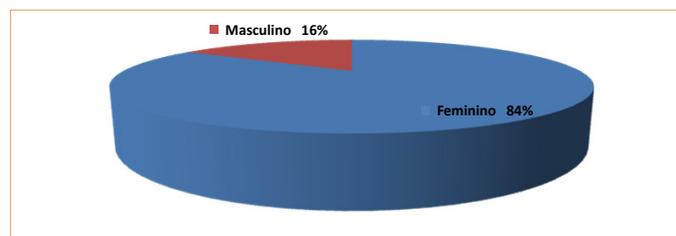


Gráfico Nº 2 - Sexo dos Docentes(Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao sexo dos docentes por estabelecimento de ensino. O sexo predominante nos estabelecimentos de ensino descritos é o sexo feminino (84% no Σ dos estabelecimentos de ensino), com exceção da EB Engº Fernando Pinto de Oliveira em que o sexo predominante é o masculino (60%).

Sexo

Sexo Feminino ou Sexo Masculino.

Estabelecimentos de Ensino

Os Estabelecimentos de Ensino presentes na amostra são:-EB Augusto Gomes;-EB Engº Fernando Pinto de Oliveira;-EB Padre Manuel de Castro e - EB Santiago.

Tabela Nº 2 - Nível de Escolaridade dos Docentes por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Nível de Escolaridade		Σ
	Licenciatura	Mestrado	
EB Augusto Gomes	4	1	5
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	4	1	5
EB Padre Manuel de Castro	9	0	9
EB Santiago	5	1	6
Σ Estabelecimentos de Ensino	22	3	25

Gráfico Nº 3 - Nível de Escolaridade dos Docentes por Estabelecimento de Ensino

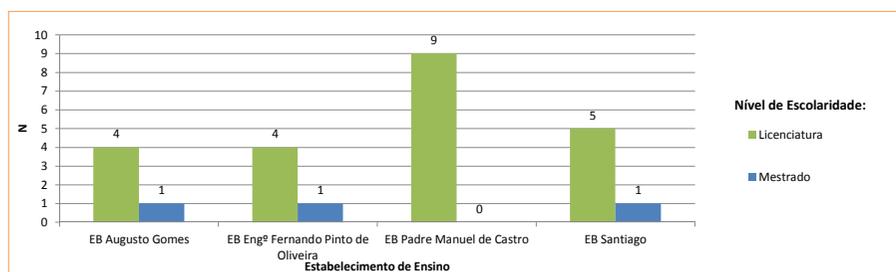
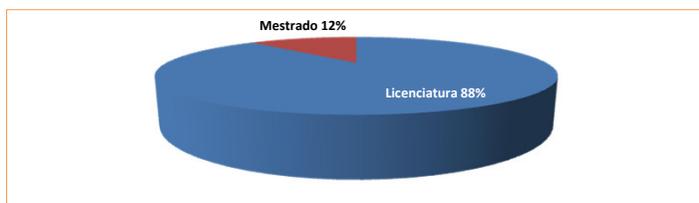


Gráfico Nº 4- Nível de Escolaridade dos Docentes(Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao nível de escolaridade dos docentes por estabelecimento de ensino. Os docentes são maioritariamente licenciados (88% no Σ dos estabelecimentos de ensino).seguido do ensino superior ensino secundário (26% no Σ dos estabelecimentos de ensino).Dos 25 docentes que fazem parte da amostra, apenas 3 são mestres (1 por cada escola à exceção da EB Padre Manuel de Castro).

Nível de Escolaridade

Considera-se como nível de escolaridade: **Licenciatura** o grau académico do 1º ciclo do ensino superior no Processo de Bolonha; Considera-se como nível de escolaridade: **Mestrado** o grau académico do 2º ciclo do ensino superior no Processo de Bolonha.

Tabela Nº 3 - Intervalos de Idade dos Docentes por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Intervalos de Idade			Σ Intervalos
	[30-39]	[40-49]	[50-59]	
EB Augusto Gomes	1	3	1	5
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	3	1	1	5
EB Padre Manuel de Castro	4	3	1	8
EB Santiago	3	1	1	5
Σ Estabelecimentos de Ensino	11	8	4	23

Gráfico Nº 5 - Intervalos de Idade dos Docentes por Estabelecimento de Ensino

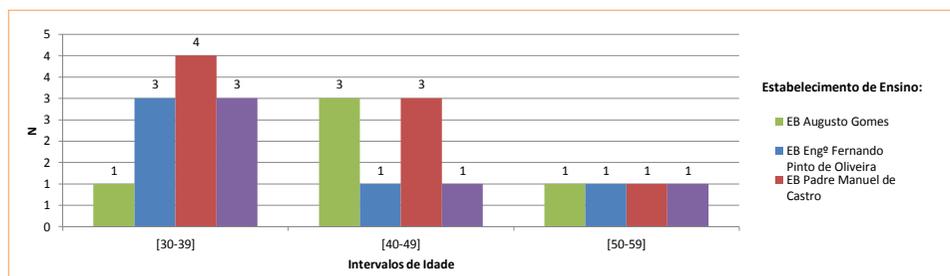
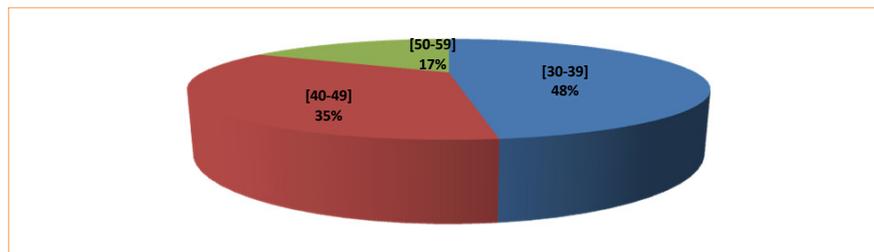


Gráfico Nº 6- Intervalos de Idade dos Docentes(Σ %)



Descrição

Os dados referem-se aos intervalos de idade dos docentes. A idade predominante situa-se no intervalo [30-39] (48%).

Intervalos de Idade

Foram criados intervalos de 10 anos de idade para uma maior facilidade de visualização dos dados. Consideram-se os seguintes intervalos de idade: [30-39],[40-49] e [50-59].

Tabela Nº 4 -Ano de Ensino Lecionado em 2013/2014 pelos Docentes por Estabelecimento de Ensino

5-No ano letivo de 2013/14 leciona no ano de ensino:

Estabelecimento de Ensino	1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	Σ Ano
EB Augusto Gomes	1	1	1	0	3
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	1	2	2	0	5
EB Padre Manuel de Castro	1	1	4	1	7
EB Santiago	2	2	1	0	5
Σ Estabelecimentos de Ensino	5	6	8	1	20

Gráfico Nº 7 - Ano de Ensino Lecionado em 2013/2014 pelos Docentes por Estabelecimento de Ensino

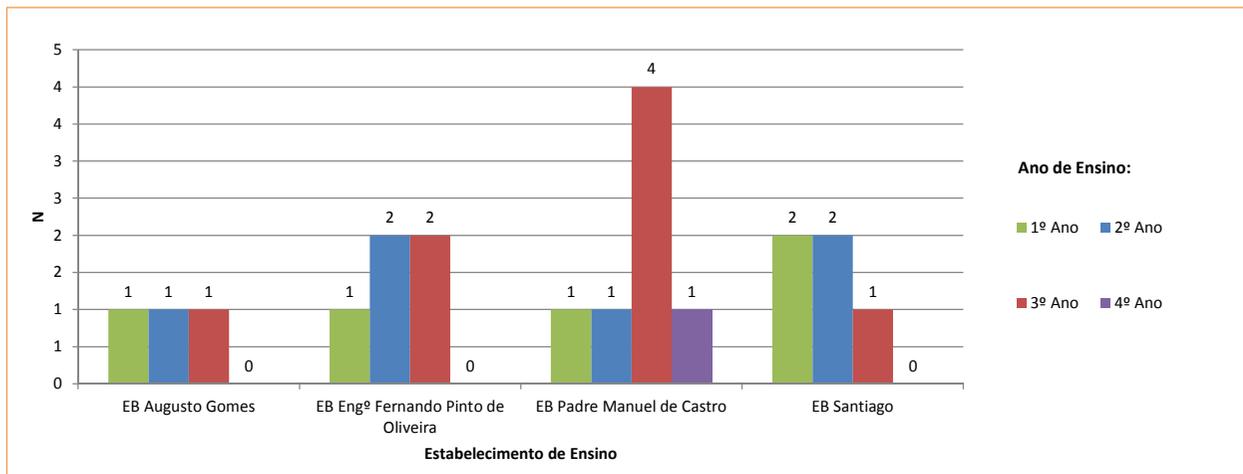
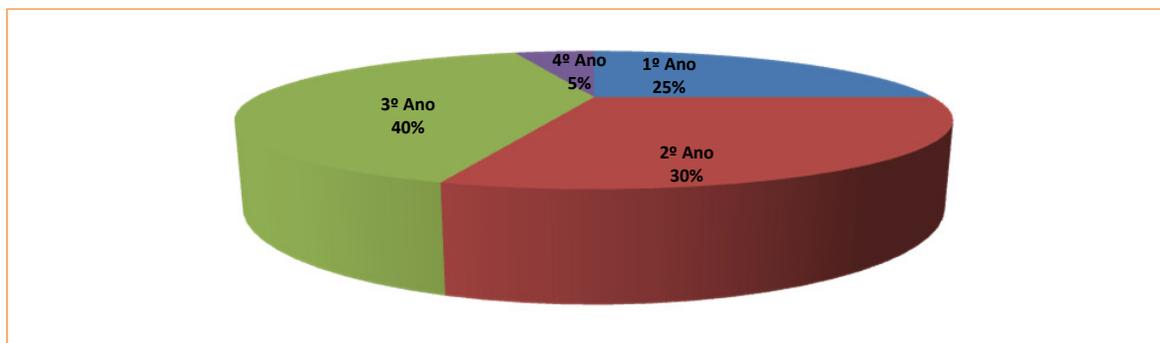


Gráfico Nº 8- Ano de Ensino Lecionado em 2013/2014 pelos Docentes por Estabelecimento de Ensino (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao ano de ensino lecionado em 2013/2014 pelos docentes por estabelecimento de ensino. O ano de ensino em que os docentes lecionaram maioritariamente em 2013/2014 foi o 3º Ano (40%).

Tabela Nº 5 - Considera as Bebidas Alcoólicas drogas?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	1	1	1	3	13%
Não	1	1	1	1	4	17%
Sim	4	3	6	4	17	71%
Σ	5	5	8	6	24	100%

Gráfico Nº 9 - Considera as Bebidas Alcoólicas drogas?

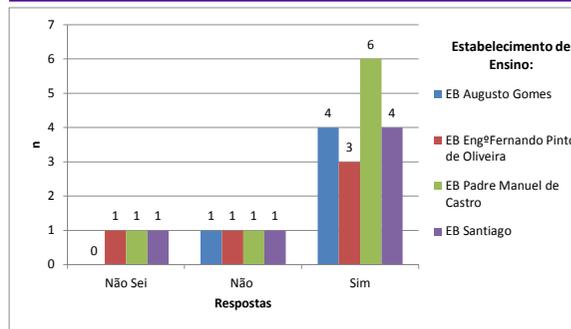


Tabela Nº 6 - Considera o Tabaco uma droga?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	1	0	1	2	8%
Não	1	0	1	1	3	13%
Sim	4	4	7	4	19	79%
Σ	5	5	8	6	24	100%

Gráfico Nº 10 - Considera o Tabaco uma droga?

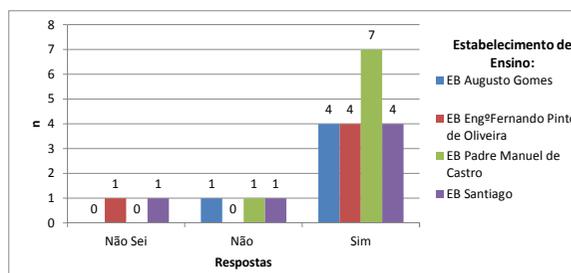


Tabela Nº 7 - Considera os Medicamentos drogas?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	0	0	0	0	0%
Não	0	0	1	2	3	12%
Sim	5	5	8	4	22	88%
Σ	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 11 - Considera os Medicamentos drogas?

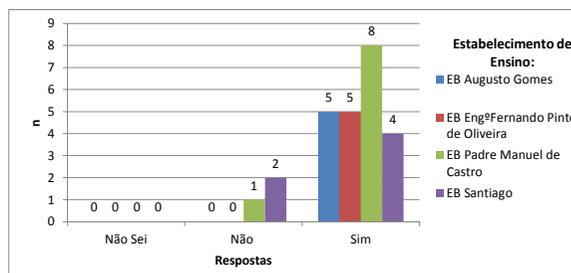


Tabela Nº 8 - Considera a Cannabis uma droga?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	0	0	0	0	0%
Não	0	0	0	0	0	0%
Sim	5	5	9	6	25	100%
Σ	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 12 - Considera a Cannabis uma droga?

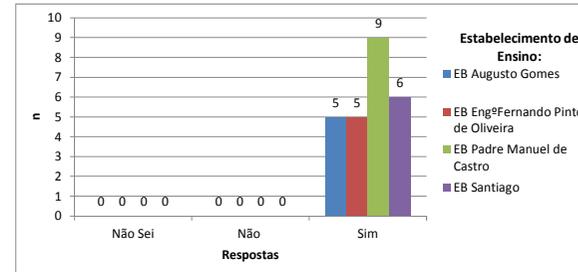


Tabela Nº 9 - Considera a Cocaína uma droga?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	0	0	0	0	0%
Não	0	0	0	0	0	0%
Sim	5	5	9	6	25	100%
Σ	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 13 - Considera a Cocaína uma droga?

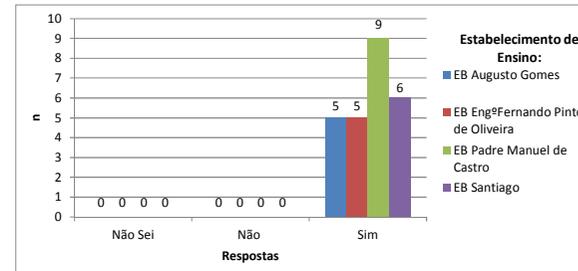


Tabela Nº 10 - Considera a Heroína uma droga?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	0	0	0	0	0%
Não	0	0	0	0	0	0%
Sim	5	5	9	6	25	100%
Σ	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 14 - Considera a Heroína uma droga?

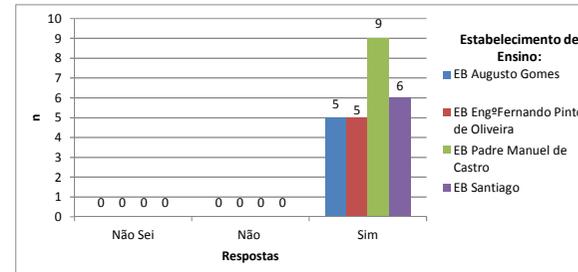


Tabela Nº 11- Considera as Anfetaminas drogas?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	1	0	0	0	1	4%
Não	0	0	1	0	1	4%
Sim	4	5	8	6	23	92%
Σ	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 15 - Considera as Anfetaminas drogas?

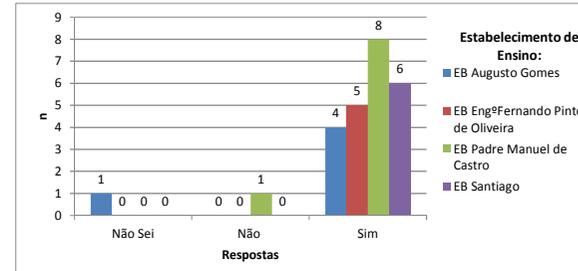


Tabela Nº 12- Considera a LSD uma droga?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	0	1	0	1	4%
Não	0	0	0	0	0	0%
Sim	5	5	8	6	24	96%
Σ	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 16 - Considera a LSD uma droga?

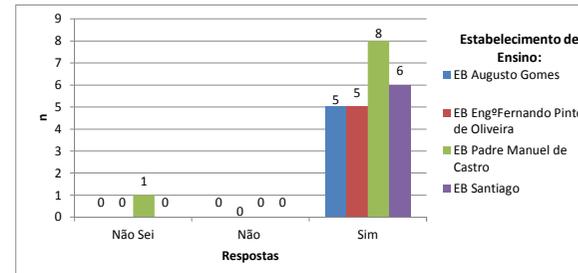
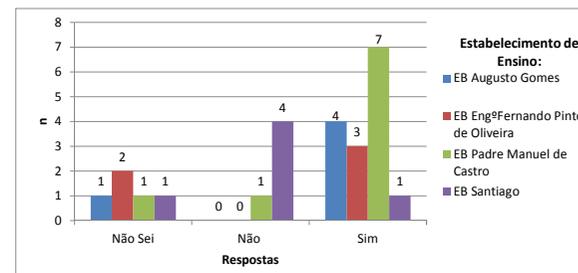


Tabela Nº 13 - Considera as Colas drogas?

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	1	2	1	1	5	20%
Não	0	0	1	4	5	20%
Sim	4	3	7	1	15	60%
Σ	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 17 - Considera as Colas drogas?



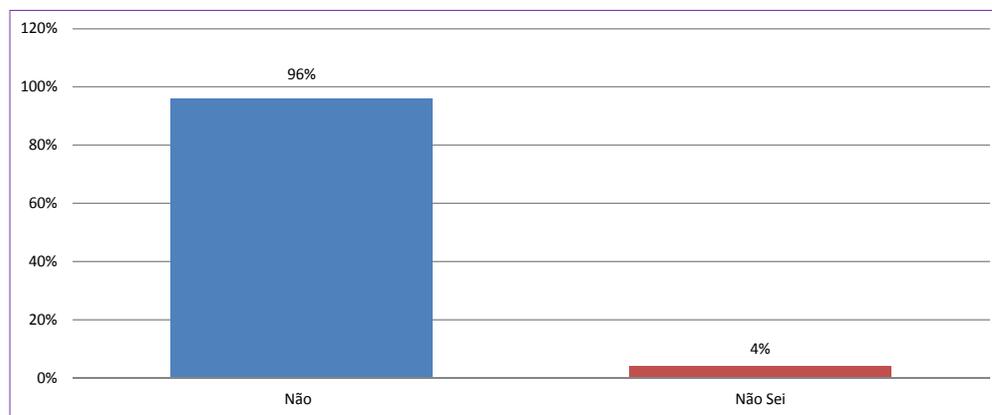
Descrição

Os presentes dados dizem respeito ao conhecimento dos docentes acerca das SPA existentes. Pode-se verificar que as substâncias como a cocaína e a heroína são consideradas SPA por todos os docentes, no entanto, o tabaco e as bebidas alcoólicas não são consideradas SPA por 13% e 17% dos docentes, respetivamente. A LSD, as colas e as anfetaminas são SPA que suscitam dúvidas nos docentes.

Tabela Nº 14 - Respostas dos Docentes à Questão "O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	
Não	5	5	8	5	23
Não	100%	100%	89%	100%	96%
Não Sei	0	0	1	0	1
Não Sei	0%	0%	11%	0%	4%
Σ Respostas	5	5	9	5	24

Gráfico Nº 18 - Respostas dos Docentes à Questão "O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade?" (Σ%)



Descrição

Os seguintes dados referem-se ao conhecimento dos docentes acerca da legislação em vigor para o consumo de álcool por jovens.

Tabela Nº 15- Diagnóstico de Enfermagem para a questão "Das seguintes substâncias quais considera serem drogas?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	3	60%	2	40%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	2	40%	3	60%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	5	56%	4	44%	9	36%
EB Santiago	1	17%	5	83%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	11	44%	14	56%	25	100%

Gráfico Nº 19 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "Das seguintes substâncias quais considera serem drogas?" (Σ%)

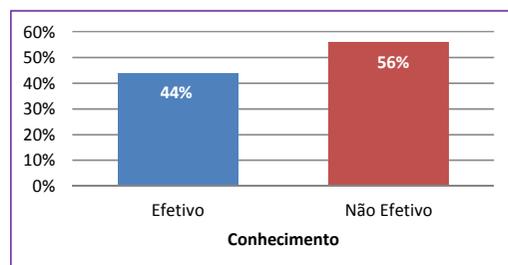


Tabela Nº 16 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	5	100%	0	0%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	8	89%	1	11%	9	36%
EB Santiago	5	83%	1	17%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	23	92%	2	8%	25	100%

Gráfico Nº 20 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "O consumo de álcool é permitido aos 15 anos de idade?" (Σ%)

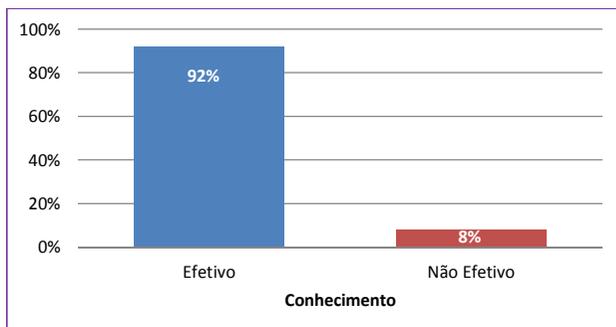
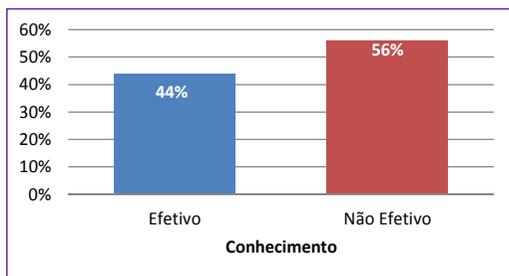


Tabela Nº 17 - Conhecimento sobre os Tipos de SPA Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	3	60%	2	40%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	2	40%	3	60%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	5	56%	4	44%	9	36%
EB Santiago	1	17%	5	83%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	11	44%	14	56%	25	100%

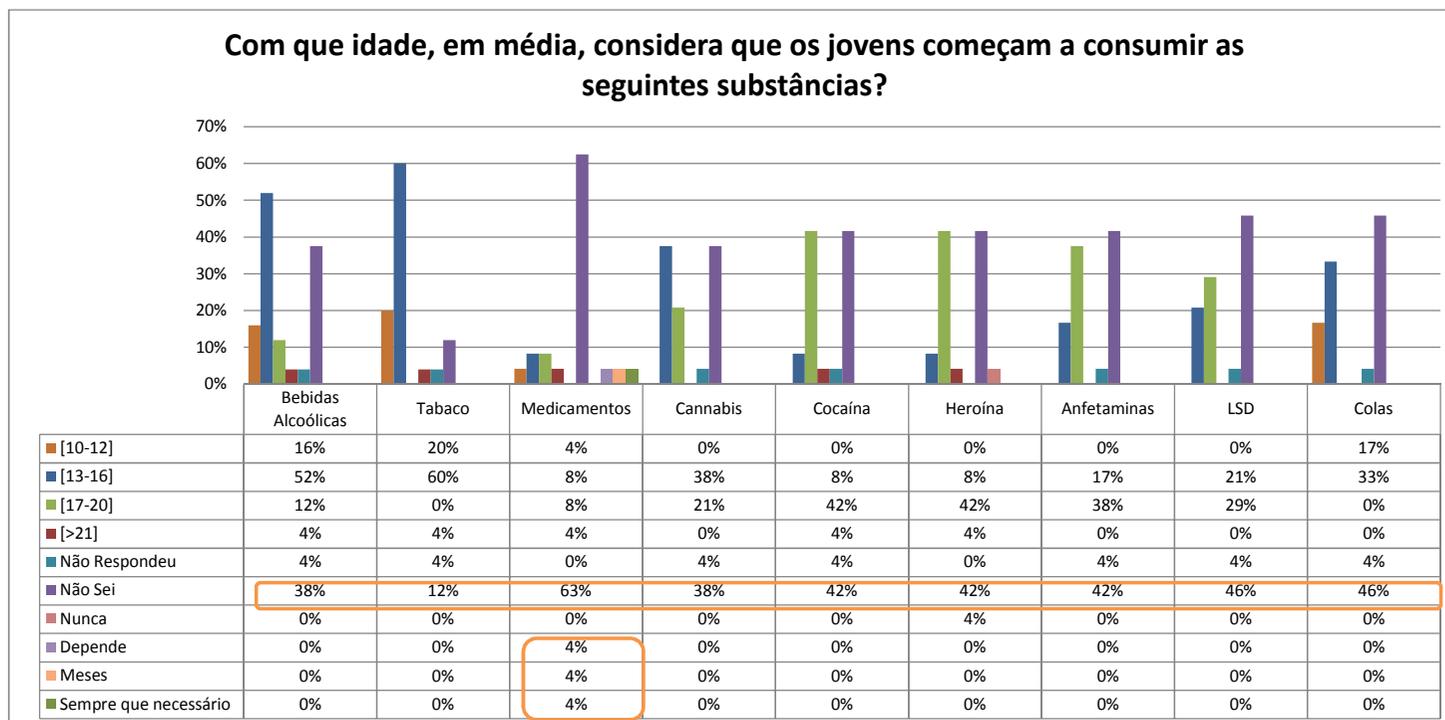
Gráfico Nº 21 - Conhecimento sobre os Tipos de SPA Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os seguintes dados são referentes aos diagnósticos de enfermagem obtidos: Conhecimento dos docentes sobre os tipos de SPA não efetivo.

Gráfico Nº 22 - Resposta à questão "Com que idade, em média, considera que os jovens começam a consumir as seguintes substâncias? "



Descrição

Os presentes dados referem-se ao conhecimento dos docentes acerca do idade de início de consumo dos diferentes tipos de SPA existentes.

Tabela Nº 18 - Conhecimento Sobre idade de início de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	0	0%	5	100%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	1	20%	4	80%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	1	11%	8	89%	9	36%
EB Santiago	0	0%	6	100%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	2	8%	23	92%	25	100%

Gráfico Nº 23 - Conhecimento sobre idade de início de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

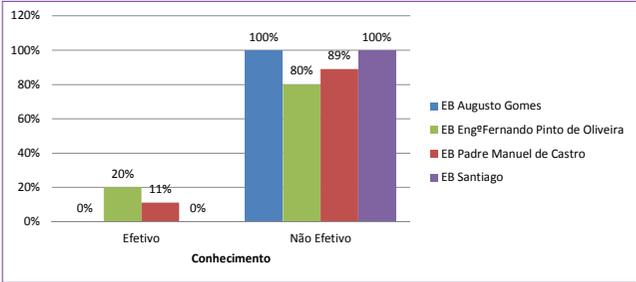
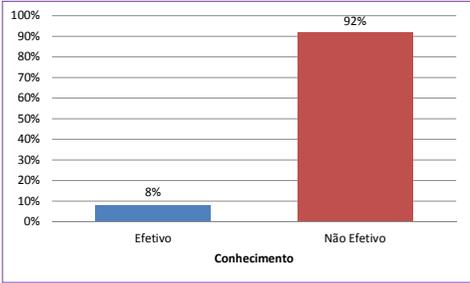


Gráfico Nº 24- Conhecimento sobre idade de início de consumo de SPA Demonstrado/ Não Demonstrado (Σ%)



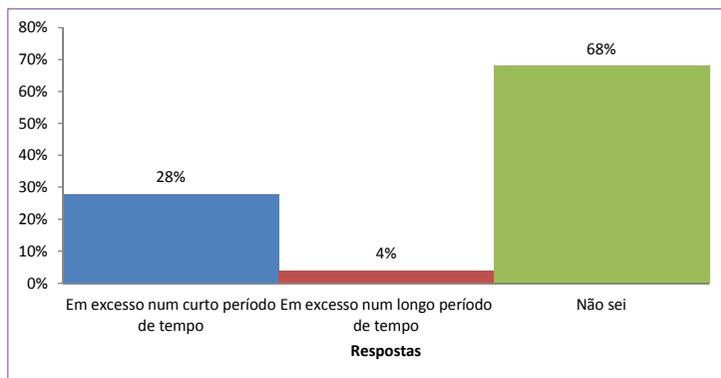
Descrição

Os dados apresentados referem-se aos diagnósticos de enfermagem obtidos: Conhecimento dos docentes sobre a idade de início de consumo de SPA pelos jovens não efetivo.

Tabela Nº 19 - Respostas dos Docentes à Questão "O termo "binge" é utilizado para definir consumos de álcool ("binge drinking") ou drogas ("drug binge")..." por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ %
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Em excesso num curto período de tempo	1	2	4	0	7	28%
Em excesso num longo período de tempo	0	0	1	0	1	4%
Não sei	4	3	4	6	17	68%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 25 - Respostas dos Docentes à Questão "O termo "binge" é utilizado para definir consumos de álcool ("binge drinking") ou drogas ("drug binge")..." (Σ %)



Descrição

Os presentes dados demonstram o conhecimento dos docentes sobre o significado do mais recente termo "Binge".

Tabela Nº 20 - Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	1	20%	4	80%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	2	40%	3	60%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	4	44%	5	56%	9	36%
EB Santiago	0	0%	6	100%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	7	28%	18	72%	25	100%

Gráfico Nº 26 - Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

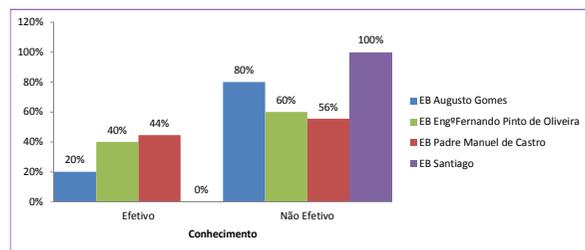
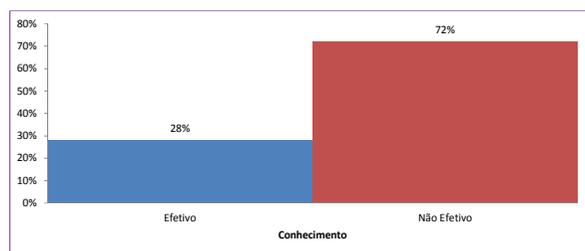


Gráfico Nº 27 - Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA Efetivo/não Efetivo (%)



Descrição

Os seguintes dados são referentes aos diagnósticos de enfermagem obtidos: Conhecimento dos docentes sobre os perfis de consumo de SPA não efetivo.

Tabela Nº 21 - Fatores Influenciadores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

Fatores Influenciadores	Estabelecimento de Ensino				Σ Estabelecimentos de Ensino	Z%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Dificuldade em lidar com a autoridade dos pais	2	3	6	1	12	17%
Alívio de sintomas	0	0	3	0	3	4%
Aceitação e influência do grupo de amigos	5	5	9	6	25	36%
Procura de novas experiências	5	4	9	6	24	34%
Imitação do comportamento dos familiares	1	1	2	2	6	9%
Σ Fatores Influenciadores	13	13	29	15	70	100%

Gráfico Nº 28 - Fatores Influenciadores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

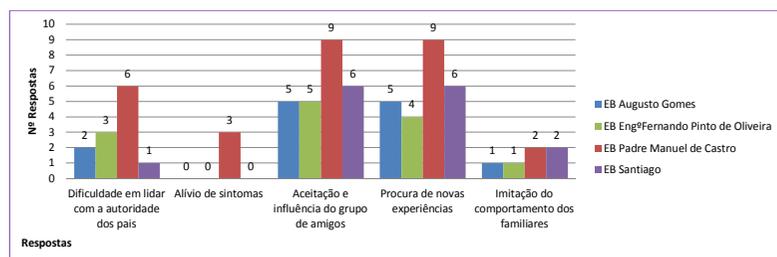
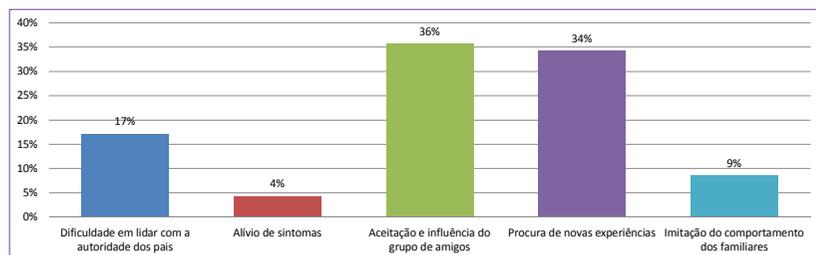


Gráfico Nº 29- Fatores Influenciadores de consumo de SPA (Z%)



Descrição

Os dados apresentados referem-se ao conhecimento dos docentes sobre os fatores influenciadores do consumo de SPA.

Tabela Nº 22 - Fatores Protetores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

Fatores Protetores	Estabelecimento de Ensino				Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Capacidade de adaptação	5	3	7	3	18	32%
Capacidade de resolução de problemas	5	4	7	4	20	36%
Procura de sensações	0	0	2	3	5	9%
Envolvimento nas atividades da escola	2	2	6	3	13	23%
Σ Fatores Protetores	12	9	22	13	56	100%

Gráfico Nº 30 - Fatores Protetores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

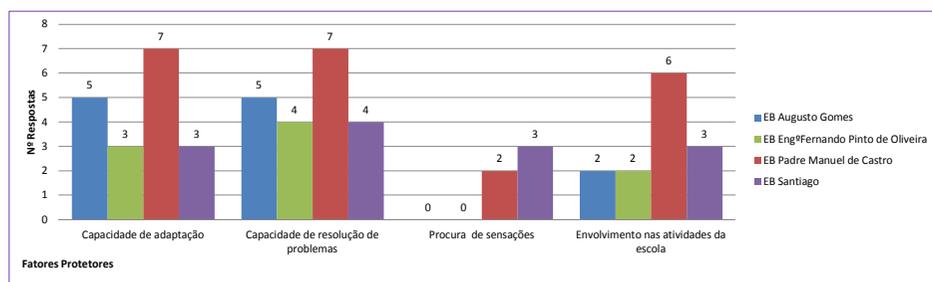
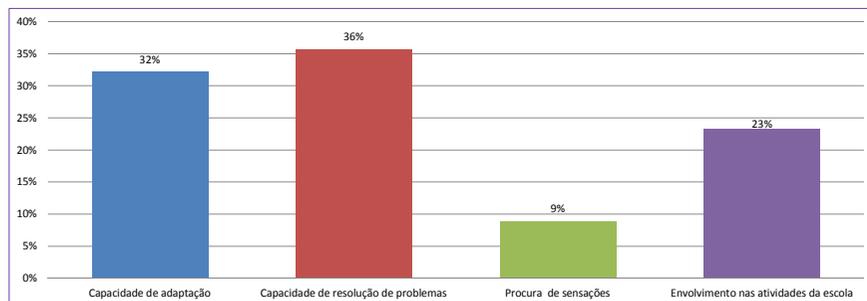


Gráfico Nº 31- Fatores Protetores de consumo de SPA (Σ%)



Descrição

Os dados apresentados referem-se ao conhecimento dos docentes sobre os fatores protetores do consumo de SPA.

Tabela Nº 23 - Diagnóstico de Enfermagem para Conhecimento sobre Fatores Influenciadores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	3	60%	2	40%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	3	60%	2	40%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	7	78%	2	22%	9	36%
EB Santiago	3	50%	3	50%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	16	64%	9	36%	25	100%

Gráfico Nº 32 - Diagnóstico de Enfermagem para Conhecimento sobre Fatores Influenciadores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino (Σ%)

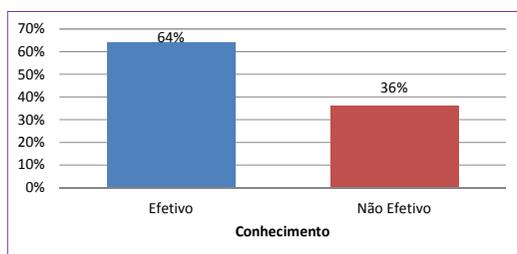


Tabela Nº 24 - Diagnóstico de Enfermagem para Conhecimento sobre Fatores Protetores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	3	60%	2	40%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	7	78%	2	22%	9	36%
EB Santiago	3	50%	3	50%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	18	72%	7	28%	25	100%

Gráfico Nº 33 - Diagnóstico de Enfermagem para Conhecimento sobre Fatores Protetores de consumo de SPA por Estabelecimento de Ensino (Σ%)

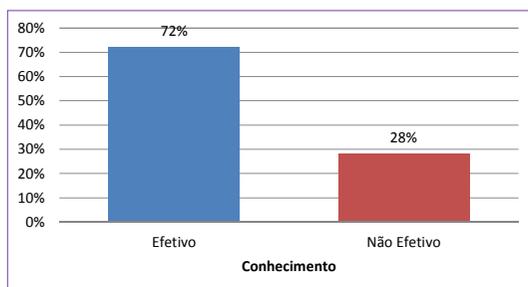
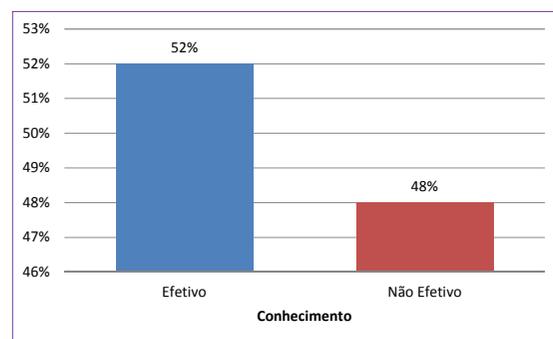


Tabela Nº 25 - Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes Efetivo/não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	3	60%	2	40%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	2	40%	3	60%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	6	67%	3	33%	9	36%
EB Santiago	2	33%	4	67%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	13	52%	12	48%	25	100%

Gráfico Nº 34 - Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes Efetivo/não Efetivo (Σ%)



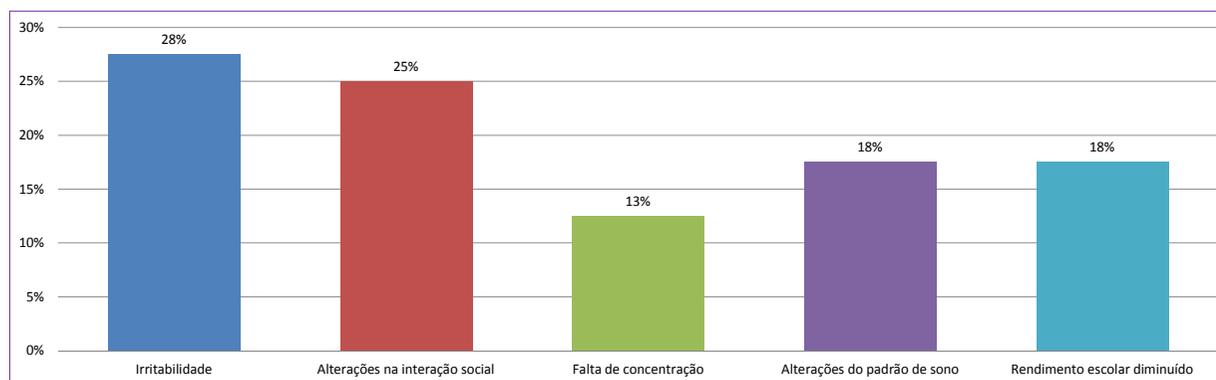
Descrição

Os dados apresentados dizem respeito aos diagnósticos de enfermagem obtidos: Conhecimento dos docentes sobre os fatores protetores e os fatores influenciadores do consumo de SPA efetivo.

Tabela Nº 26 - Sinais de Alerta de Uso de SPA por Estabelecimento de Ensino

Sinais de Alerta	Estabelecimento de Ensino				Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Irritabilidade	5	4	8	5	22	28%
Alterações na interação social	5	5	6	4	20	25%
Falta de concentração	2	1	4	3	10	13%
Alterações do padrão de sono	3	3	4	4	14	18%
Rendimento escolar diminuído	3	2	4	5	14	18%
Σ Sinais de Alerta	18	15	26	21	80	100%

Gráfico Nº 35 - Sinais de Alerta de Uso de SPA (Σ%)



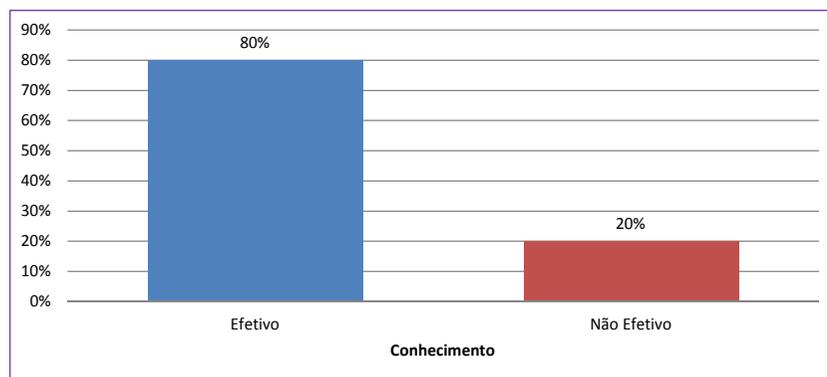
Descrição

Os dados obtidos resumem o conhecimento dos docentes acerca dos sinais de alerta do consumo de SPA.

Tabela Nº 27 -Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	4	80%	1	20%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	80%	1	20%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	6	67%	3	33%	9	36%
EB Santiago	6	100%	0	0%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	20	80%	5	20%	25	100%

Gráfico Nº 36 - Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



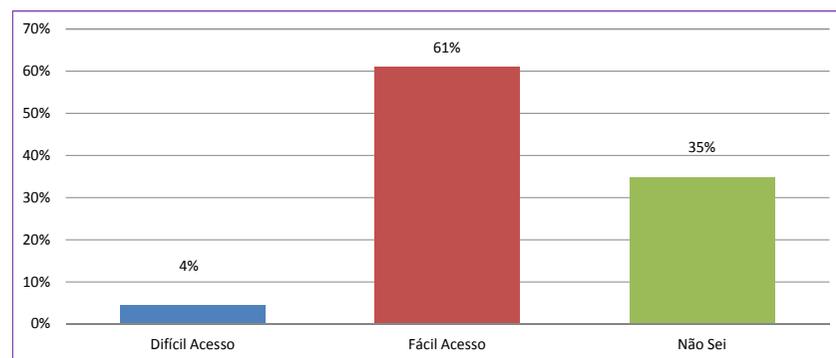
Descrição

Os presentes dados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Conhecimento dos docentes sobre os sinais de alerta do consumo de SPA efetivo.

Tabela Nº 28 - Respostas dos Docentes à Questão "Qual a sua percepção em relação ao acesso a substâncias junto às escolas, mesmo para os menores de idade?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Difícil Acesso	0	1	0	0	1	4%
Fácil Acesso	5	1	5	3	14	61%
Não Sei	0	3	3	2	8	35%
Σ Respostas	5	5	8	5	23	100%

Gráfico Nº 37 - Respostas dos Docentes à Questão "Qual a sua percepção em relação ao acesso a substâncias junto às escolas, mesmo para os menores de idade?" (Σ%)



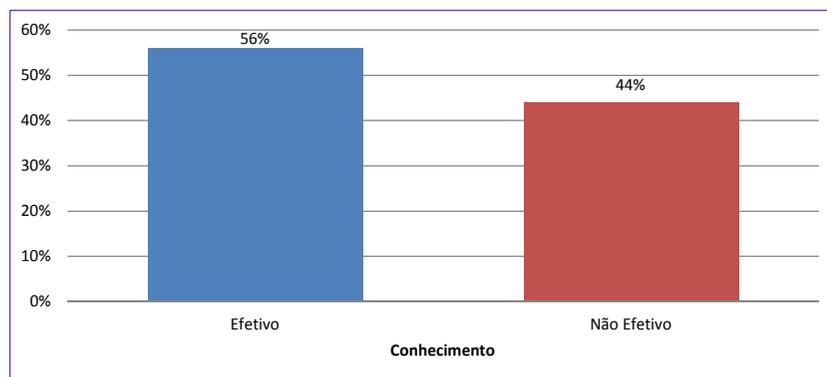
Descrição

Os dados referem-se à percepção dos docentes no que respeita à acessibilidade a SPA pelos menores de idade.

Tabela Nº 29 -Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	1	20%	4	80%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	5	56%	4	44%	9	36%
EB Santiago	3	50%	3	50%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	14	56%	11	44%	25	100%

Gráfico Nº 38 - Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



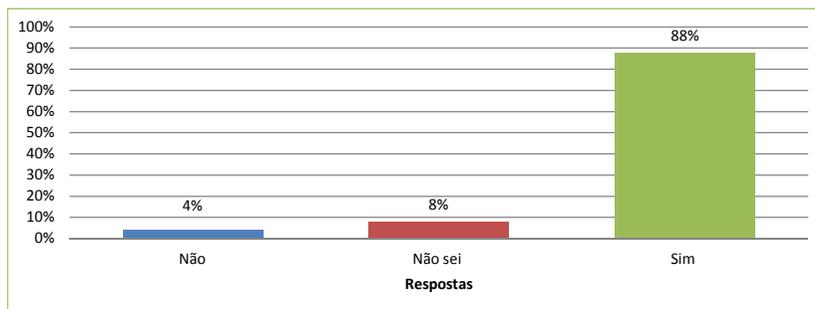
Descrição

Os presentes dados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA efetivo.

Tabela Nº 30 - Respostas dos Docentes "A internet, as redes sociais, os jogos (computador, consolas), a televisão e o telemóvel podem provocar dependência nas crianças, jovens e adultos?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	1	0	0	0	1	4%
Não sei	0	0	0	2	2	8%
Sim	4	5	9	4	22	88%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 39 - Respostas dos Docentes à Questão "A internet, as redes sociais, os jogos (computador, consolas), a televisão e o telemóvel podem provocar dependência nas crianças, jovens e adultos ?" (Σ%)



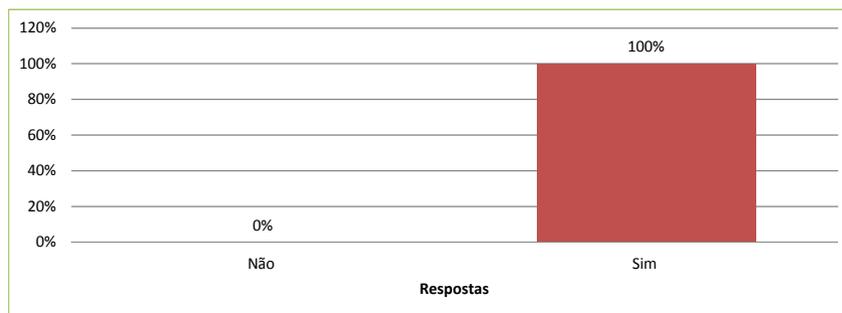
Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos docentes sobre a possibilidade da ocorrência de dependência pelo uso excessivo de redes sociais, jogos, televisão e telemóvel.

Tabela Nº 31- Respostas dos Docentes à Questão "Considera que o uso excessivo da internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel pode influenciar negativamente os comportamentos das crianças/adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	0	0	0	0	0	0%
Sim	5	5	9	6	25	100%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 40 - Respostas dos Docentes à Questão "Considera que o uso excessivo da internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel pode influenciar negativamente os comportamentos das crianças/adolescentes?" (Σ%)



Descrição

Os dados apresentados estão relacionados com o conhecimento dos docentes sobre a possibilidade do uso excessivo de redes sociais, jogos, televisão e telemóvel influenciar de forma negativa os comportamentos das crianças e jovens.

Tabela Nº 32 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "A internet, as redes sociais, os jogos (computador, consolas), a televisão e o telemóvel podem provocar dependência nas crianças, jovens e adultos?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento			Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	4	80%	1	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	5	100%	0	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	9	100%	0	9	36%
EB Santiago	4	67%	2	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	22	88%	3	25	100%

Gráfico Nº 41 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "A internet, as redes sociais, os jogos (computador, consolas), a televisão e o telemóvel podem

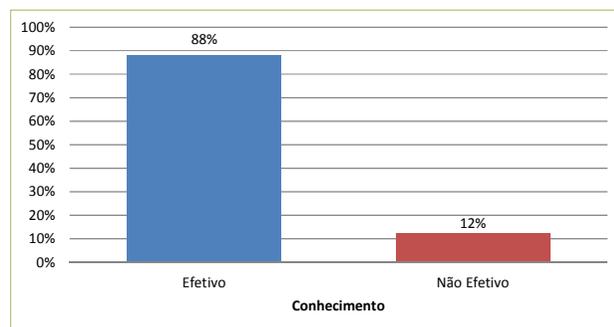


Tabela Nº 33 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "Considera que o uso excessivo da internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel pode

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento			Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	5	100%	0	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	9	100%	0	9	36%
EB Santiago	6	100%	0	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	25	100%	0	25	100%

Gráfico Nº 42 - Diagnóstico de Enfermagem para a questão "Considera que o uso excessivo da internet, jogos, redes sociais, televisão ou telemóvel pode

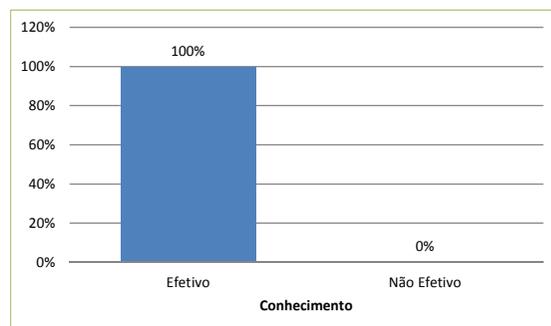
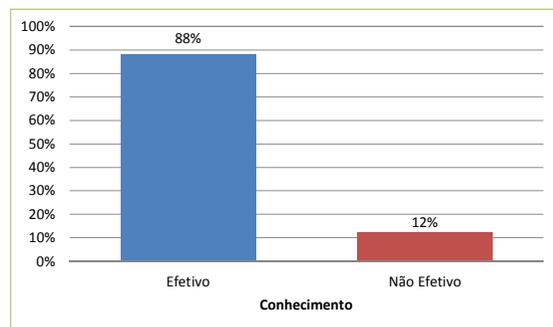


Tabela Nº 34 - Conhecimento sobre os tipos de CASS Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento			Σ	Σ%
	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	4	80%	1	5	20%
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	5	100%	0	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	9	100%	0	9	36%
EB Santiago	4	67%	2	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	22	88%	3	25	100%

Gráfico Nº 43 - Conhecimento sobre os tipos de CASS Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se aos diagnósticos de enfermagem obtidos: Conhecimento dos docentes sobre os tipos de CASS, à dependência e à possibilidade de influenciar negativamente os comportamentos das crianças e jovens pelo uso excessivo de tecnologias.

Internet

Tabela Nº 35 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Fins-de-semana	4	2	1	1	8	32%
Quando necessário	0	0	1	1	2	4%
Todos os dias	1	1	7	5	14	56%
Variável	0	1	0	0	1	4%
Variável e dependente do indivíduo	0	1	0	0	1	4%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 44 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

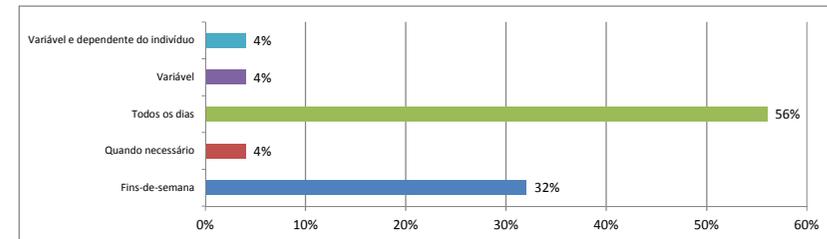
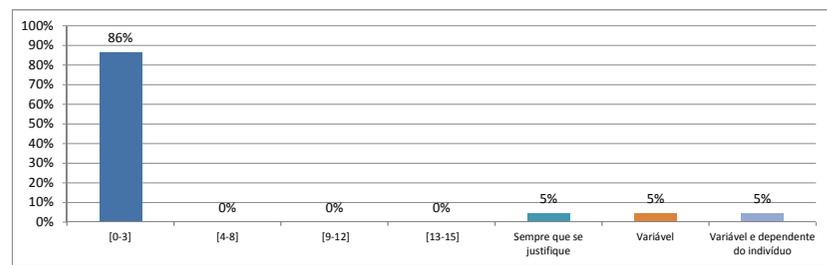


Tabela Nº 36 - Resposta dos Docentes o à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização da internet pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
[0-3]	5	3	7	4	19	86%
[4-8]	0	0	0	0	0	0%
[9-12]	0	0	0	0	0	0%
[13-15]	0	0	0	0	0	0%
Sempre que se justifique	0	0	0	1	1	5%
Variável	0	1	0	0	1	5%
Variável e dependente do ind	0	1	0	0	1	5%
Σ Respostas	5	5	7	5	22	100%

Gráfico Nº 45 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo(Nº de Horas) de utilização da internet pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)



Redes Sociais

Tabela Nº 37 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
2/3 dias semana	0	1	0	0	1	5%
Fins-de-semana	1	3	4	5	13	62%
Se necessário	0	0	1	1	2	5%
Todos os dias	1	0	3	1	5	24%
Variável e dependente do indivíduo	0	1	0	0	1	5%
Σ Respostas	2	5	8	6	21	100%

Gráfico Nº 46 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

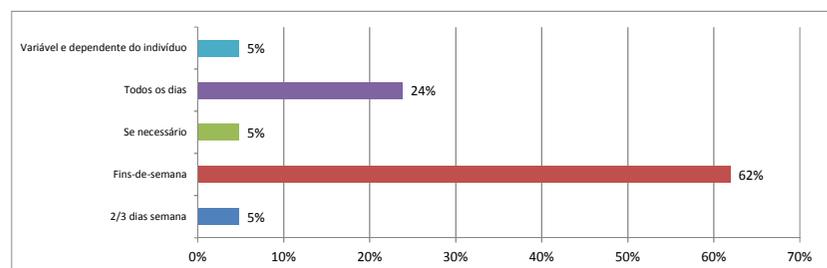
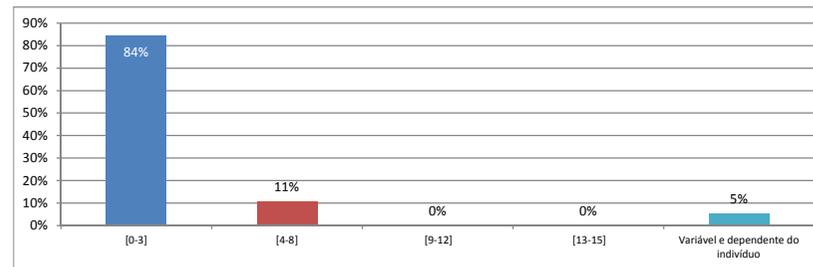


Tabela Nº 38 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
[0-3]	3	4	4	5	16	84%
[4-8]	0	0	2	0	2	11%
[9-12]	0	0	0	0	0	0%
[13-15]	0	0	0	0	0	0%
Variável e dependente do indivíduo	0	1	0	0	1	5%
Σ Respostas	3	5	6	5	19	100%

Gráfico Nº 47 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo(Nº de Horas) de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)



Jogos

Tabela Nº 39 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização de jogos(console, jogos online, computador) pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Fins-de-semana	4	3	6	5	18	86%
Todos os dias	0	0	1	0	1	5%
variável	0	1	0	0	1	5%
Variável e dependente do indivíduo	0	1	0	0	1	5%
Σ Respostas	4	5	7	5	21	100%

Gráfico Nº 48 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

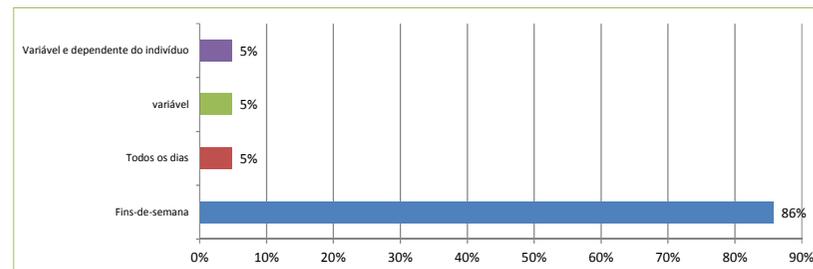
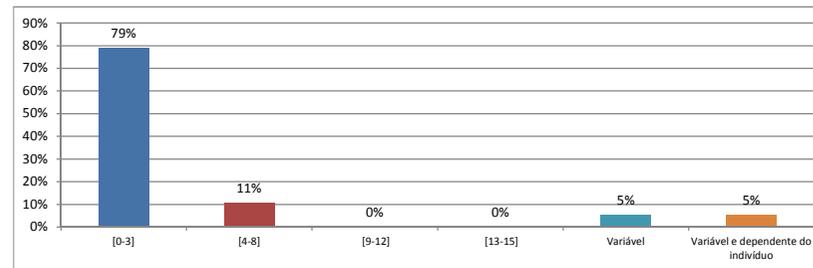


Tabela Nº 40 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
[0-3]	4	3	4	4	15	79%
[4-8]	0	0	2	0	2	11%
[9-12]	0	0	0	0	0	0%
[13-15]	0	0	0	0	0	0%
Variável	0	1	0	0	1	5%
Variável e dependente do indivíduo	0	1	0	0	1	5%
Σ Respostas	4	5	6	4	19	100%

Gráfico Nº 49 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo(Nº de Horas) de utilização das redes sociais pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)



Televisão

Tabela Nº 41 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da televisão pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Fins-de-semana	1	0	1	0	2	9%
Se pertinente	0	0	1	0	1	4%
Todos os dias	4	4	6	5	19	83%
Variável	0	1	0	0	1	4%
Σ Respostas	5	5	8	5	23	100%

Tabela Nº 42 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização da televisão pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
[0-3]	4	4	6	4	18	95%
[4-8]	0	0	0	0	0	0%
[9-12]	0	0	0	0	0	0%
[13-15]	0	0	0	0	0	0%
Sempre que se justifique	0	0	0	0	0	0%
Variável	0	1	0	0	1	5%
Variável e dependente do indivíduo	0	0	0	0	0	0%
Σ Respostas	4	5	6	4	19	100%

Gráfico Nº 50 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da televisão pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

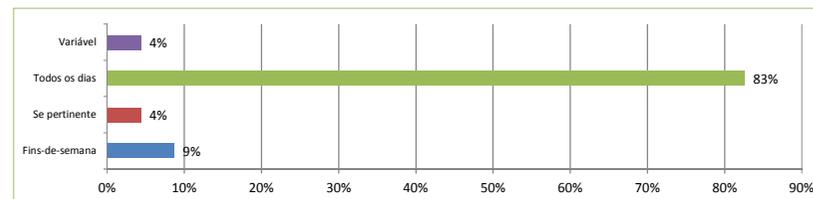
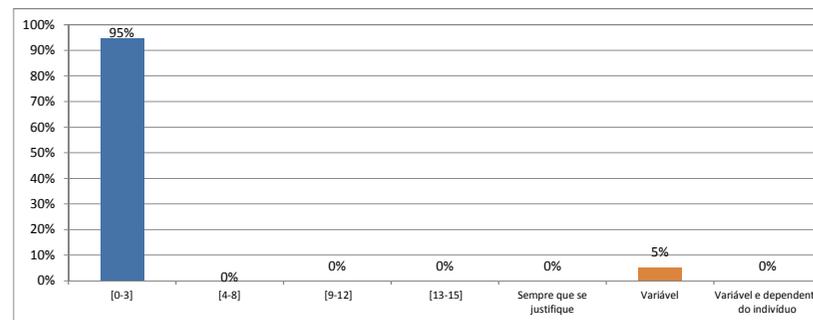


Gráfico Nº 51 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização da televisão pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)



Telemóvel

Tabela Nº 43 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização do telemóvel pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Em situações de emergência	0	1	0	0	1	5%
Estritamente necessário	0	1	0	0	1	5%
Fins-de-semana	1	1	0	0	2	9%
Não considero aceitável o uso de telemóvel por parte de crianças com idade inferior a 10 anos.	0	1	0	0	1	5%
Quanto necessário	0	0	1	0	1	5%
Se necessário, numa urgência	0	0	1	0	1	5%
Todos os dias	1		7	6	14	64%
Variável e dependente do indivíduo	0	1	0	0	1	5%
Σ Respostas	2	5	9	6	22	100%

Tabela Nº 44 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização do telemóvel pelas crianças e adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
[0-3]	3	2	4	1	10	67%
[4-8]	0	0	1	0	1	7%
[9-12]	0	0	0	0	0	0%
[13-15]	0	0	0	0	0	0%
Quando Necessário	0	0	0	1	1	7%
Variável e dependente do indivíduo	0	1	0	0	1	7%
Depende	0	1	0	0	1	7%
Não Sei	0	1	0	0	1	7%
Σ Respostas	3	5	5	2	15	100%

Gráfico Nº 52 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização do telemóvel pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

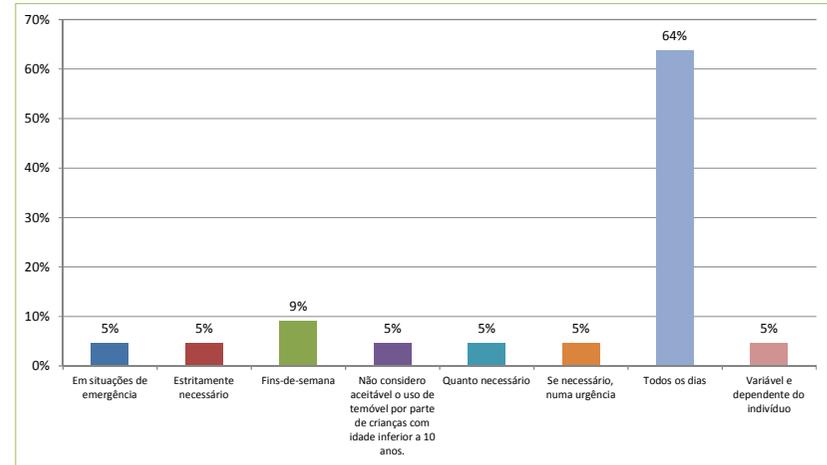
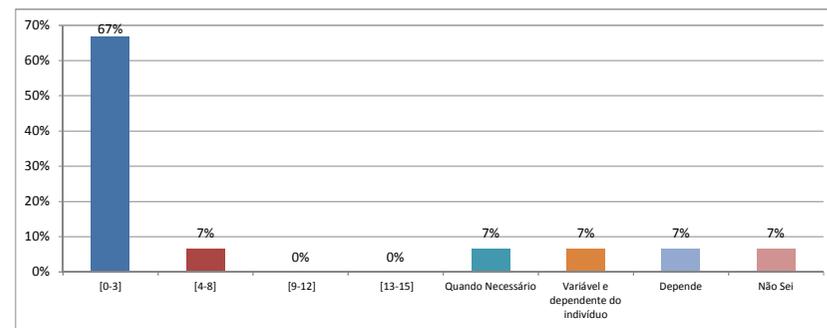


Gráfico Nº 53 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização do telemóvel pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)



Σ

Tabela Nº 45 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes?"

Respostas	Internet	Redes Sociais	Jogos	Televisão	Telemóvel
Fins-de-semana	32%	62%	86%	9%	9%
Quando necessário	4%	5%	0%	0%	10%
Todos os dias	56%	24%	5%	83%	64%
Variável	4%	0%	5%	4%	0%
Variável e dependente do indivíduo	4%	5%	5%	0%	5%
2/3 dias semana	0%	5%	0%	0%	0%
Se pertinente	0%	0%	0%	4%	0%
Em situações de urgência/ emergência	0%	0%	0%	0%	10%
Não considero aceitável o uso de telemóvel por parte de crianças com idade inferior a 10 anos.	0%	0%	0%	0%	5%
Σ Respostas	100%	100%	100%	100%	100%

Gráfico Nº 54 - Resposta dos Docentes à QuestãoResposta dos Encarregados de Educação à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)

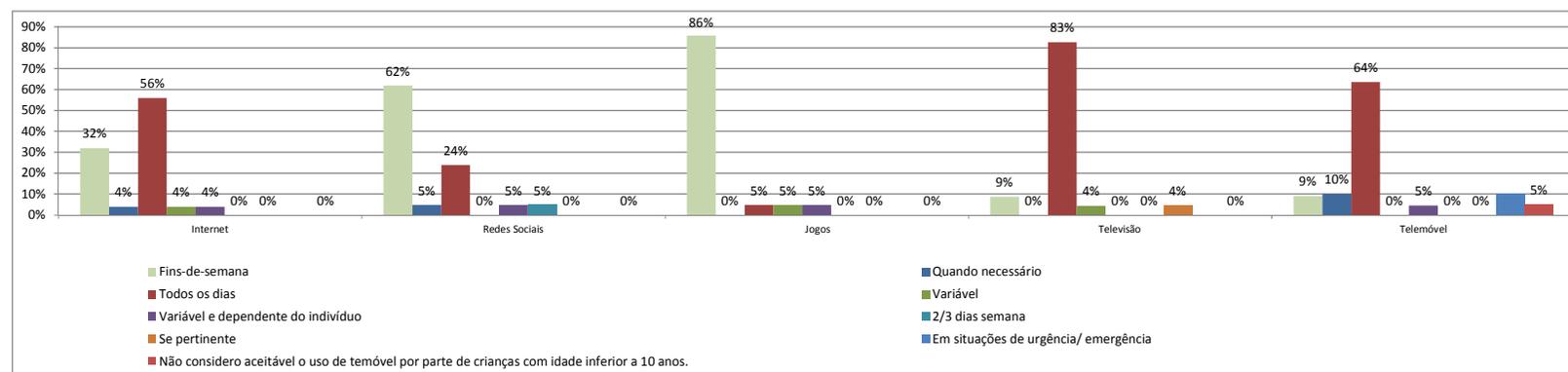
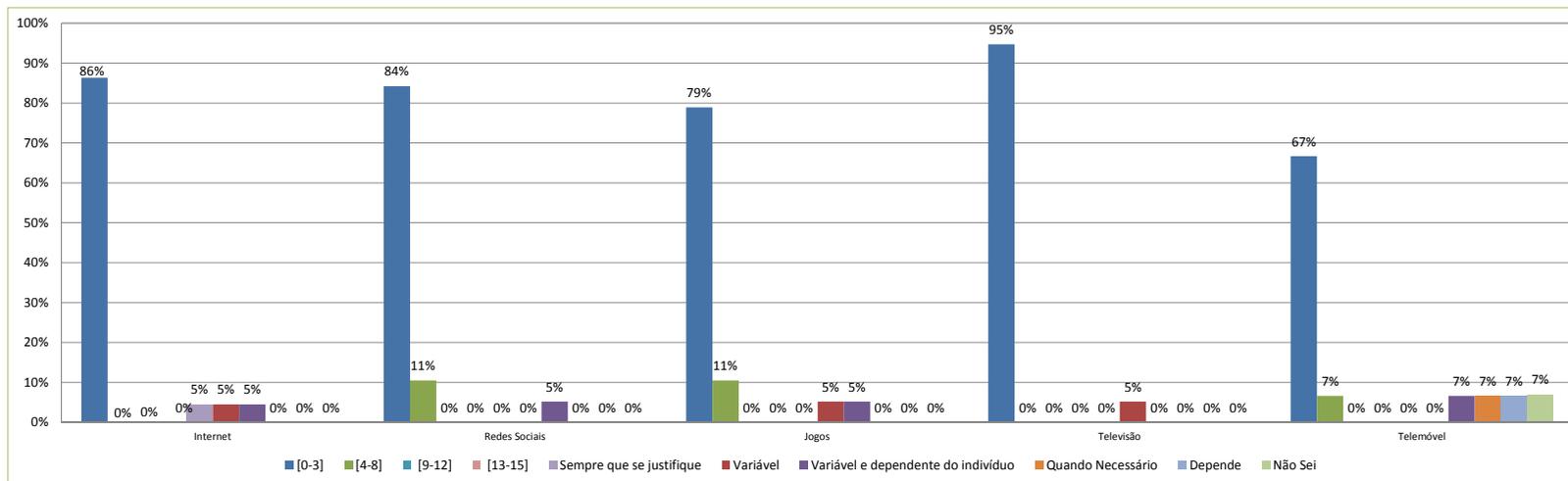


Tabela Nº 46 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo(Nº de Horas) de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes?"

Nº de Horas	Internet	Redes Sociais	Jogos	Televisão	Telemóvel
[0-3]	86%	84%	79%	95%	67%
[4-8]	0%	11%	11%	0%	7%
[9-12]	0%	0%	0%	0%	0%
[13-15]	0%	0%	0%	0%	0%
Sempre que se justifique	5%	0%	0%	0%	0%
Variável	5%	0%	5%	5%	0%
Variável e dependente do indivíduo	5%	5%	5%	0%	7%
Quando Necessário	0%	0%	0%	0%	7%
Depende	0%	0%	0%	0%	7%
Não Sei	0%	0%	0%	0%	7%
Σ Respostas	100%	100%	100%	100%	100%

Gráfico Nº 55 - Resposta dos Docentes à Questão "O que considera aceitável em termos de tempo (Nº de Horas) de utilização da internet, redes sociais, jogos e televisão pelas crianças e adolescentes?" (Σ%)



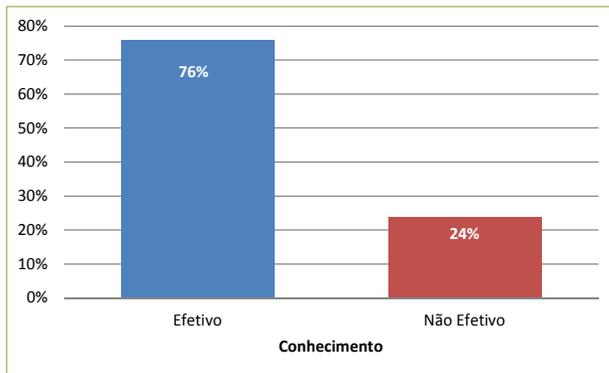
Descrição

Os dados apresentados indicam a perceção dos docentes acerca do número de horas aceitável para o uso das diferentes tecnologias.

Tabela Nº 47 - Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	3	60%	2	40%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	5	100%	0	0%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	6	67%	3	33%	9	36%
EB Santiago	5	83%	1	17%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	19	76%	6	24%	25	100%

Gráfico Nº 56 - Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



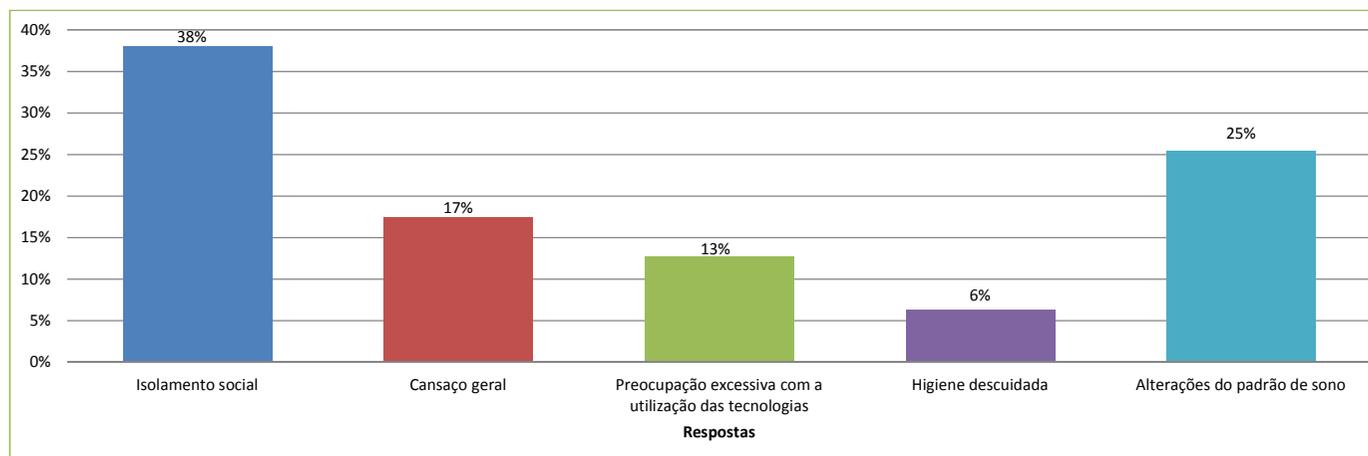
Descrição

Os dados apresentados são referentes ao diagnóstico de enfermagem obtido: Conhecimento dos docentes sobre os perfis de consumo de jogo, internet e redes sociais. Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA efetivo.

Tabela Nº 48 -Sinais de alarme do consumo excessivo de internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel nos jovens por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Isolamento social	5	5	9	5	24	38%
Cansaço geral	1	3	5	2	11	17%
Preocupação excessiva com a utilização das tecnologias	1	2	3	2	8	13%
Higiene descuidada	2	1	1	0	4	6%
Alterações do padrão de sono	5	4	5	2	16	25%
Σ Respostas	14	15	23	11	63	100%

Gráfico Nº 57- -Sinais de alarme do consumo excessivo de internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel nos jovens (Σ%)



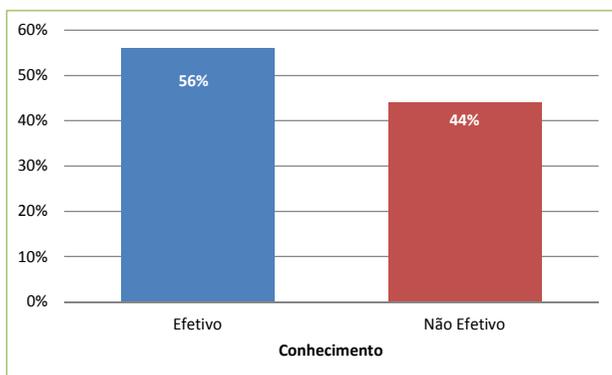
Descrição

Os dados apresentados são referentes ao sinais de alerta possíveis de serem identificados em crianças e jovens que utilizam excessivamente os diferentes tipos de tecnologias.

Tabela Nº 49 - Conhecimento sobre sinais de Alerta de CASS Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	3	60%	2	40%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	80%	1	20%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	5	56%	4	44%	9	36%
EB Santiago	2	33%	4	67%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	14	56%	11	44%	25	100%

Gráfico Nº 58 - Conhecimento sobre sinais de Alerta de CASS Demonstrado/Não demonstrado (Σ%)



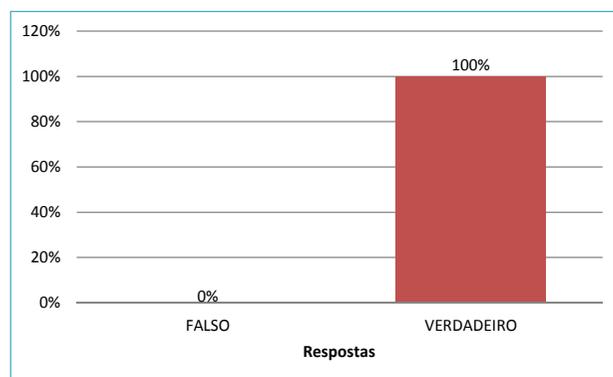
Descrição

Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Conhecimento dos docentes sobre os sinais de alerta de CASS efetivo.

Tabela Nº 50 - Respostas dos Docentes à Questão "A sexualidade existe ao longo de toda vida" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Respostas		Σ Respostas
	FALSO	VERDADEIRO	
EB Augusto Gomes	0	5	5
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	0	5	5
EB Padre Manuel de Castro	0	9	9
EB Santiago	0	6	6
Σ Estabelecimentos de Ensino	0	25	25
Σ %	0%	100%	100%

Gráfico Nº 59 - Respostas dos Docentes à Questão "A sexualidade existe ao longo de toda vida" (Σ%)



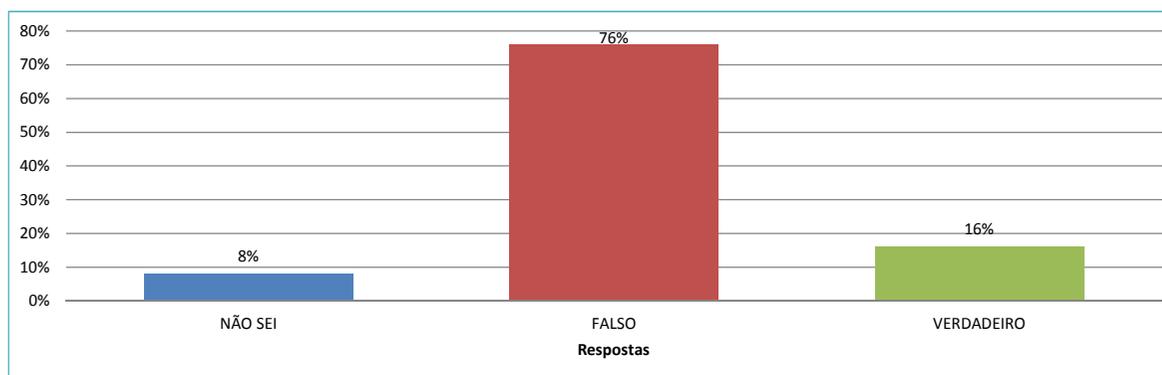
Descrição

Os dados apresentados dizem respeito ao conhecimento dos docentes sobre a existência da sexualidade ao longo da vida.

Tabela Nº 51 - Resposta dos Docentes à Questão "Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Respostas			Σ Respostas
	NÃO SEI	FALSO	VERDADEIRO	
EB Augusto Gomes	0	4	1	5
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	0	4	1	5
EB Padre Manuel de Castro	0	7	2	9
EB Santiago	2	4	0	6
Σ Estabelecimentos de Ensino	2	19	4	25
Σ %	8%	76%	16%	100%

Gráfico Nº 60 - Resposta dos Docentes à Questão "Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta" (Σ%)



Descrição

Os seguintes dados referem-se ao conhecimento dos docentes sobre a influência dos vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego e a sua interferência com a vivência da vida sexual adulta

Tabela Nº 52 - Diagnóstico de Enfermagem para a Questão "A sexualidade existe ao longo de toda vida " por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	5	100%	0	0%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	9	100%	0	0%	9	36%
EB Santiago	6	100%	0	0%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	25	100%	0	0%	25	100%

Gráfico Nº 61 - Diagnóstico de Enfermagem para a Questão "A sexualidade existe ao longo de toda vida " (Σ%)

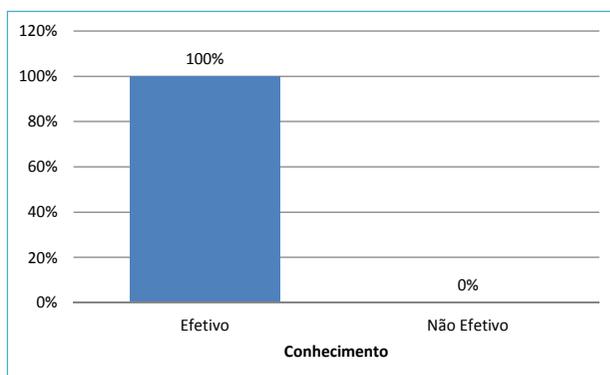


Tabela Nº 53 - Diagnóstico de Enfermagem para a Questão "Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta " por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	4	80%	1	20%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	80%	1	20%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	7	78%	2	22%	9	36%
EB Santiago	4	67%	2	33%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	19	76%	6	24%	25	100%

Gráfico Nº 62 - Diagnóstico de Enfermagem para a Questão "Os vínculos afetivos estabelecidos na infância com as figuras de apego não interferem com a vivência da vida sexual adulta" ($\Sigma\%$)

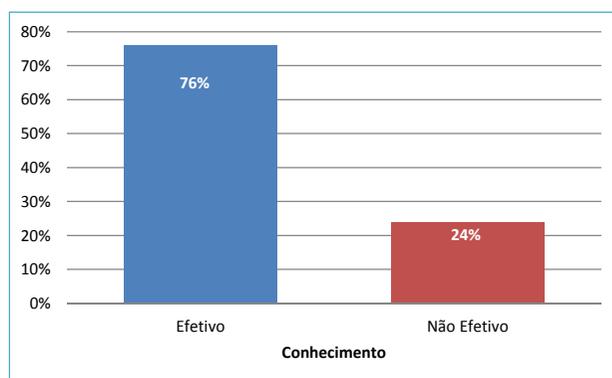
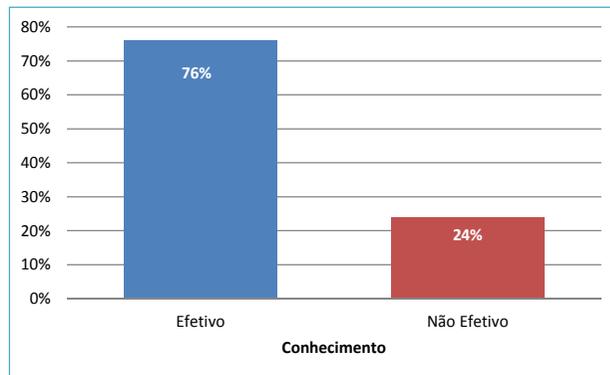


Tabela Nº 54 - Conhecimento sobre papel de género Efetivo/não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	$\Sigma\%$
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	4	80%	1	20%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	80%	1	20%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	7	78%	2	22%	9	36%
EB Santiago	4	67%	2	33%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	19	76%	6	24%	25	100%

Gráfico Nº 63 - Conhecimento sobre papel de género Efetivo/não Efetivo ($\Sigma\%$)



Descrição

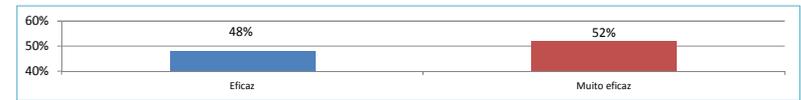
Os dados apresentados são referentes aos diagnósticos de enfermagem obtidos: Conhecimento dos docentes sobre sexualidade, importância das figuras de apego e papel de género.

Pílula

Tabela Nº 55 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Pílula" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	2	4	4	2	12	48%
Muito eficaz	3	1	5	4	13	52%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 64 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Pílula" (Σ%)

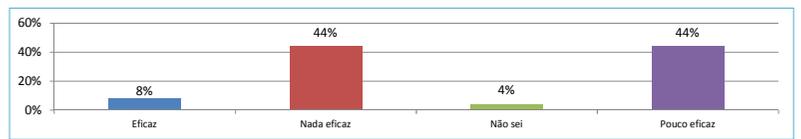


Coito interrompido

Tabela Nº 56 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Coito Interrompido" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	0	0	2	0	2	8%
Nada eficaz	4	1	4	2	11	44%
Não sei	0	0	0	1	1	4%
Pouco eficaz	1	4	3	3	11	44%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 65 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Coito Interrompido" (Σ%)

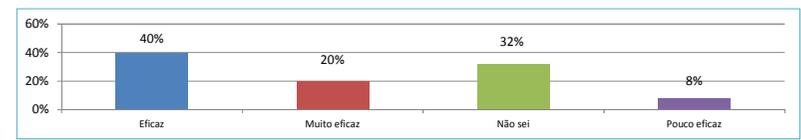


Selo Transdérmico

Tabela Nº 57 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Selo Transdérmico" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	2	1	5	2	10	40%
Muito eficaz	1	1	3	0	5	20%
Não sei	1	3	1	3	8	32%
Pouco eficaz	1	0	0	1	2	8%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 66 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Selo Transdérmico" (Σ%)

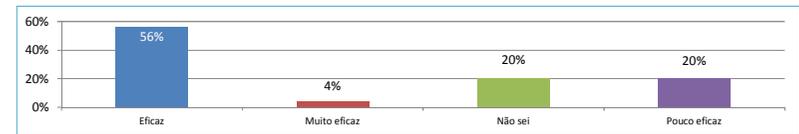


Anel Vaginal

Tabela Nº 58 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Anel Vaginal" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	2	2	6	4	14	56%
Muito eficaz	1	0	0	0	1	4%
Não sei	0	2	1	2	5	20%
Pouco eficaz	2	1	2	0	5	20%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 67 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Anel Vaginal" (Σ%)

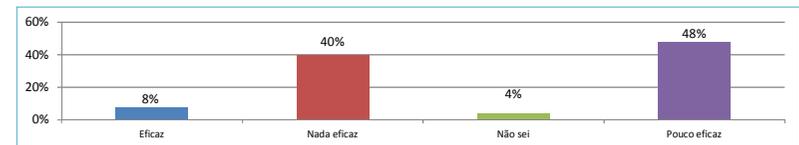


Método do calendário

Tabela Nº 59 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Método do calendário" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	0	0	2	0	2	8%
Nada eficaz	4	2	1	3	10	40%
Não sei	0	0	0	1	1	4%
Pouco eficaz	1	3	6	2	12	48%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 68 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Método do calendário" (Σ%)

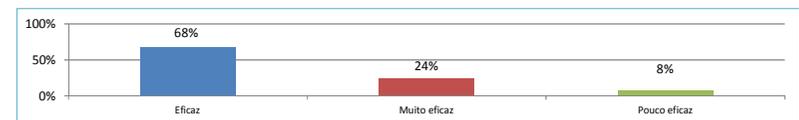


Preservativo

Tabela Nº 60 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Preservativo" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	3	4	7	3	17	68%
Muito eficaz	2	0	2	2	6	24%
Pouco eficaz	0	1	0	1	2	8%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 69 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez: Preservativo" (Σ%)

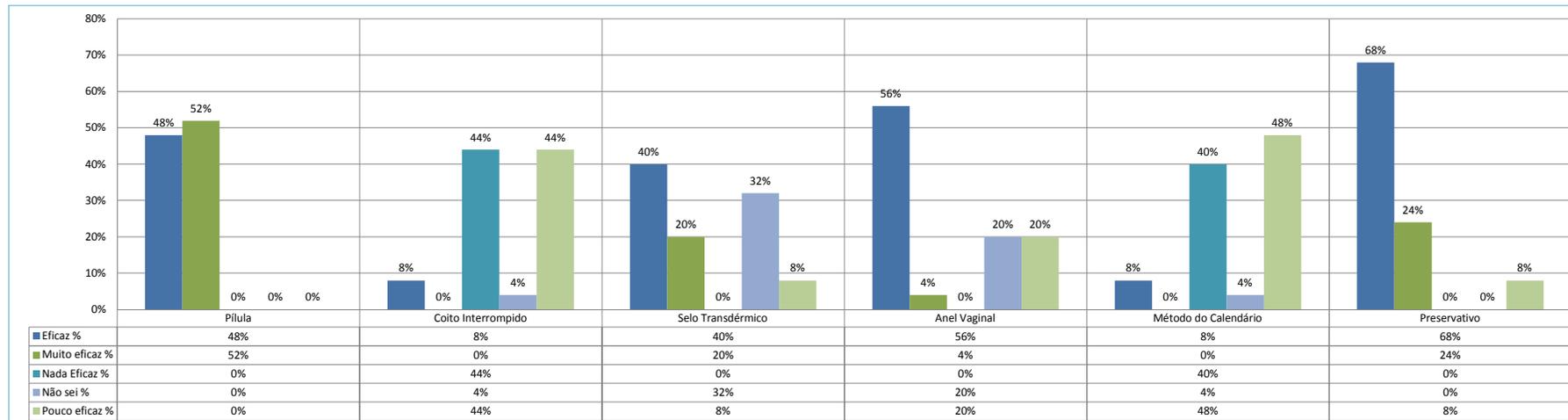


Σ

Tabela Nº 61 - Resposta dos Docentes à Questão " Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez "

Método Contraceptivo	Eficaz	Eficaz %	Muito eficaz	Muito eficaz %	Nada Eficaz	Nada Eficaz %	Não sei	Não sei %	Pouco eficaz	Pouco eficaz %	Σ Respostas
Pílula	12	48%	13	52%	0	0%	0	0%	0	0%	25
Coito Interrompido	2	8%	0	0%	11	44%	1	4%	11	44%	25
Selo Transdérmico	10	40%	5	20%	0	0%	8	32%	2	8%	25
Anel Vaginal	14	56%	1	4%	0	0%	5	20%	5	20%	25
Método do Calendário	2	8%	0	0%	10	40%	1	4%	12	48%	25
Preservativo	17	68%	6	24%	0	0%	0	0%	2	8%	25
Σ Métodos Contraceptivos	57		25		21		15		32		150

Gráfico Nº 70 - Resposta dos Docentes à Questão " Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma gravidez " (%)



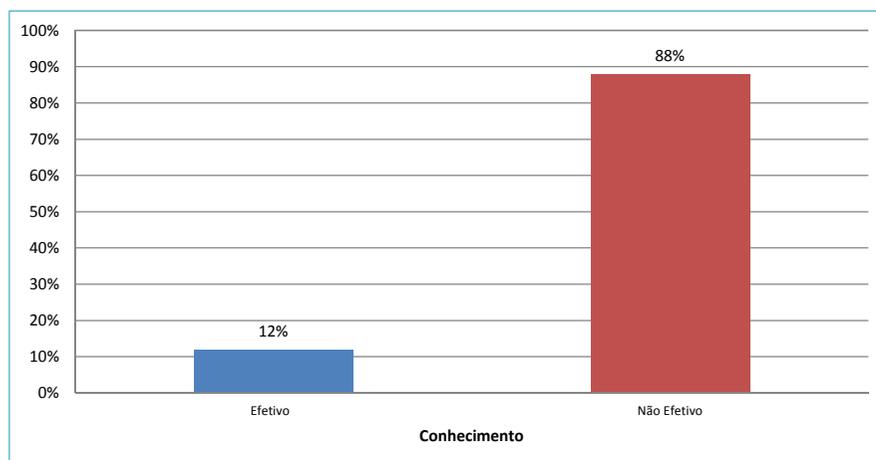
Descrição

Os dados apresentados dizem respeito ao conhecimento dos docentes sobre a eficácia dos diferentes métodos contraceptivos na prevenção de uma gravidez não planeada.

Tabela Nº 62 - Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	2	40%	3	60%	5	20%
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	0	0%	5	100%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	0	0%	9	100%	9	36%
EB Santiago	1	17%	5	83%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	3	12%	22	88%	25	100%

Gráfico Nº 71 - Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os seguintes dados dizem respeito ao diagnóstico de enfermagem obtido: Conhecimento dos docentes acerca de métodos de prevenção de uma gravidez não planeada não efetivo.

Pílula

Tabela Nº 63 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Pílula" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	0	0	2	0	2	8%
Nada eficaz	5	5	7	4	21	84%
Não sei	0	0	0	2	2	8%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 72 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Pílula" (Σ%)

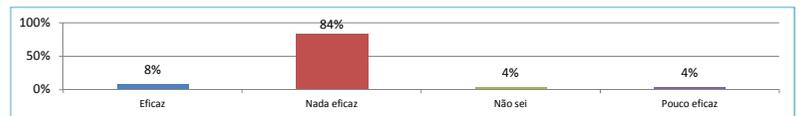


Coito interrompido

Tabela Nº 64 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Coito Interrompido" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	0	0	2	0	2	8%
Nada eficaz	5	4	7	5	21	84%
Não sei	0	0	0	1	1	4%
Pouco eficaz	0	1	0	0	1	4%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 73 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Coito Interrompido" (Σ%)

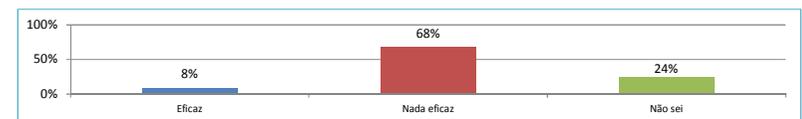


Selo Transdérmico

Tabela Nº 65 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Selo Transdérmico" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	0	0	2	0	2	8%
Nada eficaz	5	2	7	3	17	68%
Não sei	0	3	0	3	6	24%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 74 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Selo Transdérmico" (Σ%)

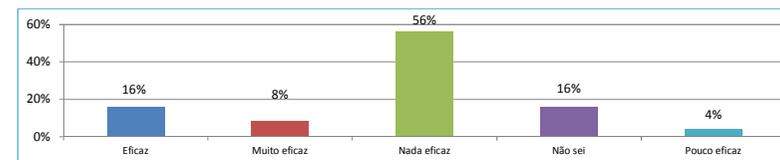


Anel Vaginal

Tabela Nº 66 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Anel Vaginal" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	1	0	3	0	4	16%
Muito eficaz	0	0	1	1	2	8%
Nada eficaz	4	3	5	2	14	56%
Não sei	0	2	0	2	4	16%
Pouco eficaz	0	0	0	1	1	4%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 75 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Anel Vaginal" (Σ%)

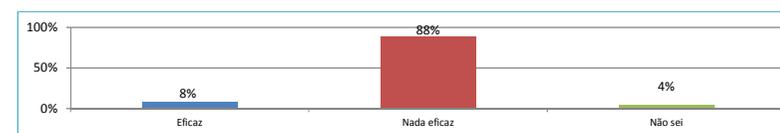


Método do calendário

Tabela Nº 67 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Método do calendário" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	0	0	2	0	2	8%
Nada eficaz	5	5	7	5	22	88%
Não sei	0	0	0	1	1	4%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 76 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Método do calendário" (Σ%)



Preservativo

Tabela Nº 68 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Preservativo" por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Eficaz	1	4	5	2	12	48%
Muito eficaz	4	1	3	4	12	48%
Nada eficaz	0	0	1	0	1	4%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

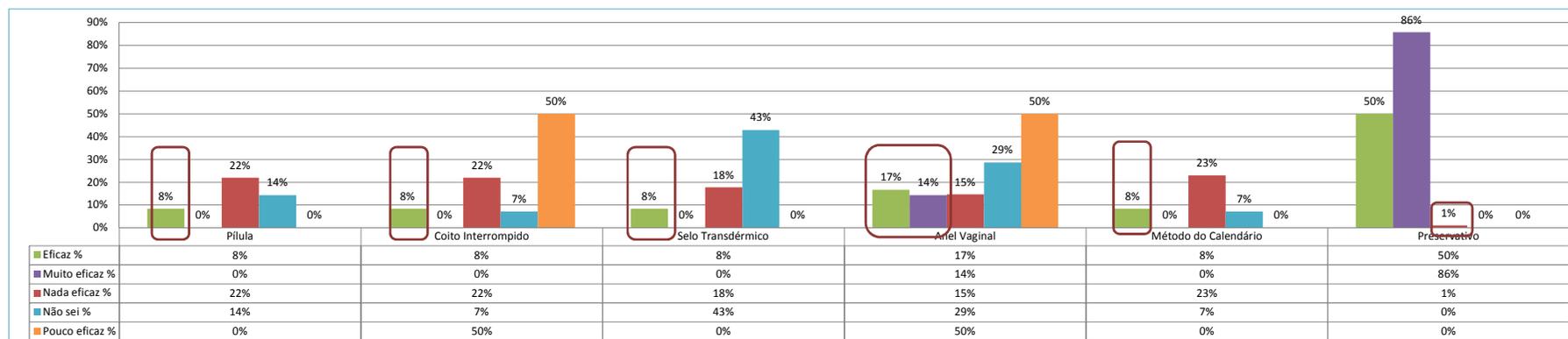
Gráfico Nº 77 - Resposta dos Docentes à Questão "Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível: Preservativo" (Σ%)



Tabela Nº 69 - Resposta dos Docentes à Questão " Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível"

Métodos Contraceptivos	Eficaz	Eficaz %	Muito eficaz	Muito eficaz %	Nada eficaz	Nada eficaz %	Não sei	Não sei %	Pouco eficaz	Pouco eficaz %	Σ Respostas
Pílula	2	8%	0	0%	21	22%	2	14%	0	0%	25
Coito Interrompido	2	8%	0	0%	21	22%	1	7%	1	50%	25
Selo Transdérmico	2	8%	0	0%	17	18%	6	43%	0	0%	25
Anel Vaginal	4	17%	2	14%	14	15%	4	29%	1	50%	25
Método do Calendário	2	8%	0	0%	22	23%	1	7%	0	0%	25
Preservativo	12	50%	12	86%	1	1%	0	0%	0	0%	25
Σ Métodos Contraceptivos	24		14		96		14		2		150

Gráfico Nº 78 - Resposta dos Docentes à Questão " Em relação aos seguintes métodos contraceptivos qual a sua percepção quanto à eficácia na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível " (Σ%)



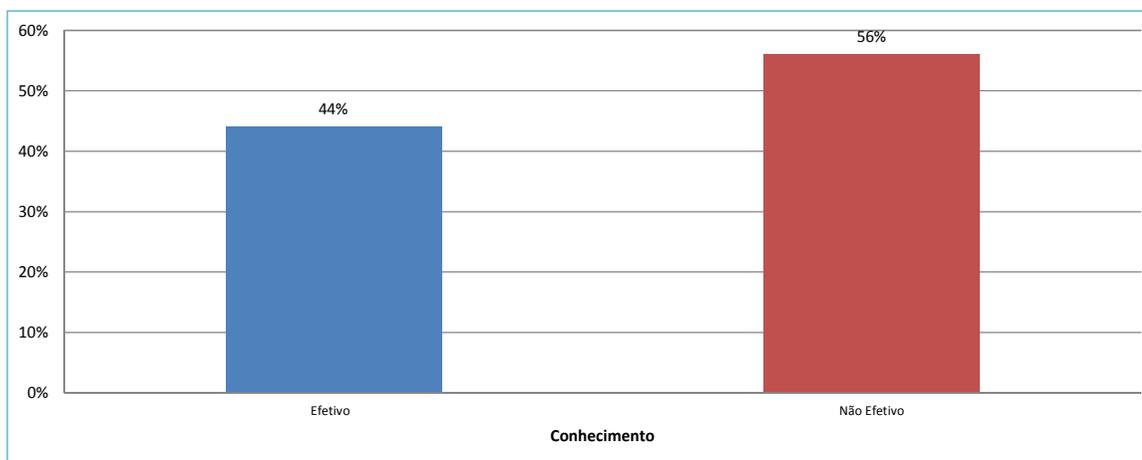
Descrição

Os dados apresentados dizem respeito ao conhecimento dos docentes sobre a eficácia dos diferentes métodos na prevenção de uma infeção sexualmente transmissível.

Tabela Nº 70 - Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência Efetivo/Não Efetivo

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	4	80%	1	20%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	1	20%	4	80%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	4	44%	5	56%	9	36%
EB Santiago	2	33%	4	67%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	11	44%	14	56%	25	100%

Gráfico Nº 79 - Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

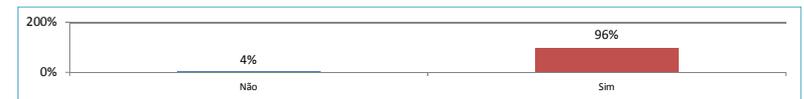
Os seguintes dados dizem respeito ao diagnóstico de enfermagem obtido: Conhecimento dos docentes acerca de métodos de prevenção de uma infecção sexualmente transmissível não efetivo.

O(a) namorado(a) controlar o modo de vestir e as saídas com os amigos

Tabela Nº 71 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(a) namorado(a) controlar o modo de vestir e as saídas com os amigos* " por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não	1	0	0	0	1	4%
Sim	4	5	9	6	24	96%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 80 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(a) namorado(a) controlar o modo de vestir e as saídas com os amigos* " (Σ%)

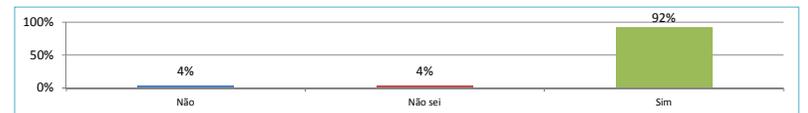


Invasão da privacidade do(a) adolescente pelos amigos/namorado(a) (Ex:ler mensagens do telemóvel sem autorização, abrir a caixa de correio eletrónica)

Tabela Nº 72 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Invasão da privacidade do(a) adolescente pelos amigos/namorado(a) (Ex:ler mensagens do telemóvel sem autorização, abrir a caixa de correio eletrónica)* " por Estabelecimento de Ensino

Respostas	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não	1	0	0	0	1	4%
Não sei	0	0	0	1	1	4%
Sim	4	5	9	5	23	92%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 81 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Invasão da privacidade do(a) adolescente pelos amigos/namorado(a) (Ex:ler mensagens do telemóvel sem autorização, abrir a caixa de correio eletrónica)* " (Σ%)



O(s) amigo(s) criticarem/gozarem com a forma de estar, vestir, comer...

Tabela Nº 73 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(s) amigo(s) criticarem/gozarem com a forma de estar, vestir, comer...* " por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não	0	0	0	1	1	4%
Não sei	1	0	0	1	2	8%
Sim	4	5	9	4	22	88%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 82 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(s) amigo(s) criticarem/gozarem com a forma de estar, vestir, comer...* " (Σ%)

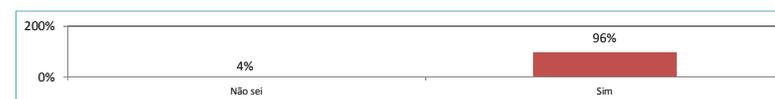


O(a) namorado(a) estar constantemente a ligar para saber o local onde se encontra

Tabela Nº 74 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(a) namorado(a) estar constantemente a ligar para saber o local onde se encontra* " por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não sei	0	0	0	1	1	4%
Sim	5	5	9	5	24	96%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 83 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: O(a) namorado(a) estar constantemente a ligar para saber o local onde se encontra* " (Σ%)

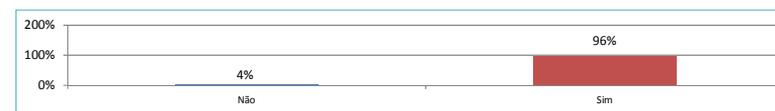


Pressão por parte de outros para fazer aquilo que o(a) adolescente não quer fazer

Tabela Nº 75 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Pressão por parte de outros para fazer aquilo que o(a) adolescente não quer fazer* " por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não	0	0	1	0	1	4%
Sim	5	5	8	6	24	96%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 84 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Pressão por parte de outros para fazer aquilo que o(a) adolescente não quer fazer* " (Σ%)

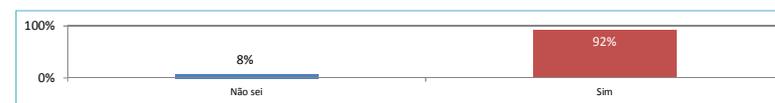


Ameaçar ou ferir alguém próximo do adolescente

Tabela Nº 76 -Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Ameaçar ou ferir alguém próximo do adolescent e* " por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Não sei	1	0	0	1	2	8%
Sim	4	5	9	5	23	92%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 85 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Ameaçar ou ferir alguém próximo do adolescente* " (Σ%)

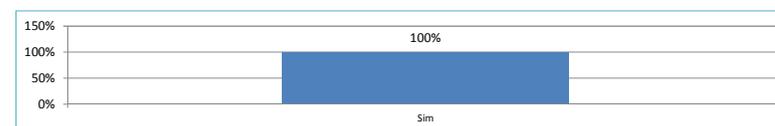


Violência física ou psicológica de forma continuada entre alunos

Tabela Nº 77 -Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Violência física ou psicológica de forma continuada entre alunos* " por Estabelecimento de Ensino

Resposta	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino	Σ %
Sim	5	5	9	6	25	100%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 86 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: Violência física ou psicológica de forma continuada entre alunos* " (Σ%)

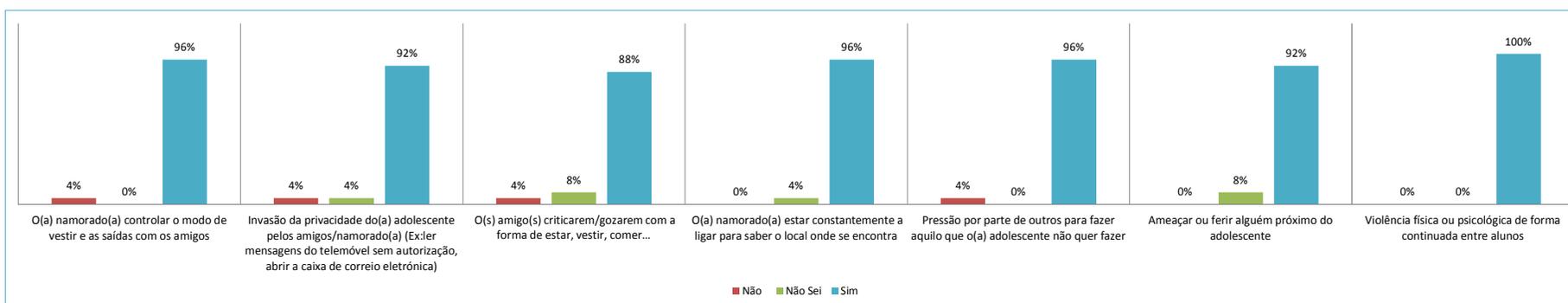


Σ

Tabela Nº 78 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão " *Reconhece que é um problema na adolescência: "*

Problema	Não	Não	Não sei	Não Sei	Sim	Sim	Σ Respostas
O(a) namorado(a) controlar o modo de vestir e as saídas com os amigos	1	4%	0	0%	24	96%	25
Invasão da privacidade do(a) adolescente pelos amigos/namorado(a) (Ex: ler mensagens do telemóvel sem autorização, abrir a caixa de correio eletrónica)	1	4%	1	4%	23	92%	25
O(s) amigo(s) criticarem/gozarem com a forma de estar, vestir, comer...	1	4%	2	8%	22	88%	25
O(a) namorado(a) estar constantemente a ligar para saber o local onde se encontra	0	0%	1	4%	24	96%	25
Pressão por parte de outros para fazer aquilo que o(a) adolescente não quer fazer	1	4%	0	0%	24	96%	25
Ameaçar ou ferir alguém próximo do adolescente	0	0%	2	8%	23	92%	25
Violência física ou psicológica de forma continuada entre alunos	0	0%	0	0%	25	100%	25

Gráfico Nº 87 - Resposta dos Encarregados de Educação à Questão "Reconhece que é um problema na adolescência: "(Σ%)



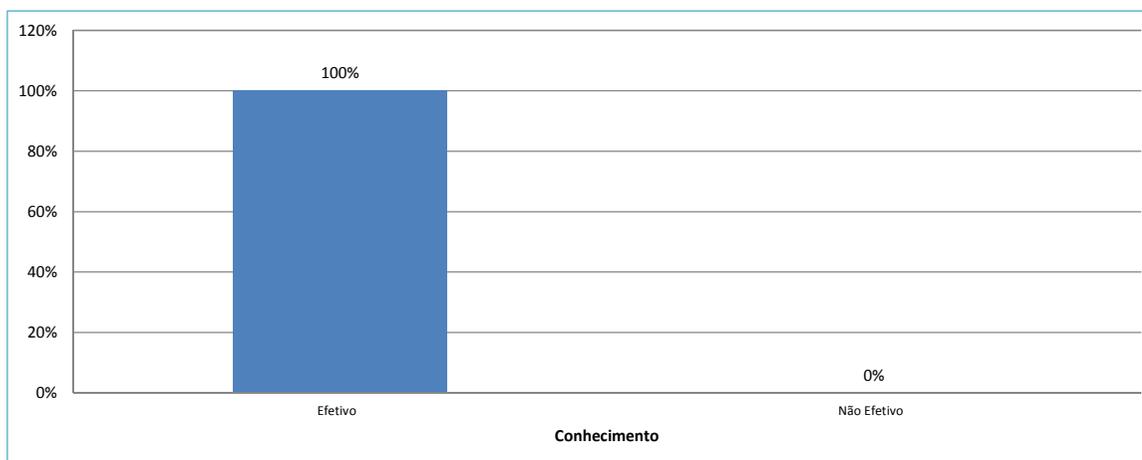
Descrição

Os dados referem-se a situações potenciais de abuso nas relações de namoro e nas relações de pares.

Tabela Nº 79 - Conhecimento sobre abuso na adolescência Efetivo/Não Efetivo

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	5	100%	0	0%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	9	100%	0	0%	9	36%
EB Santiago	6	100%	0	0%	6	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	25	100%	0	0%	25	100%

Gráfico Nº 88 - Conhecimento sobre abuso na adolescência Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



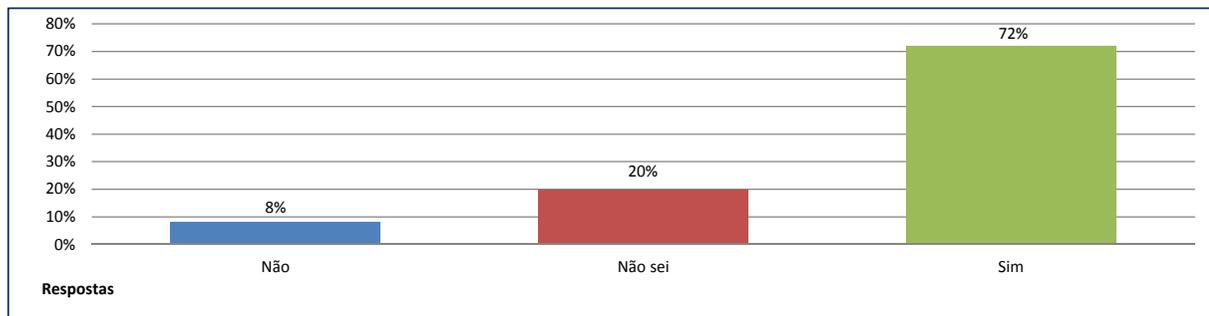
Descrição

Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Conhecimento dos docentes sobre o abuso na adolescência efetivo.

Tabela Nº 80- Respostas dos Docentes à Questão "É do seu interesse participar numa sessão de educação para a saúde sobre: Consumo de substâncias psicoativas" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	0	0	1	1	2	8%
Não sei	1	1	2	1	5	20%
Sim	4	4	6	4	18	72%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 89 - Respostas dos Docentes à Questão "É do seu interesse participar numa sessão de educação para a saúde sobre: Consumo de substâncias psicoativas" (Σ%)



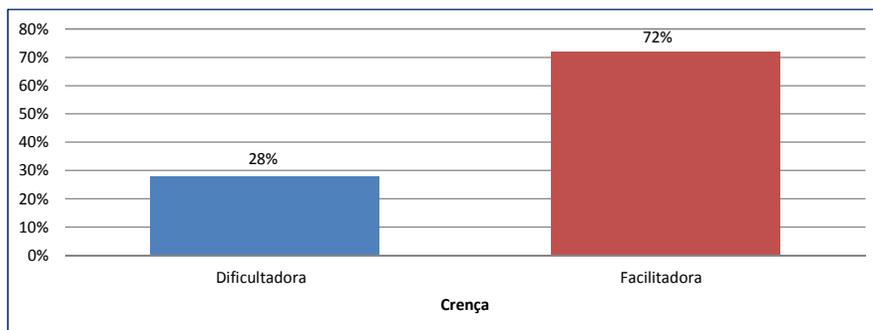
Descrição

Os dados são referentes ao interesse demonstrado pelos docentes na participação em sessões de educação para a saúde sobre: Consumo de substâncias psicoativas.

Tabela Nº 81- Crença na participação em ações de prevenção do consumo de SPA Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Dificultadora	Dificultadora	Facilitadora	Facilitadora		
EB Augusto Gomes	1	20%	4	80%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	1	20%	4	80%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	3	33%	6	67%	9	36%
EB Santiago	2	33%	4	67%	6	24%
Σ Estabelecimento de	7	28%	18	72%	25	100%

Gráfico Nº 90 - Crença na participação em ações de prevenção do consumo de SPA Facilitadora/Dificultadora (Σ%)



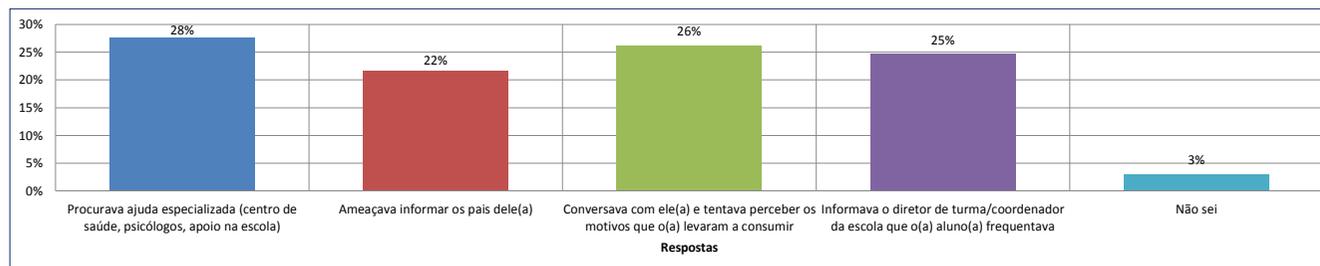
Descrição

Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Crença na participação em ações de prevenção do consumo de SPA facilitadora.

Tabela Nº 82 - Respostas dos Docentes à Questão " *Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar que consome drogas. Como atuaria?*" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ Estabelecimento de Ensino	Σ %
	EB Augusto Gomes	EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Procurava ajuda especializada (centro de saúde, psicólogos, apoio na escola)	5	3	6	4	18	28%
Ameaçava informar os pais dele(a)	3	1	5	5	14	22%
Conversava com ele(a) e tentava perceber os motivos que o(a) levaram a consumir	4	3	5	5	17	26%
Informava o diretor de	3	3	5	5	16	25%
Não sei	0	0	2	0	2	3%
Σ Respostas	15	10	21	19	65	100%

Gráfico Nº 91 -Respostas dos Docentes à Questão " *Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar que consome drogas. Como atuaria?*" (Σ%)



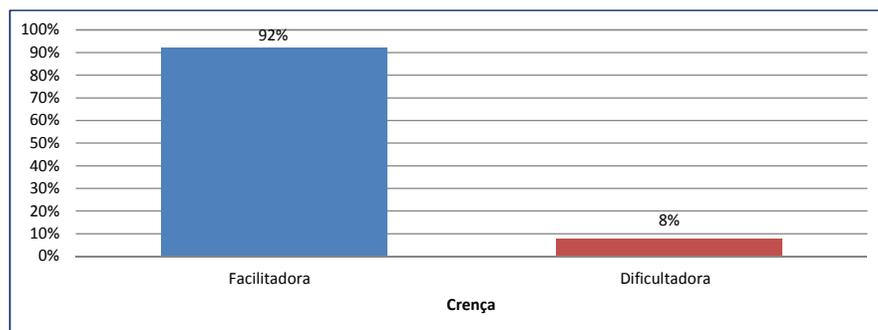
Descrição

Os seguintes dados transmitem a opinião dos docentes acerca do consumo de substâncias psicoativas por jovens e como atuariam de acordo com essa situação.

Tabela Nº 83- Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	5	100%	0	0%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	7	78%	2	22%	9	36%
EB Santiago	6	100%	0	0%	6	24%
Σ Estabelecimento de	23	92%	2	8%	25	100%

Gráfico Nº 92 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade Facilitadora/Dificultadora (Σ%)



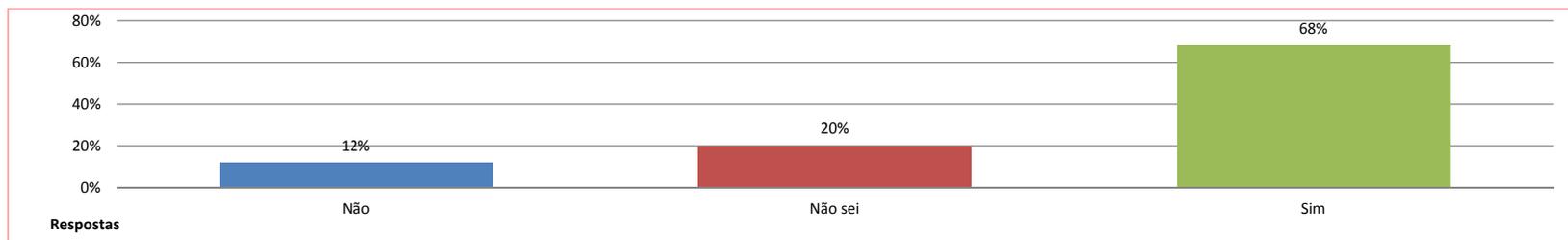
Descrição

Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade facilitadora.

Tabela Nº 84 - Respostas dos Docentes à Questão "É do seu interesse participar numa sessão de educação para a saúde sobre: Comportamento Aditivo Sem Substância" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	0	1	0	2	3	12%
Não sei	0	2	2	1	5	20%
Sim	5	2	7	3	17	68%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 93 - Respostas dos Docentes à Questão "É do seu interesse participar numa sessão de educação para a saúde sobre: Comportamento Aditivo Sem Substância" (Σ%)



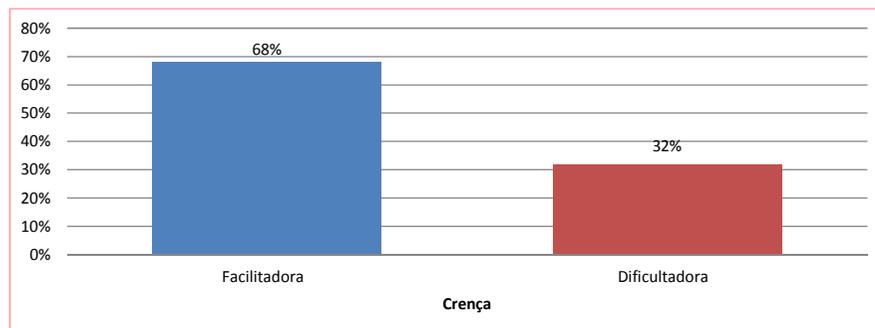
Descrição

Os dados são referentes ao interesse demonstrado pelos docentes na participação em sessões de educação para a saúde sobre: Comportamentos Aditivos Sem Substância.

Tabela Nº 85 - Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	2	40%	3	60%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	7	78%	2	22%	9	36%
EB Santiago	3	50%	3	50%	6	24%
Σ Estabelecimento de	17	68%	8	32%	25	100%

Gráfico Nº 94 - Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância Facilitadora/Dificultadora (Σ%)



Descrição

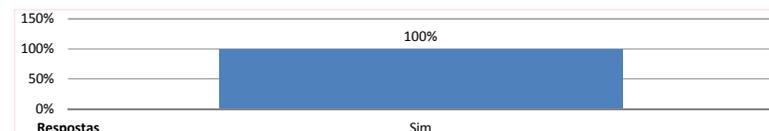
Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância facilitadora.

Internet

Tabela Nº 86 - Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização da internet?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Sim	5	5	9	6	25	100%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 95 -Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização da internet?" (Σ%)

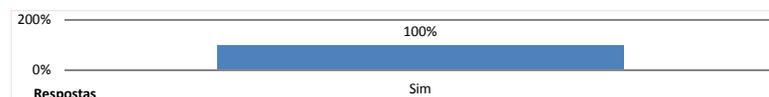


Redes Sociais

Tabela Nº 87 - Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização das redes sociais?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Sim	5	5	9	6	25	100%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 96 -Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização das redes sociais?" (Σ%)

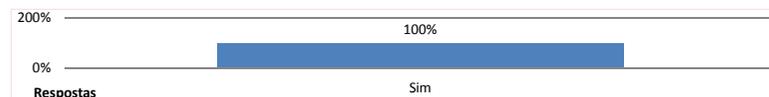


Jogos

Tabela Nº 88 - Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização de Jogos(console, jogos online, computador)" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Sim	5	5	9	6	25	100%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 97 - Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização de Jogos(console, jogos online, computador)" (Σ%)

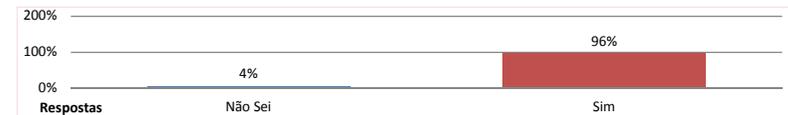


Televisão

Tabela Nº 89- Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização da televisão" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não Sei	0	1	0	0	1	4%
Sim	5	4	9	6	24	96%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 98 - Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização da televisão" (Σ%)

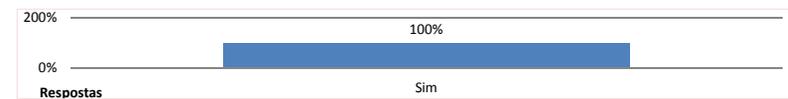


Telemóvel

Tabela Nº 90 - Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização do telemóvel" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Sim	5	5	9	6	25	100%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 99 - Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização do telemóvel" (Σ%)

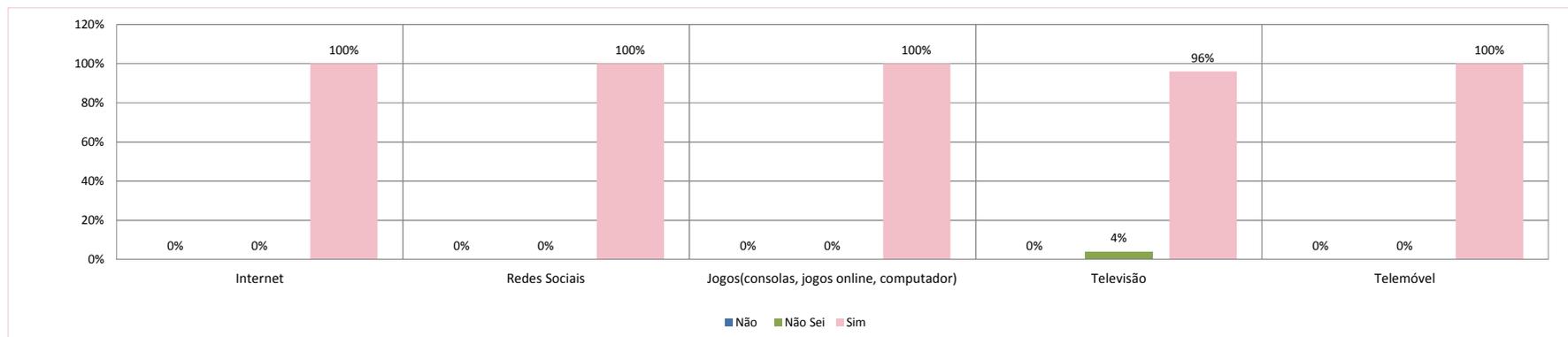


Σ

Tabela Nº 91 - Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização da internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel pelas crianças/adolescentes?" por Estabelecimento de Ensino

Coluna1	Respostas						Σ Respostas
	Não	Não	Não Sei	Não Sei	Sim	Sim	
Internet	0	0%	0	0%	25	100%	25
Redes Sociais	0	0%	0	0%	25	100%	25
Jogos(consolas, jogos online, computador)	0	0%	0	0%	25	100%	25
Televisão	0	0%	1	4%	24	96%	25
Telemóvel	0	0%	0	0%	25	100%	25

Gráfico Nº 100 - Respostas dos Docentes à Questão "Considera importante a regulação parental na utilização da internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel pelas crianças/adolescentes?" (Σ%)



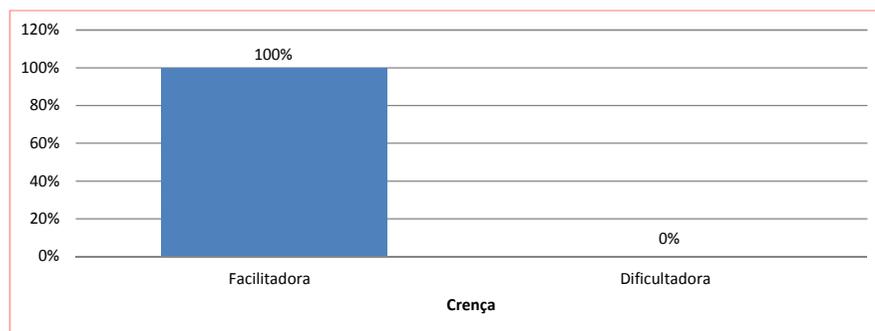
Descrição

Os seguintes dados reportam a opinião dos docentes sobre a importância da regulação parental durante a utilização das tecnologias existentes.

Tabela Nº 92 - Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	5	100%	0	0%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	9	100%	0	0%	9	36%
EB Santiago	6	100%	0	0%	6	24%
Σ Estabelecimento de	25	100%	0	0%	25	100%

Gráfico Nº 101 - Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais Facilitadora/Dificultadora (Σ%)



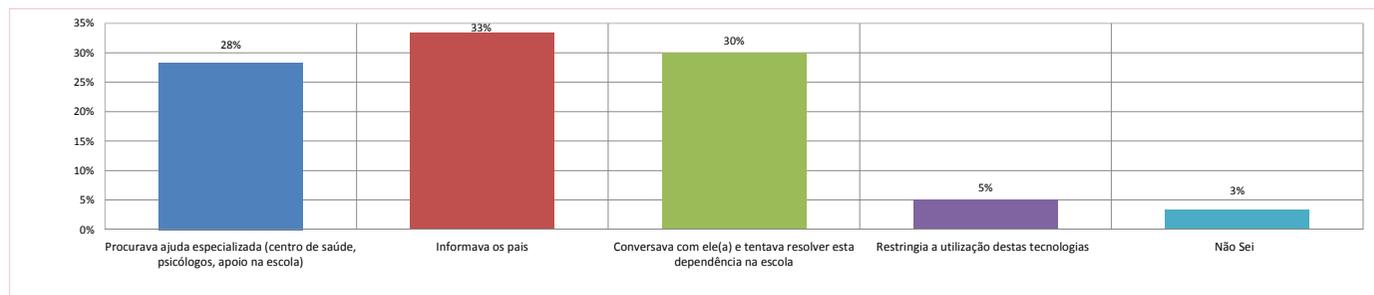
Descrição

Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais facilitadora.

Tabela Nº 93 - Respostas dos Docentes à Questão " *Imagine que um(a) aluno(a) seu mostrava sinais de início de dependência de internet, redes sociais, jogos, televisão e/ou telemóvel. O que faria?"* por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimentos de Ensino				Σ Estabelecimentos de Ensino
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	
Procurava ajuda especializada (centro de saúde, psicólogos, apoio na escola)	5	4	4	4	17
Procurava ajuda especializada (centro de saúde, psicólogos, apoio na escola)	33%	50%	20%	29%	28%
Informava os pais	5	2	7	6	20
Informava os pais	33%	25%	35%	43%	33%
Conversava com ele(a) e tentava resolver esta dependência na escola	5	2	7	4	18
Conversava com ele(a) e tentava resolver esta dependência na escola	33%	25%	35%	29%	30%
Restringia a utilização destas tecnologias	0	0	1	2	3
Restringia a utilização destas tecnologias	0%	0%	5%	14%	5%
Não Sei	0	0	2	0	2
Não Sei	0%	0%	10%	0%	3%
Σ Respostas	15	8	20	14	60

Gráfico Nº 102 - Respostas dos Docentes à Questão " *Imagine que um(a) aluno(a) seu mostrava sinais de início de dependência de internet, redes sociais, jogos, televisão e/ou telemóvel. O que faria?"* (Σ%)



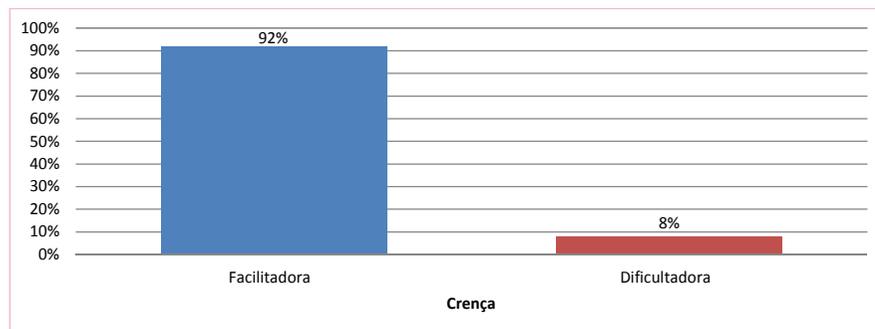
Descrição

Os seguintes dados transmitem a opinião dos docentes acerca da dependência de tecnologias dos jovens e como atuariam de acordo com essa situação.

Tabela Nº 94 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB Engº Fernando Pinto	5	100%	0	0%	5	20%
EB de Oliveira	7	78%	2	22%	9	36%
EB Padre Manuel de Castro	6	100%	0	0%	6	24%
EB Santiago	6	100%	0	0%	6	24%
Σ Estabelecimento de	23	92%	2	8%	25	100%

Gráfico Nº 103 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade Facilitadora/Dificultadora(Σ%)



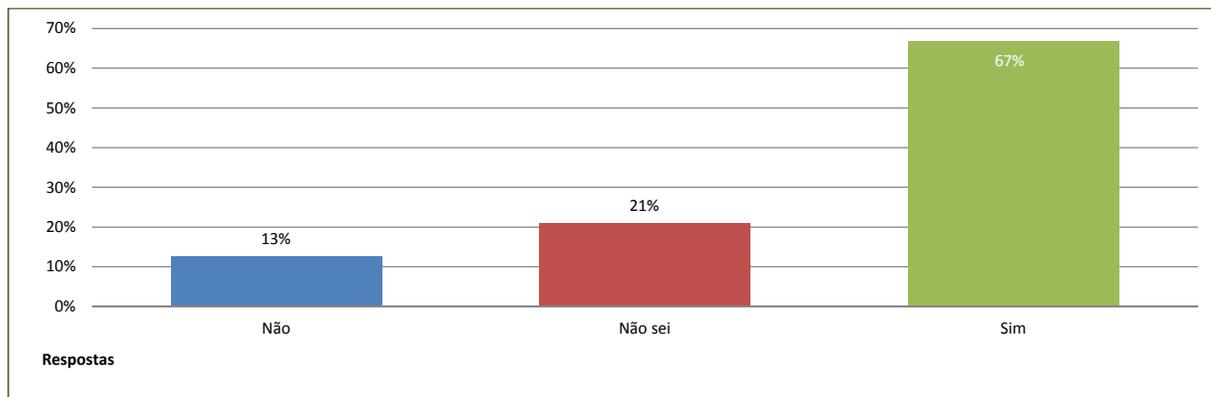
Descrição

Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade.

Tabela Nº 95 - Respostas dos Docentes à Questão "É do seu interesse participar numa sessão de educação para a saúde sobre: Comportamentos associados à sexualidade" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Não	1	0	1	1	3	13%
Não sei	2	1	2	0	5	21%
Sim	2	4	6	4	16	67%
Σ Respostas	5	5	9	5	24	100%

Gráfico Nº 104 - Respostas dos Docentes à Questão "É do seu interesse participar numa sessão de educação para a saúde sobre: Comportamentos associados à sexualidade" (Σ%)



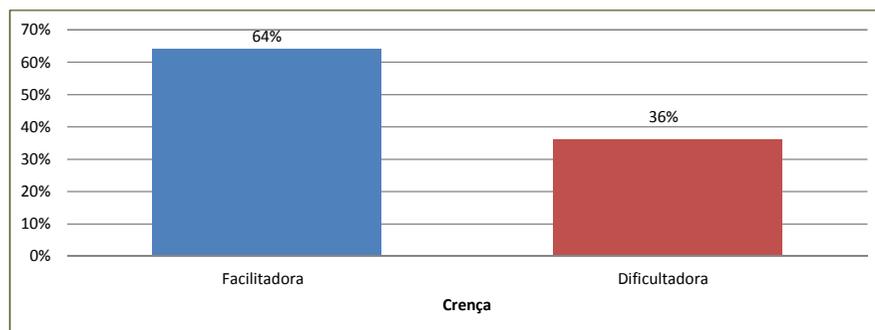
Descrição

Os dados são referentes ao interesse demonstrado pelos docentes na participação em sessões de educação para a saúde sobre: Comportamentos associados à sexualidade.

Tabela Nº 96 - Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	2	40%	3	60%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	80%	1	20%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	6	67%	3	33%	9	36%
EB Santiago	4	67%	2	33%	6	24%
Σ Estabelecimento de	16	64%	9	36%	25	100%

Gráfico Nº 105 - Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade Facilitadora/Dificultadora (Σ%)



Descrição

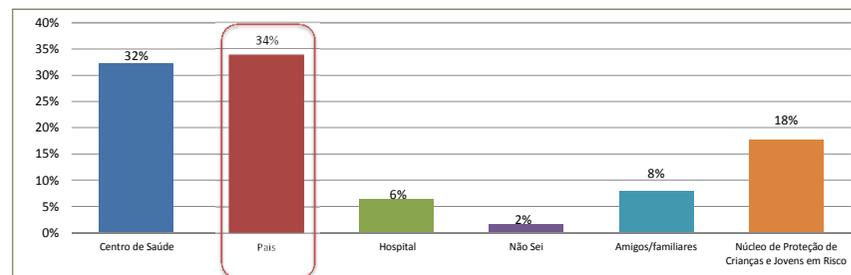
Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade facilitadora.

Gravidez não planeada na adolescência

Tabela Nº 104 - Respostas dos Docentes à Questão " Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: gravidez não planeada na adolescência. A quem recorreria?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Centro de Saúde	5	4	5	6	20	32%
Pais	4	4	7	6	21	34%
Hospital	1	0	2	1	4	6%
Não Sei	0	1	0	0	1	2%
Amigos/familiares	0	1	1	3	5	8%
Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco	3	1	3	4	11	18%
Σ Respostas	13	11	18	20	62	100%

Gráfico Nº 113 - Respostas dos Docentes à Questão " Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: gravidez não planeada na adolescência. A quem recorreria?" (Σ%)

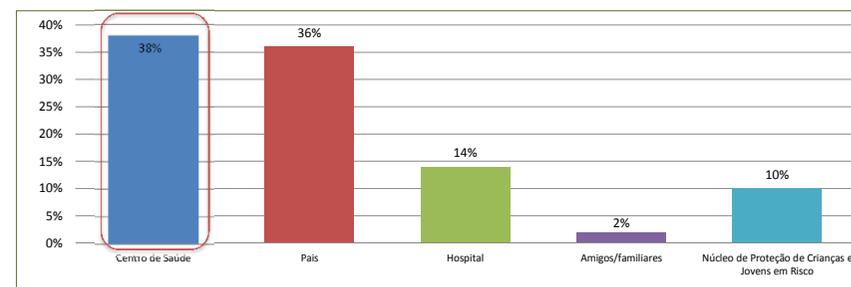


IST diagnosticada na adolescência

Tabela Nº 105 - Respostas dos Docentes à Questão " Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: IST diagnosticada na adolescência. A quem recorreria?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Centro de Saúde	4	5	5	5	19	38%
Pais	3	4	6	5	18	36%
Hospital	2	0	2	3	7	14%
Amigos/familiares	0	0	0	1	1	2%
Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco	1	1	2	1	5	10%
Σ Respostas	10	10	15	15	50	100%

Gráfico Nº 114 - Respostas dos Docentes à Questão " Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: IST diagnosticada na adolescência. A quem recorreria?" (Σ%)

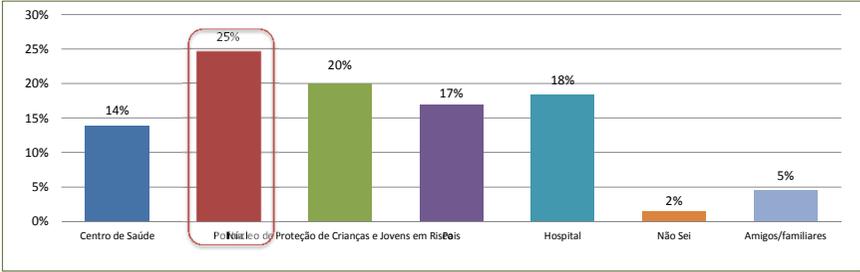


Abuso na adolescência

Tabela Nº 106 - Respostas dos Docentes à Questão " Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: abuso. A quem recorreria?" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Centro de Saúde	2	3	3	1	9	14%
Polícia	5	2	4	5	16	25%
Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco	4	4	3	2	13	20%
Pais	2	0	5	4	11	17%
Hospital	4	0	4	4	12	18%
Não Sei	0	1	0	0	1	2%
Amigos/familiares	0	0	0	3	3	5%
Σ Respostas	17	10	19	19	65	100%

Gráfico Nº 115 - Respostas dos Docentes à Questão " Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: abuso. A quem recorreria?" (Σ%)



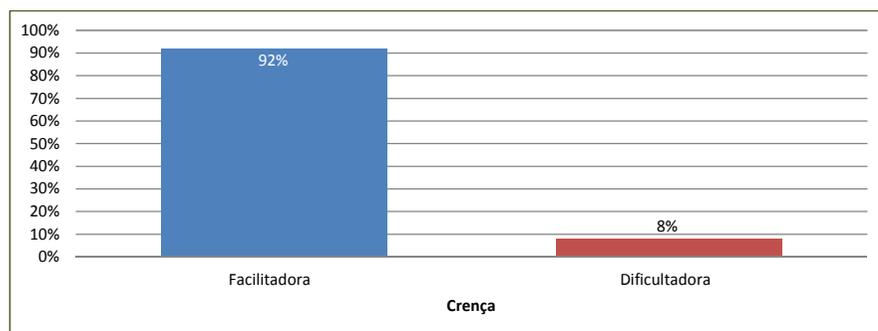
Descrição

Os seguintes dados referem-se aos recursos potencialmente utilizados pelos docentes no caso de uma gravidez não planeada/diagnóstico de IST/abuso na adolescência.

Tabela Nº 99 - Crença sobre sexualidade e reprodução Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	5	100%	0	0%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	9	100%	0	0%	9	36%
EB Santiago	4	67%	2	33%	6	24%
Σ Estabelecimento de	23	92%	2	8%	25	100%

Gráfico Nº 108 - Crença sobre sexualidade e reprodução Facilitadora/Dificultadora(Σ%)



Descrição

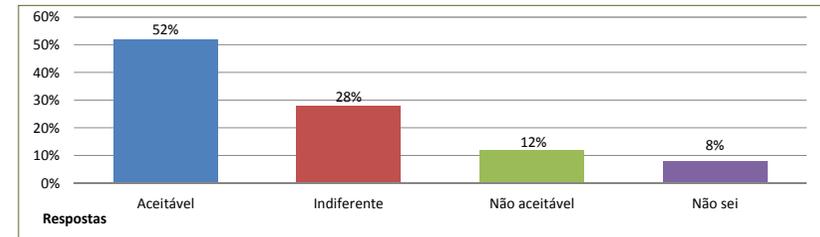
Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Crença sobre sexualidade e reprodução facilitadora.

Relação com uma pessoa do mesmo sexo

Tabela Nº 100 - Respostas dos Docentes à Questão " Face à orientação sexual dos seus/suas alunos(as) considera aceitável: Relação com uma pessoa do mesmo sexo " por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Aceitável	2	0	8	3	13	52%
Indiferente	1	3	0	3	7	28%
Não aceitável	2	1	0	0	3	12%
Não sei	0	1	1	0	2	8%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 109 -Respostas dos Docentes à Questão " Face à orientação sexual dos seus/suas alunos(as) considera aceitável: Relação com uma pessoa do mesmo sexo " (Σ%)

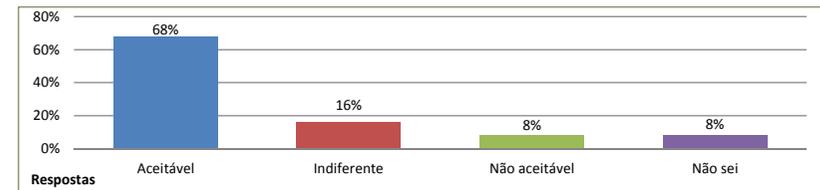


Relação com uma pessoa do sexo oposto

Tabela Nº 101 - Respostas dos Docentes à Questão " Face à orientação sexual dos seus/suas alunos(as) considera aceitável: Relação com uma pessoa do sexo oposto " por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Aceitável	3	1	8	5	17	68%
Indiferente	1	2	0	1	4	16%
Não aceitável	1	1	0	0	2	8%
Não sei	0	1	1	0	2	8%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 110 - Respostas dos Docentes à Questão " Face à orientação sexual dos seus/suas alunos(as) considera aceitável: Relação com uma pessoa do sexo oposto " (Σ%)

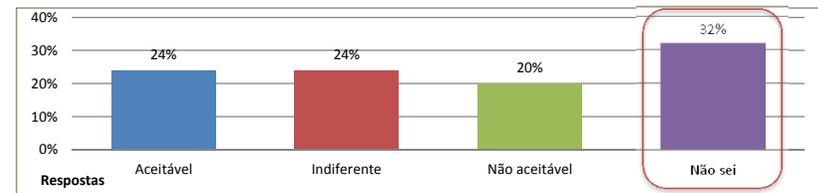


Ambos os sexos

Tabela Nº 102 - Respostas dos Docentes à Questão " Face à orientação sexual dos seus/suas alunos(as) considera aceitável: Ambos os sexos " por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Aceitável	1	0	2	3	6	24%
Indiferente	1	3	0	2	6	24%
Não aceitável	2	1	2	0	5	20%
Não sei	1	1	5	1	8	32%
Σ Respostas	5	5	9	6	25	100%

Gráfico Nº 111 - Respostas dos Docentes à Questão " Face à orientação sexual dos seus/suas alunos(as) considera aceitável: Ambos os sexos " (Σ%)



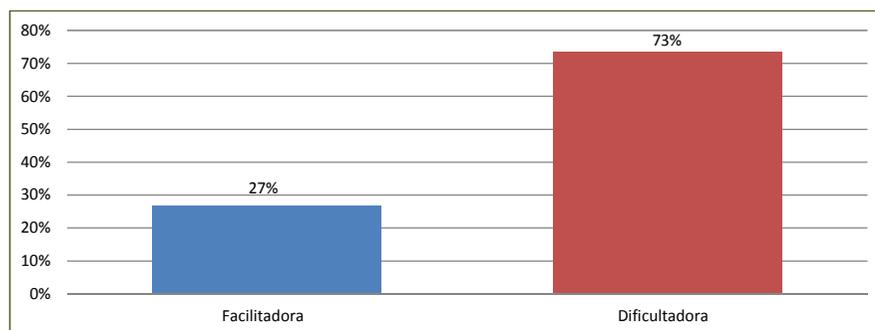
Descrição

Os dados referem-se à crença dos docentes acerca das relações dos alunos e o que consideram aceitável.

Tabela Nº 103 - Crença sobre Orientação Sexual dos alunos Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora	Σ	Σ%
EB Augusto Gomes	2	12%	15	88%	17	17%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	9	28%	23	72%	32	33%
EB Padre Manuel de Castro	4	25%	12	75%	16	16%
EB Santiago	11	33%	22	67%	33	34%
Σ Estabelecimento de	26	27%	72	73%	98	100%

Gráfico Nº 112 - Crença sobre Orientação Sexual dos alunos Facilitadora/Dificultadora (Σ%)



Descrição

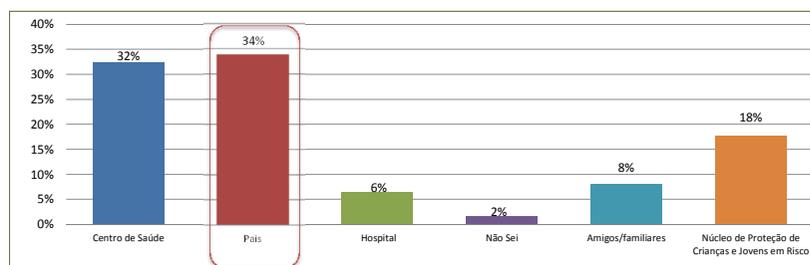
Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Crença sobre Orientação Sexual dos alunos dificultadora.

Gravidez não planeada na adolescência

Tabela Nº 104 - Respostas dos Docentes à Questão " *Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: gravidez não planeada na adolescência . A quem recorreria?* " por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Centro de Saúde	5	4	5	6	20	32%
Pais	4	4	7	6	21	34%
Hospital	1	0	2	1	4	6%
Não Sei	0	1	0	0	1	2%
Amigos/familiares	0	1	1	3	5	8%
Núcleo de Proteção de	3	1	3	4	11	18%
Σ Respostas	13	11	18	20	62	100%

Gráfico Nº 113 - Respostas dos Docentes à Questão " *Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: gravidez não planeada na adolescência . A quem recorreria?* " (Σ%)

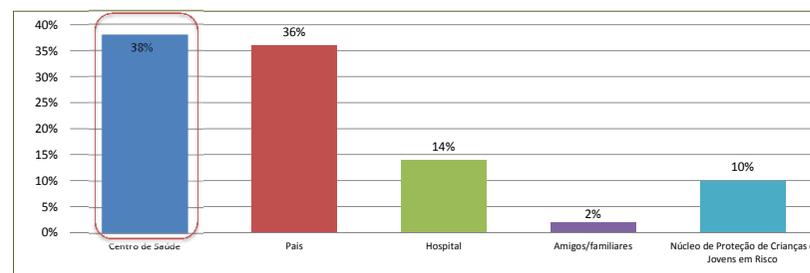


IST diagnosticada na adolescência

Tabela Nº 105 - Respostas dos Docentes à Questão " *Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: IST diagnosticada na adolescência . A quem recorreria?* " por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Centro de Saúde	4	5	5	5	19	38%
Pais	3	4	6	5	18	36%
Hospital	2	0	2	3	7	14%
Amigos/familiares	0	0	0	1	1	2%
Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco	1	1	2	1	5	10%
Σ Respostas	10	10	15	15	50	100%

Gráfico Nº 114 - Respostas dos Docentes à Questão " *Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: IST diagnosticada na adolescência . A quem recorreria?* " (Σ%)

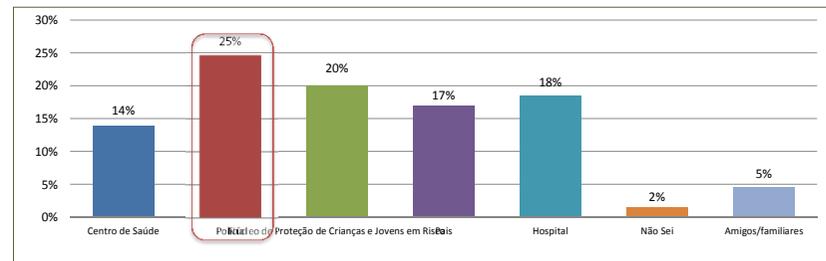


Abuso na adolescência

Tabela Nº 106 - Respostas dos Docentes à Questão " *Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: abuso. A quem recorreria?*" por Estabelecimento de Ensino

Respostas	Estabelecimento de Ensino				Σ	Σ%
	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago		
Centro de Saúde	2	3	3	1	9	14%
Polícia	5	2	4	5	16	25%
Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco	4	4	3	2	13	20%
Pais	2	0	5	4	11	17%
Hospital	4	0	4	4	12	18%
Não Sei	0	1	0	0	1	2%
Amigos/familiares	0	0	0	3	3	5%
Σ Respostas	17	10	19	19	65	100%

Gráfico Nº 115 - Respostas dos Docentes à Questão " *Imagine que conhece um(a) adolescente de uma determinada comunidade escolar com uma das seguintes situações: abuso. A quem recorreria?*" (Σ%)



Descrição

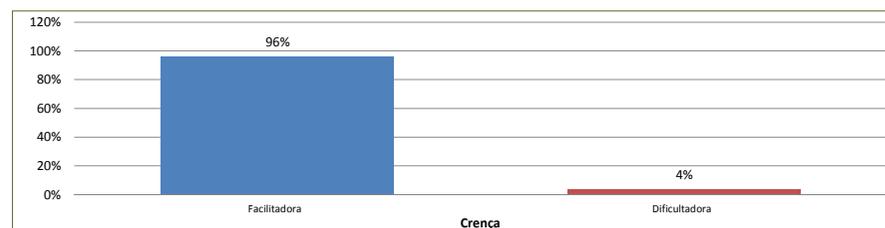
Os seguintes dados referem-se aos recursos potencialmente utilizados pelos docentes no caso de uma gravidez não planeada/diagnóstico de IST/abuso na adolescência.

a) Gravidez não planeada na adolescência

Tabela Nº 107 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	80%	1	20%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	9	100%	0	0%	9	36%
EB Santiago	6	100%	0	0%	6	24%
Σ Estabelecimento de Ensino	24	96%	1	4%	25	100%

Gráfico Nº 116 -Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência Facilitadora/Dificultadora (Σ%)

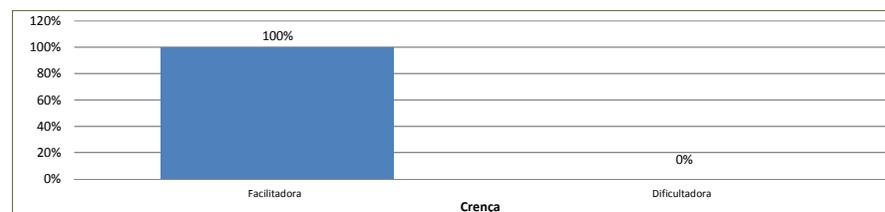


b) IST diagnosticada na adolescência

Tabela Nº 108 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de IST diagnosticada na adolescência Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	5	100%	0	0%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	9	100%	0	0%	9	36%
EB Santiago	6	100%	0	0%	6	24%
Σ Estabelecimento de Ensino	25	100%	0	0%	25	100%

Gráfico Nº 117 -Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de IST diagnosticada na adolescência Facilitadora/Dificultadora (Σ%)

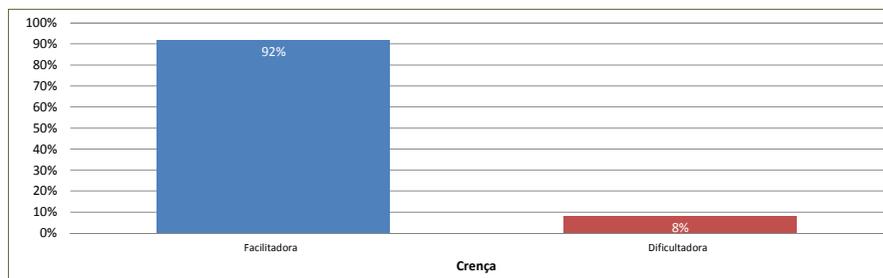


c) Abuso na adolescência

Tabela Nº 109 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	5	100%	0	0%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	80%	1	20%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	8	89%	1	11%	9	36%
EB Santiago	6	100%	0	0%	6	24%
Σ Estabelecimento de Ensino	23	92%	2	8%	25	100%

Gráfico Nº 118 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora(Σ%)

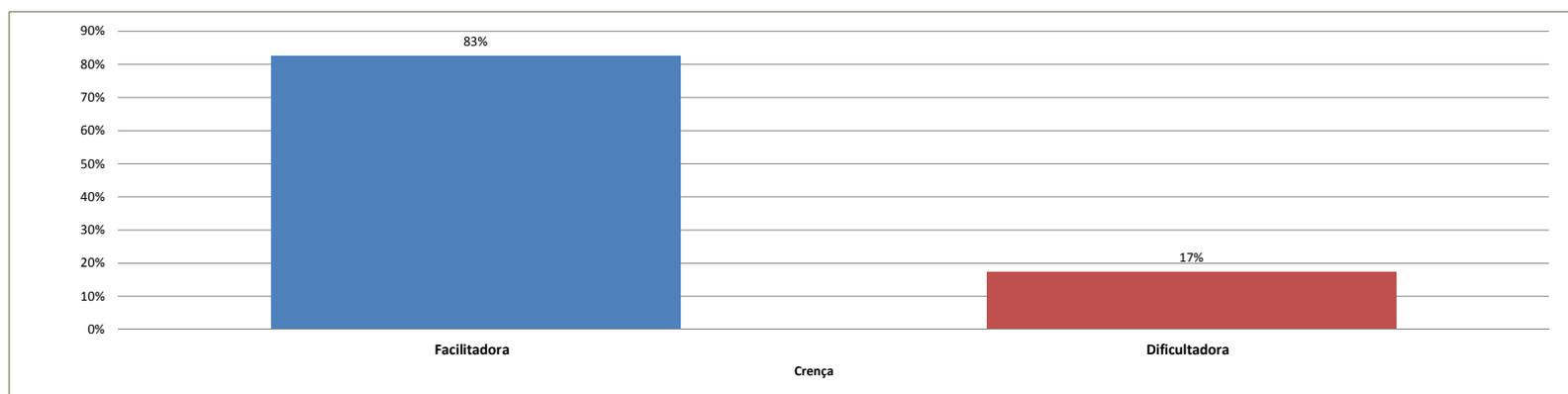


Σ (a+b+c)- Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora

Tabela Nº 110 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Crença				Σ	Σ%
	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora		
EB Augusto Gomes	5	82%	0	18%	5	20%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	3	84%	2	16%	5	20%
EB Padre Manuel de Castro	8	88%	1	13%	9	36%
EB Santiago	6	79%	0	21%	6	24%
Σ Estabelecimento de Ensino	22	83%	3	17%	25	100%

Gráfico Nº 119 - Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência Facilitadora/Dificultadora (Σ%)



Descrição

Os dados apresentados referem-se ao diagnóstico de enfermagem obtido: Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência facilitadora.

Diagnóstico de Saúde

Discussão de Resultados após aplicação do questionário aos Docentes

A aplicação do questionário aos docentes das diferentes escolas do Agrupamento de Escolas de Matosinhos permitiu-nos conhecer melhor o Conhecimento e as Crenças no presente momento deste grupo.

O conhecimento dos docentes sobre os tipos de substâncias psicoativas (SPA) é efetivo em 44%, como é possível observar-se no Gráfico nº 21, sendo exatamente o dobro da percentagem obtida no mesmo diagnóstico de enfermagem percebido nos encarregados de educação. Os docentes da escola EB. Augusto Gomes foram os que apresentaram maior percentagem de conhecimento efetivo sobre este tema (60%), seguidos dos docentes da escola EB. Padre Manuel de Castro (56%), da escola EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira (40%) e, por último, a escola EB. Santiago (17%), como é possível ser observado na Tabela nº 17.

Quando questionados acerca de drogas, pode-se verificar que as substâncias como a cocaína e a heroína são consideradas SPA por todos os docentes (Gráfico nº 13 e Gráfico nº 14, respetivamente). Por outro lado, o tabaco e as bebidas alcoólicas não são consideradas SPA por 13% e 17% dos docentes, como é possível observar-se nas Tabelas nº 5 e nº 6. A LSD, as colas e as anfetaminas são SPA que suscitam dúvidas nos docentes, uma vez que, 4% destes referiram “Não saber” se as anfetaminas são SPA e 4% “Não” serem SPA (Gráfico nº 15), 4% referiram “Não saber” se a LSD seria uma SPA (Tabela nº 12). 20% dos docentes assumiram “Não saber” se as colas são um tipo de SPA e 20% referiram “Não” ser uma SPA (Tabela nº 13). Será importante também referir que 12% dos docentes referiu que os medicamentos “Não” são uma SPA (Gráfico nº 11).

Quando questionados acerca da legislação em vigor para o consumo de álcool por jovens, 92% dos docentes mostraram conhecimento efetivo sobre esta temática (Gráfico nº 18). No entanto, o conhecimento sobre a idade de início de consumo de SPA pelos jovens é efetivo apenas em 8% (Gráfico nº 24). De

salientar será o conhecimento não efetivo em 100% dos docentes da escola EB. Augusto Gomes e da escola EB. Santiago (Tabela nº 18). Contudo, comparando estes dados com os mesmos obtidos na aplicação do questionário dos encarregados de educação pode-se concluir que o conhecimento efetivo sobre esta temática é mais elevado no grupo de docentes.

Relativamente ao conhecimento dos docentes sobre o significado do mais recente termo "Binge", 28% dos docentes apresentaram conhecimento efetivo sobre este termo, no entanto, 68% deles referiram "Não saber" o seu significado (Gráfico nº 25). Deste modo, o conhecimento sobre os perfis de consumo de substâncias psicoativas é efetivo em apenas 28% dos docentes (Gráfico nº 27), sendo os docentes das escolas EB. Padre Manuel de Castro e EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira, aqueles que mais conhecimentos apresentaram sobre esta temática com 44% e 40% de conhecimento efetivo, respetivamente (Tabela nº 20). O destaque surge nos docentes da escola EB. Santiago com 100% de conhecimento não efetivo sobre os perfis de consumo de SPA.

Quando questionados sobre os fatores protetores e os fatores influenciadores do consumo de SPA, os docentes apresentam conhecimento efetivo em 52% (Gráfico nº 34). São os docentes da escola EB. Padre Manuel de Castro e EB. Augusto Gomes que demonstram mais conhecimentos sobre esta área com 67% e 60% de conhecimento efetivo, respetivamente (Tabela nº 25). Na sua generalidade, os docentes demonstraram maior conhecimento efetivo sobre os fatores protetores (72%) do que sobre os fatores influenciadores (64%) como se pode observar nos Gráficos nº 33 e 32, contudo, comparativamente ao grupo de encarregados de educação apresentam conhecimento efetivo superior ao demonstrado pelos últimos. É importante salientar que na Tabela nº 24 é assinalado que o conhecimento sobre os fatores protetores do consumo de SPA pelos jovens é efetivo em 100% nos docentes da escola EB. Augusto Gomes.

Quando questionados acerca dos sinais de alerta do consumo de SPA, os docentes apresentaram conhecimento efetivo em 80% (Gráfico nº 36). Os docentes da escola EB. Santiago apresentaram 100% do conhecimento efetivo, seguidos dos docentes das escolas EB. Augusto Gomes e EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira com 80% de conhecimento efetivo e, por último, os docentes

da escola EB. Padre Manuel de Castro com 67% de conhecimento efetivo (Tabela nº 27).

Quando questionados sobre a percepção em relação ao acesso a SPA pelos menores de idade, 61% dos docentes referiu ser de “Fácil acesso”, ao contrário de 4% que consideram ser de “Difícil acesso” e 35% “Não saberem” (Gráfico nº 37). Esta percepção é muito semelhante à apresentada pelos encarregados de educação, uma vez que, 57% referem ser de “Fácil acesso”, 6% de “Difícil acesso” e 36% “Não saberem”.

Por outro lado, o conhecimento sobre a disponibilidade e locais de acesso a SPA é efetivo em 56% dos docentes (Gráfico nº 38), sendo que os docentes da escola EB. Augusto Gomes apresentam conhecimento efetivo em 100%, seguidos dos docentes das escolas EB. Padre Manuel de Castro (56%), EB. Santiago (50%) e da EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira (20%), como se pode observar na Tabela nº 29.

Introduzindo a temática dos Comportamentos Aditivos sem Substância (CASS), o conhecimento dos docentes sobre os tipos de CASS é efetivo em 88% (Gráfico nº 43). Desagregando os dados por estabelecimentos de ensino, são os docentes das escolas EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira e da EB. Padre Manuel de Castro com maior conhecimentos sobre esta temática (conhecimento efetivo em 100%), seguidos dos docentes da escola EB. Augusto Gomes (80%) e da escola EB. Santiago (67%), como se pode observar na tabela nº 34.

Os docentes apresentam conhecimento efetivo em 88% sobre a possibilidade da ocorrência de dependência nas crianças, jovens e adultos pelo uso excessivo de redes sociais, jogos, televisão e telemóvel. (Gráfico nº 41) e conhecimento sobre a possibilidade do uso excessivo de tecnologias influenciar negativamente os comportamentos das crianças e jovens efetivo em 100% para os docentes das quatro escolas incluídas no estudo (Gráfico nº 42).

Quando questionados acerca do tempo aceitável para o uso das diferentes tecnologias, na sua generalidade os docentes referem que estas podem ser utilizadas diariamente, com um intervalo nunca superior a 3 horas. 56% dos docentes referiram que o uso da internet seria aceitável diariamente e 32% aos fins-de-semana (Gráfico nº44). Quanto ao uso de redes sociais 62% dos

docentes considera aceitável o uso pelas crianças e jovens aos fins-de-semana e 24% diariamente (Gráfico nº 46). Por outro lado, os jogos são considerados aceitáveis aos fins-de-semana por 86% dos docentes (Gráfico nº 48), num tempo de 0-3 horas (79%) ou de 4 a 8 horas (11%), como se pode observar no Gráfico nº 49. A televisão e o telemóvel são consideradas pelos docentes aceitáveis de serem utilizados diariamente pelas crianças e jovens (Gráficos nº 50 e nº 52, respetivamente), num período de 0 a 3 horas (Gráficos nº 51 e 53).

Quanto ao conhecimento dos perfis de consumo de jogo, internet e redes sociais, os docentes apresentam conhecimento efetivo em 76% (Gráfico nº 56), sendo importante salientar os docentes da escola EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira com conhecimento efetivo em 100% (Tabela nº 47).

Quando questionados sobre os sinais de alarme do uso excessivo de internet, redes sociais, jogos, televisão e telemóvel, os docentes apresentaram conhecimento efetivo em 56% (Gráfico nº 58). Os sinais de alarme mais apontados pelo grupo foram: Isolamento social (38%), alterações do padrão de sono (25%), cansaço geral (17%), preocupação excessiva com a utilização das tecnologias (13%) e higiene descuidada (6%), como se pode observar no Gráfico nº 57.

Abordando o tema dos comportamentos associados à sexualidade, o conhecimento dos docentes acerca da existência da sexualidade ao longo da vida é efetivo em 100% (Gráfico nº 61). Quando questionados acerca da importância das figuras de apego na infância e os vínculos afetivos estabelecidos, os docentes mostraram conhecimento efetivo em 76% (Gráfico nº 62%). Quanto ao papel de género o conhecimento dos docentes é efetivo em 76% (Gráfico nº 63). Novamente realizando uma comparação com os dados obtidos no grupo de encarregados de educação é possível observar-se um maior conhecimento sobre a temática dos comportamentos associados à sexualidade no grupo de docentes.

Quando questionados sobre a eficácia dos diferentes tipos de métodos contraceptivos na prevenção de uma gravidez não planeada, os docentes exibiram conhecimento efetivo em apenas 12% (Gráfico nº 71), com realce para as escolas EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira e EB. Padre Manuel de Castro

com conhecimento não efetivo em 100% (Tabela nº 62). É possível verificar que a pílula é considerada “Eficaz” por 48% dos docentes e 52% como “Muito eficaz” (Gráfico nº 64). Por outro lado, os métodos do coito interrompido e do calendário são considerados “Nada eficaz” por 44% e 40% dos docentes, respetivamente (Gráficos nº 65 e 68). O selo transdérmico à semelhança do grupo de encarregados de educação suscita dúvidas nos docentes ainda que 40% dos docentes considere este método “Eficaz” e 20% “Muito eficaz”, embora 32% “Não sabe” a sua eficácia na prevenção de uma gravidez não planeada.

Relativamente à prevenção de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), os docentes apresentam conhecimento efetivo em 44%. O preservativo é como seria esperado considerado “Muito eficaz” e “Eficaz” por 48% dos docentes (Gráfico nº 77) mas existem métodos que erradamente foram considerados eficazes na prevenção de uma IST, como é o caso da pílula (8%), do coito interrompido (8%), do selo transdérmico (8%), do anel vaginal (16%) e do método do calendário (8%).

No que respeita ao conhecimento dos docentes sobre o abuso na adolescência, este encontra-se efetivo em 100% (Gráfico nº 88). Sendo a escola o local onde os jovens se relacionam mais entre si, é importante que os docentes se encontrem despertos para possíveis situações de excessos para poderem atuar prontamente e evitar situações mais complexas.

Relativamente às atitudes dos docentes, a crença na participação em ações de prevenção do consumo de SPA é facilitadora em 72% (Gráfico nº 90), sendo os docentes das escolas EB. Augusto Gomes e EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira os que apresentam maior percentagem de crença facilitadora (Tabela nº 81).

Quanto à crença nos recursos da comunidade em situação de consumo de SPA, os docentes demonstram uma crença facilitadora em 92% (Gráfico nº 92), e agiriam procurando ajuda especializada (28%), conversando com o aluno tentando perceber os seus motivos (26%), não esquecendo de informar o diretor de turma/coordenador da escola (25%), como é possível observar-se no Gráfico nº 91.

A crença dos docentes sobre a participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância é facilitadora em 68% (Gráfico nº 94). Quando questionados sobre a importância da regulação parental na utilização das diversas tecnologias, a crença dos docentes na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais é facilitadora em 100% (Gráfico nº 101). Todos os docentes consideram importante a vigilância parental durante o uso das diferentes tecnologias, com a exceção da televisão que 4% dos docentes disseram “Não saber” se será ou não importante (Gráfico nº 100).

Quanto à crença nos recursos existentes na comunidade numa situação de CASS, os docentes apresentaram crença facilitadora em 92% (Gráfico nº103), com relevo para as escolas EB. Augusto Gomes, EB. Santiago e EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira com crença facilitadora em 100% (Tabela nº 94). Contudo, o primeiro passo que os docentes dariam em situação de CASS identificado num aluno(a) seria informar os pais (33%), seguido de uma conversa com o aluno(a) para tentar resolver esta dependência (30%) e, em terceiro lugar, 28% dos docentes procurariam ajuda especializada. Estes dados podem mostrar-nos também que os docentes poderão sentir alguma dificuldade em obter ajuda especializada por desconhecerem os meios de a conseguirem.

Por último, na área dos comportamentos associados à sexualidade, os docentes apresentaram crença sobre a participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade facilitadora em 64% (Gráfico nº 105), sendo os docentes da escola EB. Eng.º Fernando Pinto de Oliveira os que mais interesse demonstraram (Tabela nº 96).

Quando questionados sobre se o ato da masturbação é normal quer nos rapazes quer nas raparigas, os docentes na sua maioria afirmaram que sim, sendo que 96% consideram normal nos rapazes (Gráfico nº 106) e 92% nas raparigas (Gráfico nº 107), demonstrando assim crença sobre sexualidade e reprodução facilitadora em 92% (Gráfico nº 108).

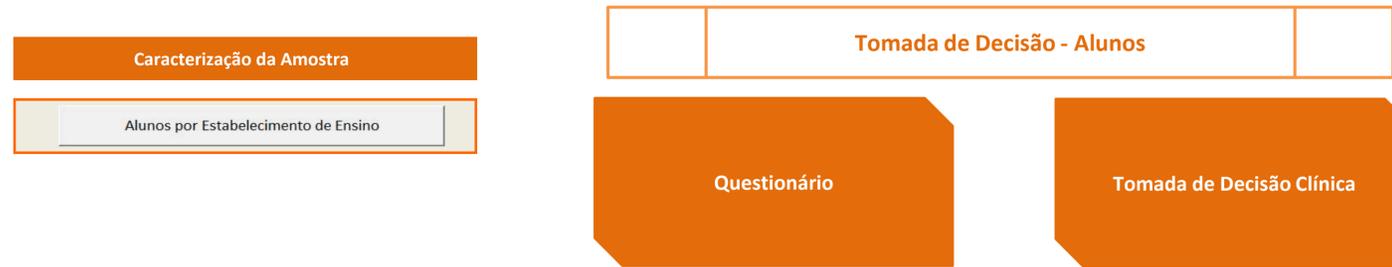
Quando questionados sobre o que consideram aceitável nas relações entre os alunos, a crença sobre a orientação sexual dos alunos está presente em 27% dos docentes (Gráfico nº 112), que consideram aceitável uma relação com uma

pessoa do mesmo sexo (52% - Gráfico nº 109), com uma pessoa do sexo oposto (68% - Gráfico nº 110), embora com ambos os sexos, 32% referiram “Não saber” e 24% consideraram “Aceitável”.

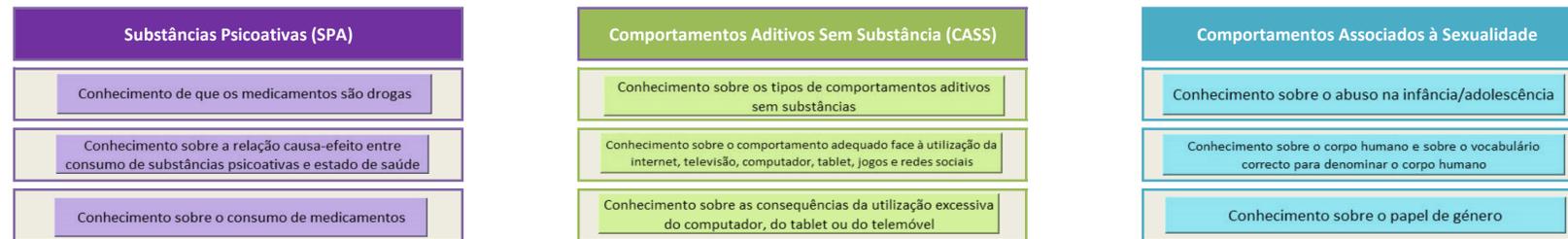
Relativamente à crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de gravidez na adolescência, IST diagnosticada ou situação de abuso, os docentes demonstraram crença facilitadora em 83% (Gráfico nº 119), destacando a crença na situação do diagnóstico de uma IST em que os docentes apresentam crença facilitadora em 100% nos recursos de apoio da comunidade (Gráfico nº 117). Os recursos que os docentes escolheriam no caso de uma gravidez não planeada seriam primeiramente os pais (34%), o centro de saúde (32%) e o núcleo de proteção de jovens (18%), como é possível observar-se no Gráfico nº 113. No caso do diagnóstico de uma IST, como está descrito no gráfico nº 114, os docentes primeiramente escolheriam o centro de saúde (38%), seguido dos pais (36%) e logo depois o hospital (14%). A polícia seria o recurso mais solicitado pelos docentes no caso de uma situação de abuso (25%), depois o núcleo de proteção de crianças e jovens em risco (20%) e de seguida o hospital (18%), como se pode observar no gráfico nº 115.

Anexo G Base de Dados do Diagnóstico de Situação na
Tomada de Decisão nos Alunos

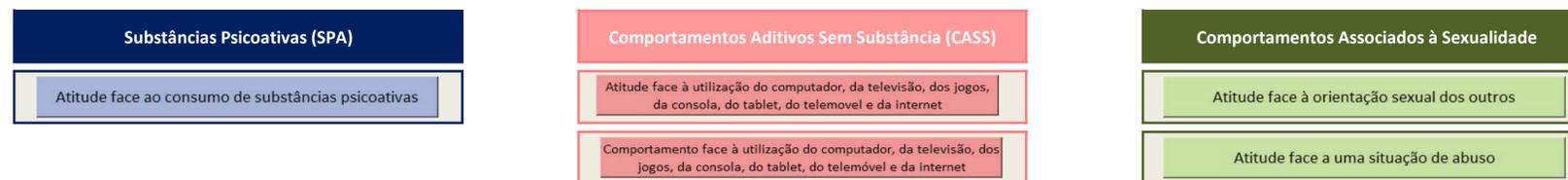
Projeto Decidir Para Agir



CONHECIMENTO



ATITUDES





Estão pronto:
entrar a bordo
aventura



Nome: _____

Idade: _____

Segue o mapa e preenche a grelha ao longo dos desafios que encontrares no caminho até ao tesouro

Nº da Pergunta	Pergunta	Resposta				
		Sim	Não	Não Sei		
1	Os medicamentos são drogas?					
2	O que as Bebidas Alcoólicas (como o vinho ou a cerveja) fazem à saúde?	Resposta Aberta				
3	O que fumar faz à saúde?	Resposta Aberta				
4	O que as drogas fazem à saúde?	Resposta Aberta				
5	Em que situações podes tomar medicamentos?	Quando são dados pelos teus pais	Quando são dados pelos teus professores	Quando um estranho te oferece	Quando te apetece	Não Sei
6		Resposta Aberta				

	O que uso da internet, das redes sociais, dos jogos (computador, consolas), da televisão, do telemóvel e do Tablet em excesso faz à saúde?					
7	Quanto tempo consideras que deves usar a internet, computador, as redes sociais, jogos e televisão, telemóvel e Tablet?	Sempre que tu quiser	Todos os dias	Três vezes por semana	Nunca	Não sei
8	Achas que podes utilizar sozinho a internet ?	Sim		Não		Não Sei
9	Achas que podes aderir às redes sociais, como o Facebook?	Sim		Não		Não Sei
10	O que podes sentir se usares muito tempo seguido o computador, a televisão, a consola, o Tablet ou o telemóvel?	Dores de Cabeça ou Dores nos Olhos	Cansado ou Irritado	Muito Feliz e Cheio de energia	Não Sei	
11	O que é para ti abuso?	Abuso é quando alguém te obriga a fazer algo que tu não queres	Abuso é quando a tua família te obriga a comer sopa	Abuso é quando como muitos doces	Não Sei	
12	O que pensas sobre fumar?	Resposta Aberta				
13		Resposta Aberta				

	O que pensas sobre as bebidas alcoólicas ?					
14	Consideras o computador, a televisão, os jogos, a consola, o Tablet, o telemóvel e/ou a internet:	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Não sei
15	O que achas da utilização da internet sem supervisão de um adulto?	Resposta Aberta				
16	Achas correto pessoas com a tua idade terem contas de Facebook? Porquê?	Sim	Não	Não Sei		
		Resposta Aberta				
17	Os teus pais costumam dizer quando deves usar o computador, a televisão, a consola, do Tablet ou do telemóvel e internet? Se sim o que pensas disso?	Sim		Não		
		Resposta Aberta				
18	A Joana quer jogar à bola com um grupo de rapazes. O que pensas disso?	Resposta Aberta				
19	O João quer muito brincar com as bonecas da Maria. O que pensas disso?	Resposta Aberta				

20	Achavas normal se uma pessoa te pedisse para tocar numa parte do teu corpo sem tu querereres?	Resposta Aberta				
21	Se uma pessoa te pedisse para tocar numa parte do teu corpo sem tu querereres ou oferecesse uma guloseima em troca de uma carícia, o que fazias?	Resposta Aberta				
22	Quando utilizas a internet, computador, as redes sociais, jogos e televisão, telemóvel e Tablet?	Quando me apetece	Todos os dias	Três vezes por semana	Fim-de-semana	Nunca
23	Utilizas a internet sem que um adulto esteja por perto?	Sim			Não	
24	Tens conta de Facebook?	Sim			Não	

Tabela 1: Processo de Enfermagem relativo ao foco Processo de Tomada de Decisão

FOCO – Processo de Tomada de Decisão				
Intervenção de diagnóstico	Atividades de diagnóstico	CrITÉrios de diagnóstico	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
-Avaliar Conhecimento de que os medicamentos são drogas;	-Execução de um questionário interativo em formato informático; --Executar a seguinte questão: Os medicamentos são drogas? (Sim) (Não) (Não Sei)	-Conhecimento Efetivo de que os medicamentos são drogas se responde (Sim); -Conhecimento Não Efetivo de que os medicamentos são drogas se responde (Não) ou (Não Sei);	-Conhecimento Efetivo de que os medicamentos são drogas; -Conhecimento Não Efetivo de que os medicamentos são drogas;	-Ensinar sobre o que são medicamentos; -Validar a informação transmitida; -Questionar a existência de dúvidas
-Avaliar o Conhecimento sobre a relação causa-efeito entre consumo de Substâncias Psicoativas (PSA) e estado de saúde;	-Execução de um questionário interativo em formato informático; -Executar as seguintes questões:	-Conhecimento Efetivo sobre a relação causa-efeito entre consumo de Substâncias Psicoativas (PSA) e estado de saúde se referem que as bebidas	-Conhecimento Efetivo sobre a relação causa-efeito entre consumo de Substâncias Psicoativas (PSA) e estado de saúde;	-Ensinar sobre a relação causa-efeito entre o consumo de Substâncias psicoativas(álcool, tabaco e drogas) e o estado de saúde;

	<p>-O que as Bebidas Alcoólicas (como o vinho ou a cerveja) fazem à saúde?</p> <p>(Resposta Aberta)</p> <p>-O que fumar faz à saúde?</p> <p>(Resposta Aberta)</p> <p>-O que as drogas fazem à saúde?</p> <p>(Resposta Aberta)</p>	<p>alcoólicas, fumar e as drogas fazem mal à saúde;</p> <p>-Conhecimento Não Efetivo sobre a relação causa-efeito entre consumo de Substâncias Psicoativas (PSA) e estado de saúde se não referem que as bebidas alcoólicas, o tabaco e as drogas fazem mal à saúde ou respondem (não sei) ou se referem que não sabem o que são drogas, tabaco ou bebidas alcoólicas;</p>	<p>-Conhecimento Não Efetivo sobre a relação causa-efeito entre consumo de Substâncias Psicoativas (PSA) e estado de saúde;</p>	<p>-Validar a informação transmitida;</p> <p>-Questionar a existência de dúvidas;</p>
<p>-Avaliar o Conhecimento sobre o consumo de medicamentos;</p>	<p>-Execução de um questionário interativo em formato informático;</p> <p>--Executar a seguinte questão:</p> <p>-Em que situações podes tomar medicamentos?</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre o consumo de medicamentos se responde: (Quando são dados pelos teus pais) e/ou (Quando são dados pelos teus professores);</p> <p>-Conhecimento Não</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre o consumo de medicamentos;</p> <p>-Conhecimento Não Efetivo sobre o consumo de medicamentos;</p>	<p>-Ensinar sobre o consumo adequado de medicamentos;</p> <p>-Validar a informação transmitida;</p> <p>-Questionar a existência de dúvidas;</p>



	<p>(Quando são dados pelos teus pais)</p> <p>(Quando são dados pelos teus professores)</p> <p>(Quando um estranho te oferece)</p> <p>(Quando te apetece)</p> <p>(Não Sei)</p>	<p>Efetivo sobre o consumo de medicamentos se responde: (Quando um estranho te oferece) (Quando me apetece) e (Não Sei);</p>		
<p>-Avaliar o Conhecimento sobre os tipos de Comportamentos Aditivos Sem Substâncias (CASS);</p>	<p>-Execução de um questionário interativo em formato informático;</p> <p>-Executar as seguintes questões:</p> <p>-Quanto tempo consideras que deves usar a internet, computador, as redes sociais, jogos e televisão, telemóvel e Tablet? (Sempre que tu quiser)</p> <p>(Todos os dias)</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre o comportamento adequado face à utilização da internet, televisão, telemóvel, computador, Tablet, jogos e redes sociais se responde: à 1ª questão (Três vezes por semana) ou (Raramente) ; à 2ª questão (Não) e à 3ª questão (Não);</p> <p>- Conhecimento Não Efetivo sobre o comportamento adequado face à utilização da</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre o comportamento adequado face à utilização da internet, televisão, telemóvel, computador, Tablet, jogos e redes sociais;</p> <p>- Conhecimento Não Efetivo sobre o comportamento adequado face à utilização da internet, televisão, telemóvel, computador, Tablet, jogos e redes sociais;</p>	<p>-Ensinar sobre o comportamento adequado face à utilização da internet, televisão, telemóvel, computador, Tablet, jogos e redes sociais:</p> <p>-Ensinar sobre o uso adequado usar a internet, computador, as redes sociais, jogos e televisão, telemóvel e Tablet;</p> <p>-Ensinar os riscos da utilização da internet sem</p>

	<p>(Três vezes por semana)</p> <p>(Nunca)</p> <p>(Não sei)</p> <p>-Achas que podes utilizar sozinho a internet ? (Sim) (Não) (Não sei)</p>	<p>internet, televisão, telemóvel, computador, Tablet, jogos e redes sociais se responde: à 1ª questão (Sempre que tu quiseres) ou (Todos os dias) (Não sei); à 2ª questão (Sim) e à 3ª (Sim);</p>		<p>a supervisão de um adulto;</p> <p>-Ensinar a idade adequada para aderir às redes sociais como o facebook.</p> <p>-Ensinar os riscos da adesão precoce às redes sociais;</p> <p>-Validar a informação transmitida;</p> <p>-Questionar a existência de dúvidas;</p>
<p>-Avaliar o Conhecimento sobre as consequências da utilização excessiva do computador, da televisão, da consola, do Tablet ou do telemóvel;</p>	<p>-Execução de um questionário interativo em formato informático;</p> <p>-Executar a seguinte questão:</p> <p>-O que podes sentir se usares muito tempo seguido o computador, a televisão, a consola, o Tablet ou o telemóvel?</p> <p>(Dores de Cabeça ou</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre as consequências da utilização excessiva do computador, da televisão, da consola, do Tablet ou do telemóvel se responde (Dores de Cabeça e dores nos Olhos) e/ou (Fico irritado) e/ou (Cansado);</p> <p>-Conhecimento Não Efetivo sobre as consequências da</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre as consequências da utilização excessiva do computador, da televisão, da consola, do Tablet ou do telemóvel;</p> <p>-Conhecimento Não Efetivo sobre as consequências da utilização excessiva do computador, da televisão, da consola, do Tablet ou do telemóvel;</p>	<p>-Ensinar as consequências da utilização excessiva do computador, da televisão, da consola, do Tablet ou do telemóvel;</p> <p>-Validar a informação transmitida;</p> <p>-Questionar a existência de dúvidas;</p>

	<p>Dores nos Olhos)</p> <p>(Cansado ou Irritado)</p> <p>(Muito Feliz e Cheio de energia)</p> <p>(Não Sei)</p>	<p>utilização excessiva do computador, da televisão, da consola, do Tablet ou do telemóvel se responde (Muito Feliz) e/ou (Cheio de energia) e/ou (Não Sei);</p>		
<p>-Avaliar o Conhecimento sobre o corpo humano e sobre o vocabulário correto para denominar o corpo humano;</p>	<p>- Execução da Atividade 1 "Conheço bem o meu corpo e as diferenças entre rapazes e raparigas"2 (Anexo 1)</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre o corpo humano e sobre o vocabulário correto para denominar o corpo humano se a legenda se encontrar totalmente correta;</p> <p>- Conhecimento Não Efetivo sobre o corpo humano e sobre o vocabulário correto para denominar o corpo humano se errar em pelo menos um item da legenda;</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre o corpo humano e sobre o vocabulário correto para denominar o corpo humano;</p> <p>-Conhecimento Não Efetivo sobre o corpo humano e sobre o vocabulário correto para denominar o corpo humano;</p>	<p>-Ensinar sobre o corpo humano e o vocabulário correto para denominar o mesmo;</p> <p>-Validar a informação transmitida;</p> <p>-Questionar a existência de dúvidas;</p>
<p>-Avaliar o Conhecimento sobre o papel de género;</p>	<p>-Execução de um questionário interativo em formato informático;</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre o papel de género se escreve ou refere as</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre o papel de género;</p>	<p>-Ensinar sobre as diferenças físicas entre rapazes e raparigas;</p>

	<p>-Executar a seguinte questão:</p> <p>-Quais as diferenças físicas entre rapazes e raparigas?</p> <p>E/Ou</p> <p>- Execução da Atividade 1 "Conheço bem o meu corpo e as diferenças entre rapazes e raparigas"2 (Anexo 1)</p>	<p>diferenças físicas entre rapazes e raparigas;</p> <p>-Conhecimento Não Efetivo sobre o papel de género se não escreve ou não refere as diferenças físicas entre rapazes e raparigas;</p>	<p>-Conhecimento Não Efetivo sobre o papel de género;</p>	<p>-Validar a informação transmitida;</p> <p>-Questionar a existência de dúvidas;</p>
<p>-Avaliar o Conhecimento sobre o abuso na infância/adolescência;</p>	<p>-Execução de um questionário interativo em formato informático;</p> <p>-Executar a seguinte questão:</p> <p>-O que é para ti abuso?</p> <p>(Abuso é quando alguém te obriga a fazer algo que tu não queres)</p> <p>(Abuso é quando a tua</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre o abuso na infância/adolescência se responde (Abuso é quando alguém te obriga a fazer algo que tu não queres);</p> <p>-Conhecimento Não Efetivo sobre o abuso na infância/adolescência se responde(Abuso é quando a tua mãe te obriga a comer sopa) e/ou</p>	<p>-Conhecimento Efetivo sobre o abuso na infância/adolescência;</p> <p>-Conhecimento Não Efetivo sobre o abuso na infância/adolescência;</p>	<p>-Ensinar sobre o abuso na infância/adolescência;</p> <p>-Validar a informação transmitida;</p> <p>-Questionar a existência de dúvidas;</p>

	<p>família te obriga a comer sopa)</p> <p>Abuso é quando como muitos doces)</p> <p>(Não Sei)</p>	<p>(Abuso é quando como muitos doces) ou (Não Sei);</p>		
<p>-Avaliar a Atitude face ao consumo de Substâncias Psicoativas(PSA);</p>	<p>-Execução de um questionário interativo em formato informático;</p> <p>-Executar as seguintes questões:</p> <p>-O que pensas sobre fumar?</p> <p>(Resposta Aberta)</p> <p>-O que pensas sobre as bebidas alcoólicas ?</p> <p>(Resposta Aberta)</p>	<p>-Atitude Efetiva face ao consumo de Substâncias Psicoativas(PSA) se responde que fazem mal;</p> <p>- Atitude Não Efetiva face ao consumo de Substâncias Psicoativas(PSA) se responde que é fixe ou que ajuda a ter amigos;</p>	<p>-Atitude Efetiva face ao consumo de Substâncias Psicoativas(PSA);</p> <p>- Atitude Não Efetiva face ao consumo de Substâncias Psicoativas(PSA);</p>	<p>-Estimular os alunos para uma Atitude Efetiva face aos consumo de Substâncias Psicoativas(PSA);</p> <p>-Incentivar os alunos para uma Atitude Efetiva face aos consumo de Substâncias Psicoativas(PSA);</p> <p>-Encorajar os alunos para uma Atitude Efetiva face aos consumo de Substâncias Psicoativas(PSA);</p>
<p>-Avaliar a Atitude face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet;</p>	<p>-Execução de um questionário interativo em formato informático;</p> <p>-Executar as seguintes</p>	<p>-Atitude Efetiva face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet se</p>	<p>-Atitude Efetiva face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet;</p>	<p>-Orientar para uma Atitude Efetiva face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do</p>

	<p>questões:</p> <p>-Consideras o computador, a televisão, os jogos, a consola, o Tablet, o telemóvel e/ou ou a internet:</p> <p>(Muito importante)</p> <p>(Importante)</p> <p>(Pouco importante)</p> <p>(Nada importante)</p> <p>(Não sei)</p> <p>-O que achas da utilização da internet sem supervisão de um adulto?</p> <p>(Resposta aberta)</p> <p>-Achas correto pessoas com a tua idade terem contas de Facebook? Porquê?</p>	<p>responde: à 1ª questão (Pouco importante) e/ou (Nada importante) e/ou (Não sei); à 2ª questão (acho mal) (É perigoso); à 3ª questão (Não) e à 5ª questão (Acho bem);</p> <p>- Atitude Não Efetiva face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet se responde: à 1ª questão (Muito importante) ou (Importante); à 2ª (Acho Bem) (Não é perigoso) questão (Não); à 3ª questão (Sim) e à 5ª (Acho mal) ou (Não tenho opinião) ou (Tenho dúvidas/Não sei);</p>	<p>- Atitude Não Efetiva face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet;</p>	<p>telemóvel e internet;</p> <p>-Estimular a Atitude Efetiva face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet;</p> <p>-Incentivar a Atitude Efetiva face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet;</p> <p>-Encorajar a Atitude Efetiva face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet;</p> <p>-Reforçar a Atitude Efetiva face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e</p>
--	---	---	--	--

	<p>(Sim) (Não) (Não Sei)</p> <p>-Os teus pais costumam dizer quando deves usar o computador, a televisão, a consola, do Tablet ou do telemóvel e internet? (Sim) (Não)</p> <p>-Se Sim, o que pensas disso?</p> <p>(Pergunta aberta)</p>			internet;
-Avaliar a Atitude face à identificação e aceitação da identidade sexual dos outros;	<p>-Execução de um questionário interativo em formato informático; Executar as seguintes questões:</p> <p>-A Joana quer jogar à bola com um grupo de rapazes. O que pensas disso?</p> <p>(Pergunta Aberta)</p>	<p>-Atitude Efetiva face à identificação e aceitação da identidade sexual dos outros se responde (Acho normal) ou (Acho muito bem) a ambas as questões e se distribui todas as atividades pelos 3 grandes grupos corretamente;</p> <p>-Atitude Não Efetiva face à identificação e aceitação da identidade sexual dos</p>	<p>-Atitude Efetiva face à identificação e aceitação da identidade sexual dos outros;</p> <p>-Atitude Não Efetiva face à identificação e aceitação da identidade sexual dos outros;</p>	<p>-Orientar para uma Atitude Efetiva face à identificação e aceitação da identidade sexual dos outros;</p> <p>-Estimular a Atitude Efetiva face à identificação e aceitação da identidade sexual dos outros;</p> <p>-Incentivar a Atitude Efetiva face à identificação e aceitação da identidade</p>

	<p>-O João quer muito brincar com as bonecas da Maria. O que pensas disso?</p> <p>(Pergunta Aberta)</p> <p>E/OU</p> <p>-Executar a Atividade 2 “ Masculino ou Feminino”3(Anexo 2)</p>	<p>outros se responde: à 1ª questão (Não tenho opinião) ou (As meninas não podem jogar à bola porque isso é coisa de meninos) ou (tenho dúvidas/ não sei); à 2ª questão (Não tenho opinião) ou (Os meninos não podem brincar com bonecas porque isso é coisa de meninas) ou (tenho dúvidas); e erra a pelo menos uma correspondência entre as atividades e os 3 grandes grupos na atividade 2;</p>		<p>sexual dos outros;</p> <p>-Encorajar a Atitude Efetiva face à identificação e aceitação da identidade sexual dos outros;</p> <p>-Reforçar a Atitude Efetiva face à identificação e aceitação da identidade sexual dos outros;</p>
<p>-Avaliar a Atitude face a uma situação de abuso;</p>	<p>-Execução de um questionário interativo em formato informático;</p> <p>-Executar as seguintes questões:</p> <p>-Achavas normal se uma pessoa te pedisse para tocar numa parte do teu</p>	<p>-Atitude face a uma situação de abuso Efetiva: se na 1ª questão refere que não acha normal e se na 2ª responde (Negava) ou (Fugia e pedia ajuda a alguém) ou (Falava com os teus pais) ou</p>	<p>-Atitude face a uma situação de abuso Efetiva;</p> <p>-Atitude face a uma situação de abuso Não Efetiva;</p>	<p>-Orientar para uma Atitude Efetiva face a uma situação de abuso;</p> <p>-Estimular a Atitude Efetiva face a uma situação de abuso;</p> <p>-Incentivar a Atitude Efetiva face a uma situação</p>

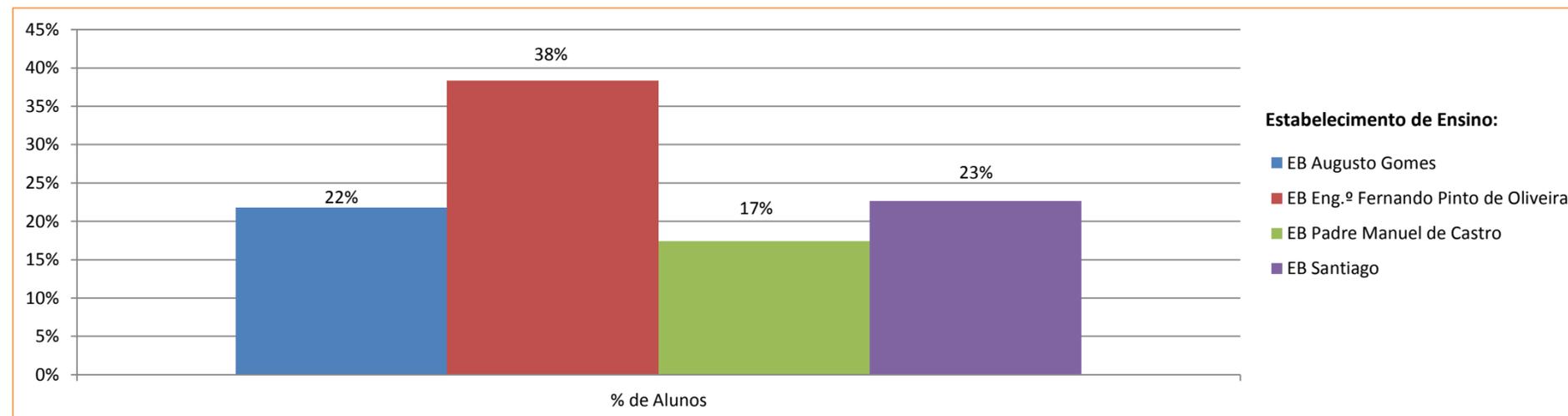
	<p>corpo sem tu querereres? (Resposta Aberta)</p> <p>-Se uma pessoa te pedisse para tocar numa parte do teu corpo sem tu querereres ou oferecesse uma guloseima em troca de uma carícia, o que fazias? (Resposta Aberta)</p>	<p>(Falava com os professores);</p> <p>-Atitude face a uma situação de abuso Não Efetiva : se na 1ª questão refere que acha normal e se na 2ª responde (Não sei) ou (Aceitava);</p>		<p>de abuso;</p> <p>-Encorajar a Atitude Efetiva face a uma situação de abuso;</p> <p>-Reforçar a Atitude Efetiva face a uma situação de abuso;</p>
<p>-Avaliar o Comportamento face á à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet;</p>	<p>-Execução de um questionário interativo em formato informático;</p> <p>-Executar as seguintes questões:</p> <p>-Quando utilizas a internet, computador, as redes sociais, jogos e televisão, telemóvel e Tablet? (Quando me apetece)</p>	<p>-Comportamento Efetivo face á à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet se responde: à 1ª questão (Três vezes por semana) ou (Fins-de-semana) ou (Nunca); à 2ª questão (Não) e à 3ª questão (Não) ;</p>	<p>-Comportamento Efetivo face á à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet;</p> <p>- Comportamento Não Efetivo face á à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet;</p>	<p>-Orientar para um Comportamento Efetivo face á à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet;</p> <p>-Promover um Comportamento Efetivo face á à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do</p>

	<p>(Todos os dias)</p> <p>(Três vezes por semana)</p> <p>(Fins-de-semana)</p> <p>(Nunca)</p> <p>-Utilizas a internet sem que um adulto esteja por perto? (Sim) (Não)</p> <p>-Tens conta de Facebook? (Sim) (Não)</p>	<p>- Comportamento Não Efetivo face á à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do Tablet ou do telemóvel e internet se responde: à 1ª questão (Quando me apetece) ou (Todos os dias) ou ; à 2ª questão (Sim) e à 3ª questão (Sim);</p>		<p>Tablet ou do telemóvel e internet;</p>
--	---	--	--	---

Tabela Nº 1 - Alunos por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Nº de Alunos (n)	% de Alunos
EB Augusto Gomes	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	20	17%
EB Santiago	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	115	100%

Gráfico Nº 1 - Alunos por Estabelecimento de Ensino



Descrição

Os dados referem-se ao número de alunos por estabelecimento de ensino. O estabelecimento de ensino com maior número de alunos é a EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira (38%), seguida da EB Santiago (23%). A EB Padre Manuel Castro é o Estabelecimento de Ensino com menor número de alunos (17%). A EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira apresenta a maior percentagem de alunos por ter duas turmas incluídas no projeto (Turma 5 e Turma 6).

Estabelecimentos de Ensino

Os Estabelecimentos de Ensino presentes na amostra são: EB Augusto Gomes, EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira, EB Padre Manuel de Castro e EB Santiago.

Tabela Nº 2 - Conhecimento de que os medicamentos são drogas por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	5	20%	20	80%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	11	25%	33	75%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	3	15%	17	85%	20	17%
EB Santiago	2	8%	24	92%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	21	18%	94	82%	115	100%

Gráfico Nº 2 - Conhecimento de que os medicamentos são drogas por Estabelecimento de Ensino

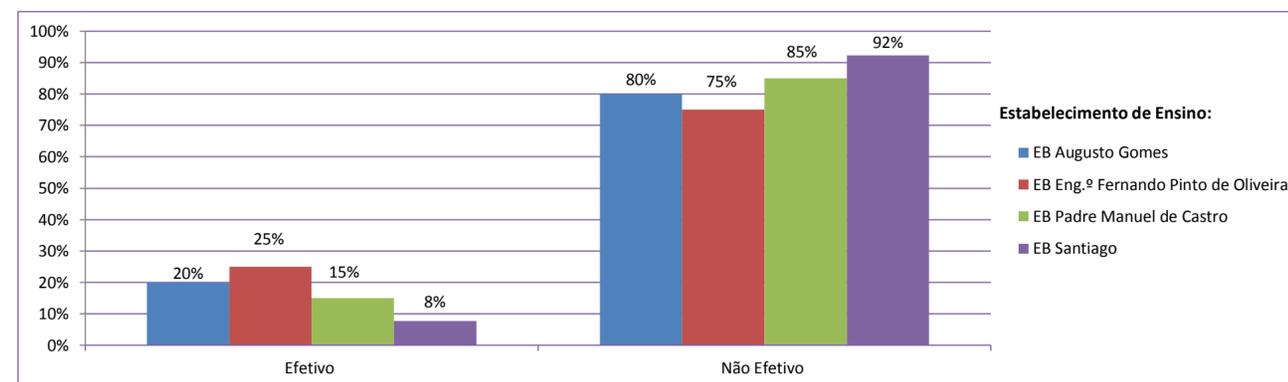
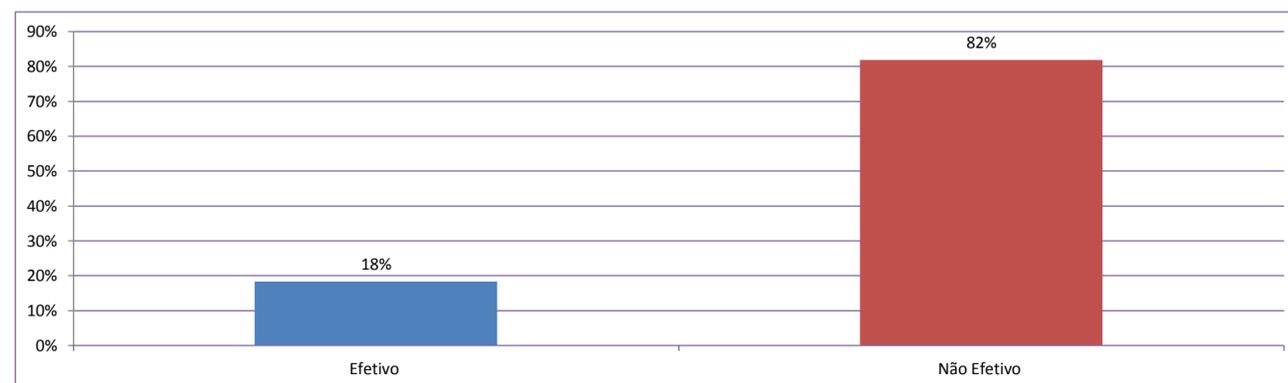


Gráfico Nº 3 - Conhecimento de que os medicamentos são drogas Efetivo/Não Efetivo (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos alunos de que os medicamentos são drogas. Em todos os Estabelecimento de Ensino, o conhecimento de que os medicamentos são drogas é não efetivo (82%) sendo que é efetivo em apenas 18% dos alunos.

Tabela Nº 3 - Conhecimento sobre a relação causa-efeito entre consumo de substâncias psicoativas e estado de saúde por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	6	24%	19	76%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	24	55%	20	45%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	16	80%	4	20%	20	17%
EB Santiago	15	58%	11	42%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	61	53%	54	47%	115	100%

Gráfico Nº 4 - Conhecimento sobre a relação causa-efeito entre consumo de substâncias psicoativas e estado de saúde por Estabelecimento de Ensino

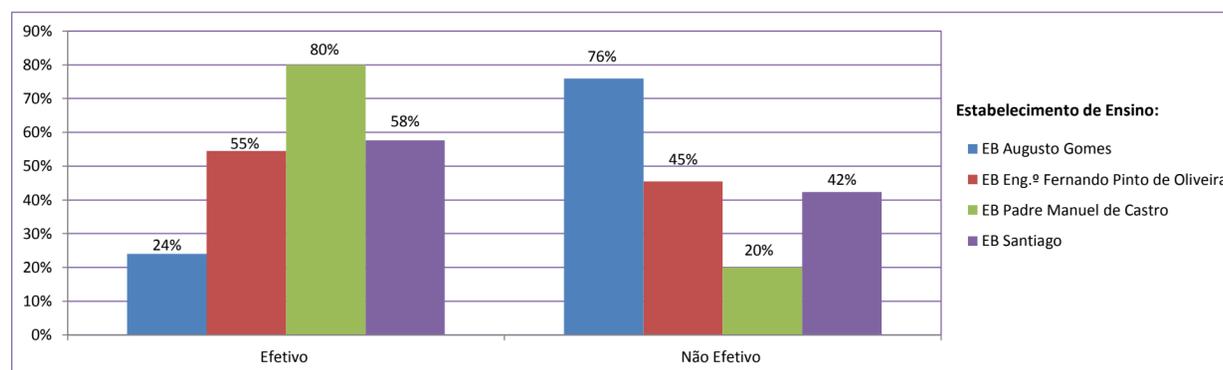
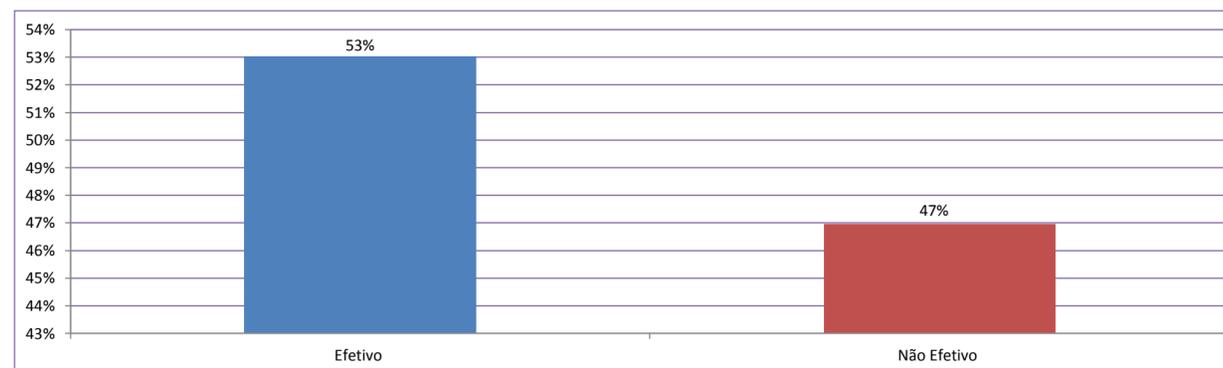


Gráfico Nº 5 - Conhecimento sobre a relação causa-efeito entre consumo de substâncias psicoativas e estado de saúde Efetivo/Não Efetivo (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos alunos sobre a relação causa-efeito entre consumo de substâncias psicoativas e estado de saúde. Verifica-se que este conhecimento é efetivo em 53% (Σ %), no entanto, na abordagem por Estabelecimento de Ensino, na EB Augusto Gomes o conhecimento é Não Efetivo em 76%.

Tabela Nº 4 - Conhecimento sobre o consumo de medicamentos por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	18	72%	7	28%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	21	48%	23	52%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	15	75%	5	25%	20	17%
EB Santiago	15	58%	11	42%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	69	60%	46	40%	115	100%

Gráfico Nº 6 - Conhecimento sobre o consumo de medicamentos por Estabelecimento de Ensino

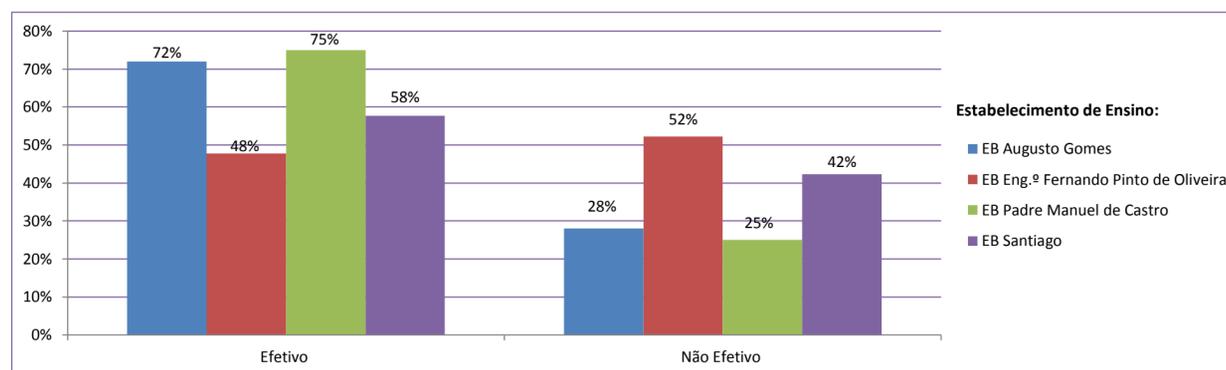
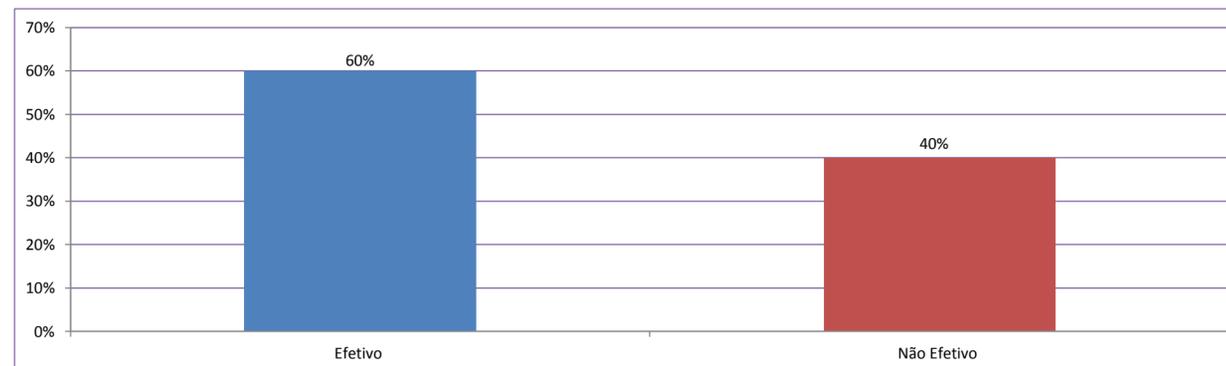


Gráfico Nº 7 - Conhecimento sobre o consumo de medicamentos Efetivo/Não Efetivo (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos alunos sobre o consumo de medicamentos. Verifica-se que este conhecimento é efetivo em 60% (Σ %), no entanto, na abordagem por Estabelecimento de Ensino, na EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira o diagnóstico de enfermagem é Não Efetivo em 52%.

Tabela Nº 5 - Conhecimento sobre os tipos de comportamentos aditivos sem substâncias por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	19	76%	6	24%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	28	64%	16	36%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	18	90%	2	10%	20	17%
EB Santiago	16	62%	10	38%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	81	70%	34	30%	115	100%

Gráfico Nº 8 - Conhecimento sobre os tipos de comportamentos aditivos sem substâncias por Estabelecimento de Ensino

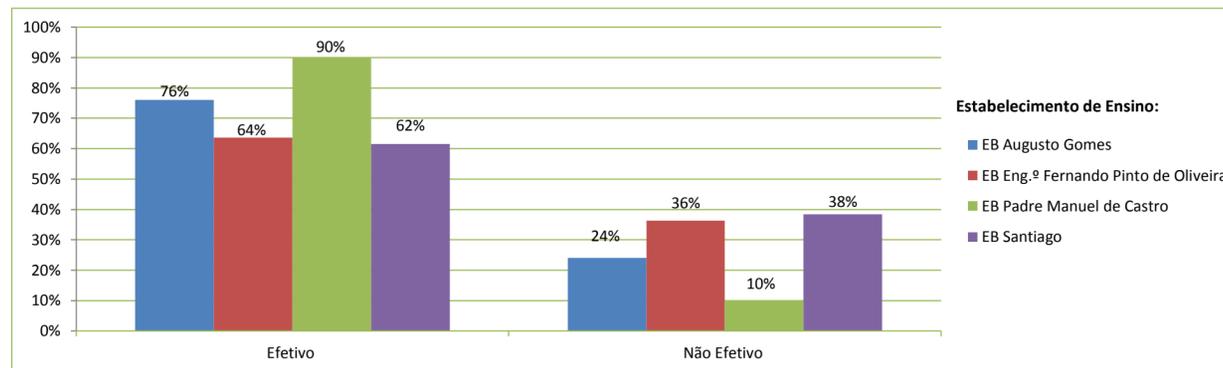
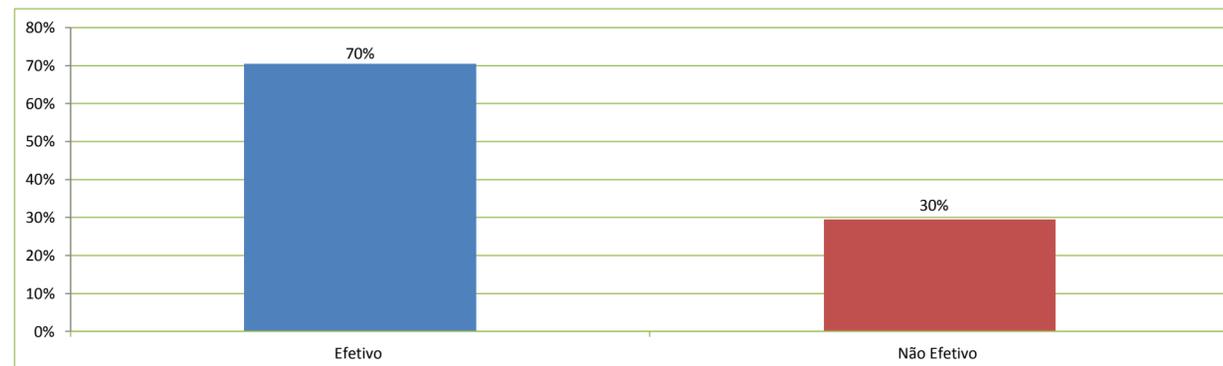


Gráfico Nº 9 - Conhecimento sobre os tipos de comportamentos aditivos sem substâncias Efetivo/Não Efetivo (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos alunos sobre os tipos de comportamentos aditivos sem substâncias. Verifica-se que este conhecimento é efetivo em todos os Estabelecimentos de Ensino e na globalidade em 70% (Σ %).

Tabela Nº 6 - Conhecimento sobre o comportamento adequado face à utilização da internet, televisão, computador, tablet, jogos e redes sociais por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	13	52%	12	48%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	24	55%	20	45%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	13	65%	7	35%	20	17%
EB Santiago	14	54%	12	46%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	64	56%	51	44%	115	100%

Gráfico Nº 10 - Conhecimento sobre o comportamento adequado face à utilização da internet, televisão, computador, tablet, jogos e redes sociais por Estabelecimento de Ensino

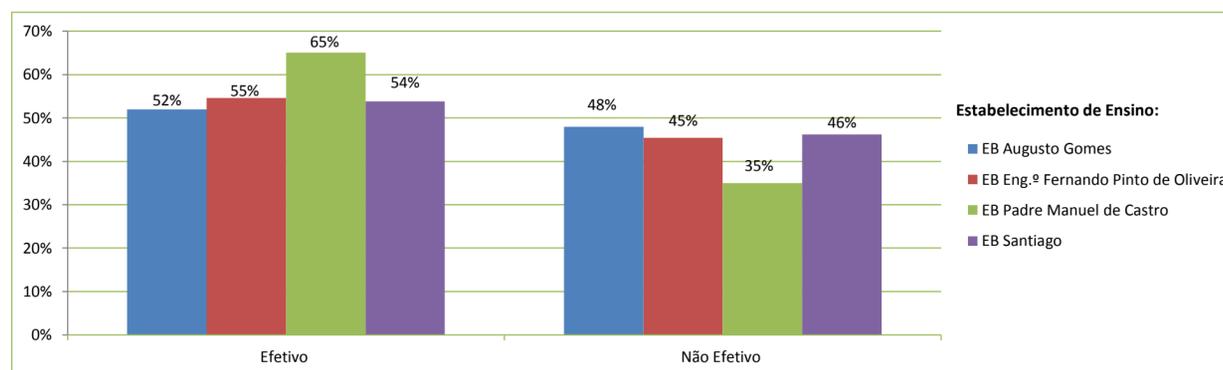
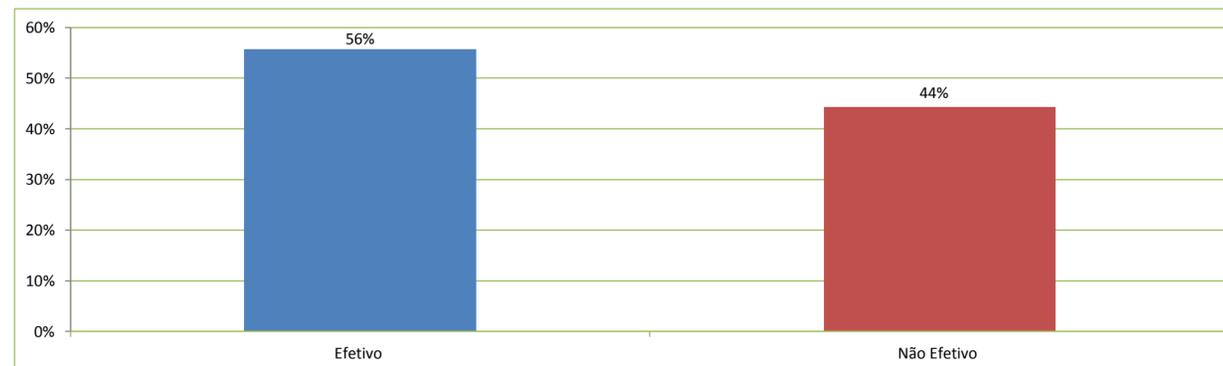


Gráfico Nº 11 - Conhecimento sobre o comportamento adequado face à utilização da internet, televisão, computador, tablet, jogos e redes sociais Efetivo/Não Efetivo (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos alunos sobre o comportamento adequado face à utilização da internet, televisão, computador, tablet, jogos e redes sociais. Verifica-se que este conhecimento é efetivo em todos os Estabelecimentos de Ensino e na globalidade em 56% (Σ %).

Tabela Nº 7 - Conhecimento sobre as consequências da utilização excessiva do computador, do tablet ou do telemóvel por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	25	100%	0	0%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	41	93%	3	7%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	19	95%	1	5%	20	17%
EB Santiago	25	96%	1	4%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	110	96%	5	4%	115	100%

Gráfico Nº 12 - Conhecimento sobre as consequências da utilização excessiva do computador, do tablet ou do telemóvel por Estabelecimento de Ensino

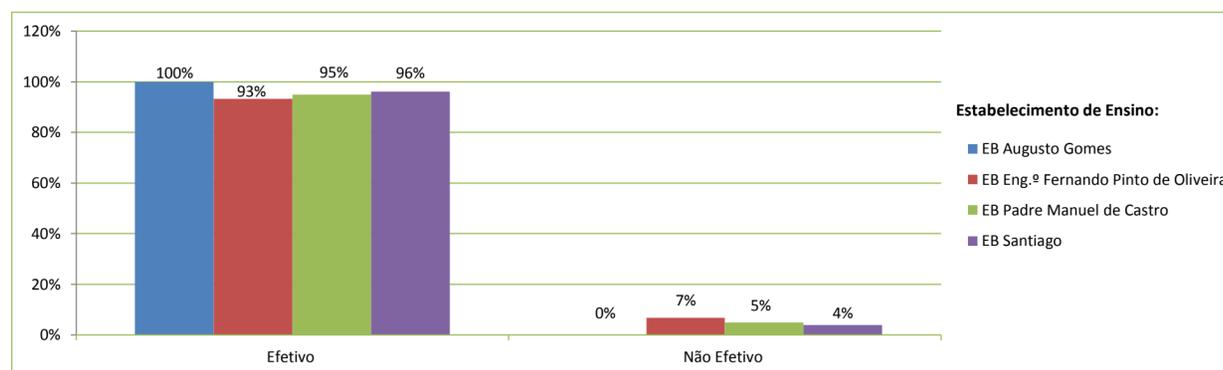


Gráfico Nº 13 - Conhecimento sobre as consequências da utilização excessiva do computador, do tablet ou do telemóvel Efetivo/Não Efetivo (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos alunos sobre as consequências da utilização excessiva do computador, do tablet ou do telemóvel. Verifica-se que este conhecimento é efetivo em todos os Estabelecimentos de Ensino com em mais de 90%, apresentando na EB Augusto Gomes este conhecimento efetivo em 100% e na globalidade em 96% (Σ %).

Tabela Nº 8 - Conhecimento sobre o abuso na infância/adolescência por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	11	44%	14	56%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	12	27%	32	73%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	11	55%	9	45%	20	17%
EB Santiago	10	38%	16	62%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	44	38%	71	62%	115	100%

Gráfico Nº 14 - Conhecimento sobre o abuso na infância/adolescência por Estabelecimento de Ensino

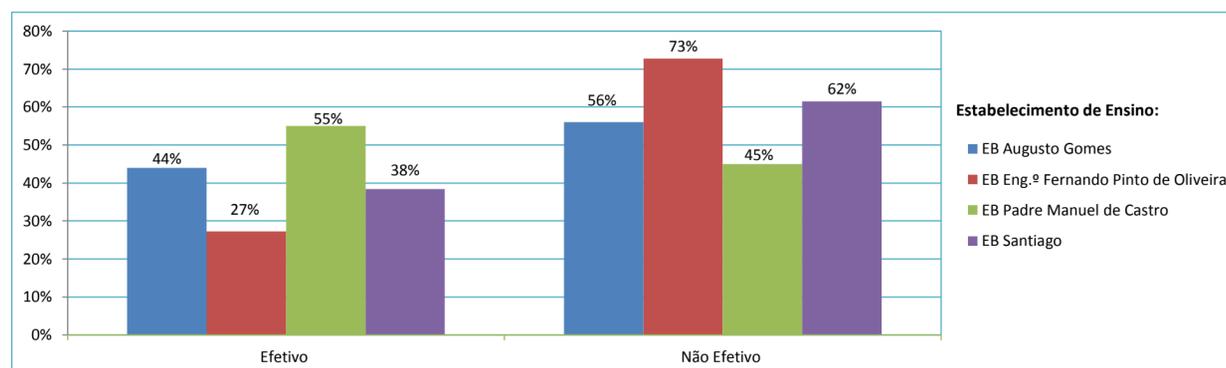
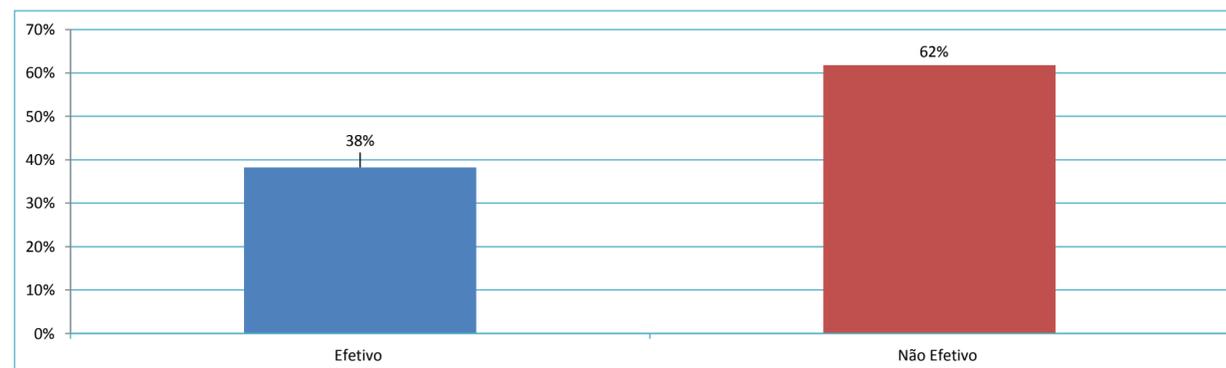


Gráfico Nº 15 - Conhecimento sobre o abuso na infância/adolescência Efetivo/Não Efetivo (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos alunos sobre o abuso na infância/adolescência. Verifica-se que este conhecimento é não efetivo em todos os Estabelecimentos de Ensino com exceção da EB Padre Manuel Castro com este conhecimento efetivo em 55%. Na globalidade este conhecimento é não efetivo em 62% (Σ %).

Tabela Nº 9 - Conhecimento sobre o corpo humano e sobre o vocabulário correcto para denominar o corpo humano por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	3	12%	22	88%	25	22%
EB Engº Fernando Pinto de Oliveira	2	5%	42	95%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	0	0%	20	100%	20	17%
EB Santiago	6	23%	20	77%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	11	10%	104	90%	115	100%

Gráfico Nº 16 - Conhecimento sobre o corpo humano e sobre o vocabulário correcto para denominar o corpo humano por Estabelecimento de Ensino

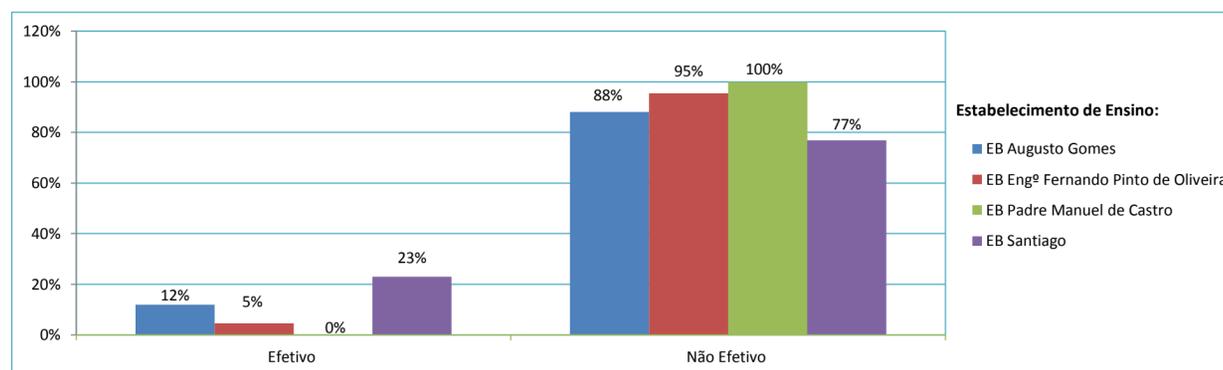


Gráfico Nº 17 - Conhecimento sobre o corpo humano e sobre o vocabulário correcto para denominar o corpo humano Efetivo/Não Efetivo (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos alunos sobre o corpo humano e sobre o vocabulário correcto para denominar o corpo humano. Verifica-se que este conhecimento é não efetivo em todos os Estabelecimentos de Ensino com mais de 77%. Na globalidade este conhecimento é não efetivo em 90% (Σ %).

Tabela Nº 10 - Conhecimento sobre o papel de género por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	1	4%	24	96%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	22	50%	22	50%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	0	0%	20	100%	20	17%
EB Santiago	26	100%	0	0%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	49	43%	66	57%	115	100%

Gráfico Nº 18 - Conhecimento sobre o papel de género por Estabelecimento de Ensino

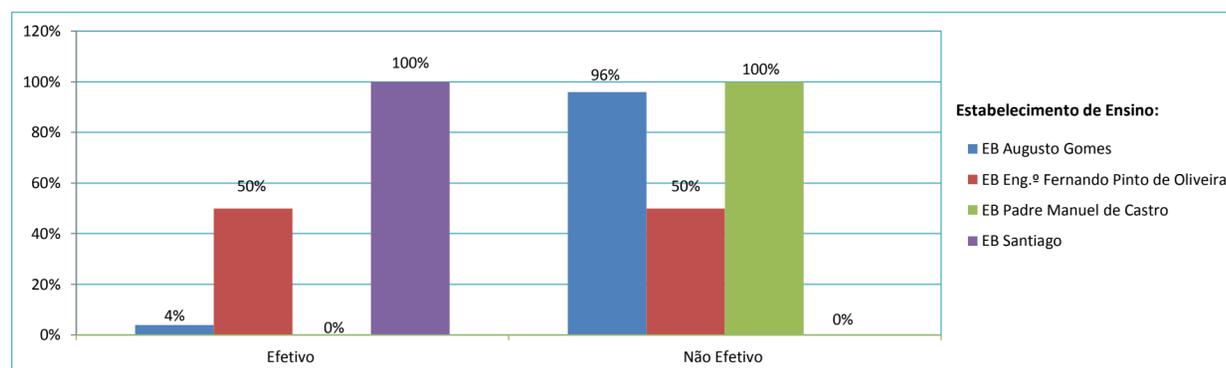
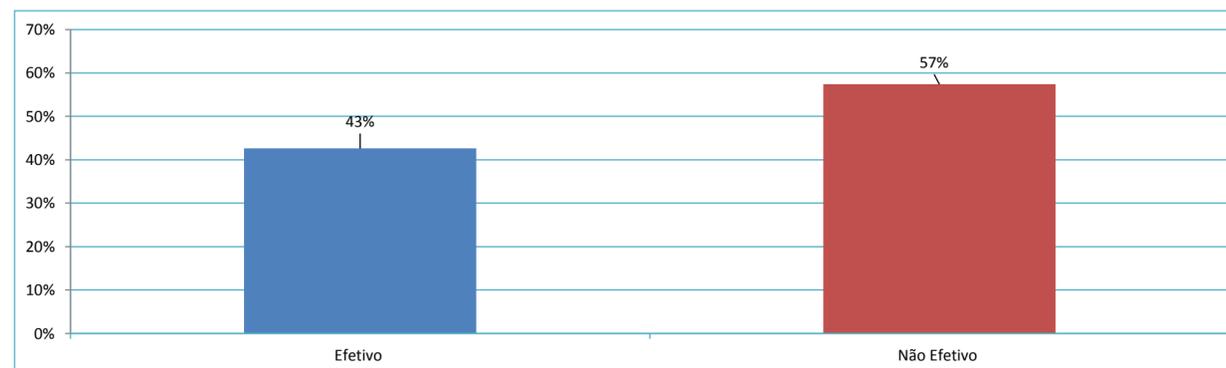


Gráfico Nº 19 - Conhecimento sobre o papel de género Efetivo/Não Efetivo (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao conhecimento dos alunos sobre o papel de género. Verifica-se resultados distintos nos vários Estabelecimentos distintos: este conhecimento é efetivo em 100% na EB Santiago; na EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira é efetivo em 50%; não efetivo na EB Augusto Gomes (96%) e na EB Padre Manuel Castro (100%). Na globalidade este conhecimento é não efetivo em 57% (Σ %).

Tabela Nº 11 - Atitude face ao consumo de substâncias psicoativas por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	21	84%	4	16%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	36	82%	8	18%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	18	90%	2	10%	20	17%
EB Santiago	21	81%	5	19%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	96	83%	19	17%	115	100%

Gráfico Nº 20 - Atitude face ao consumo de substâncias psicoativas por Estabelecimento de Ensino

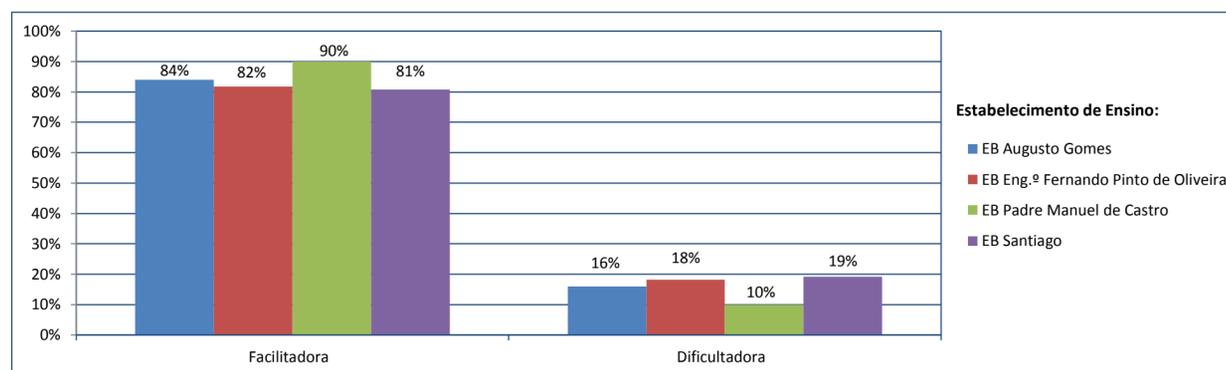
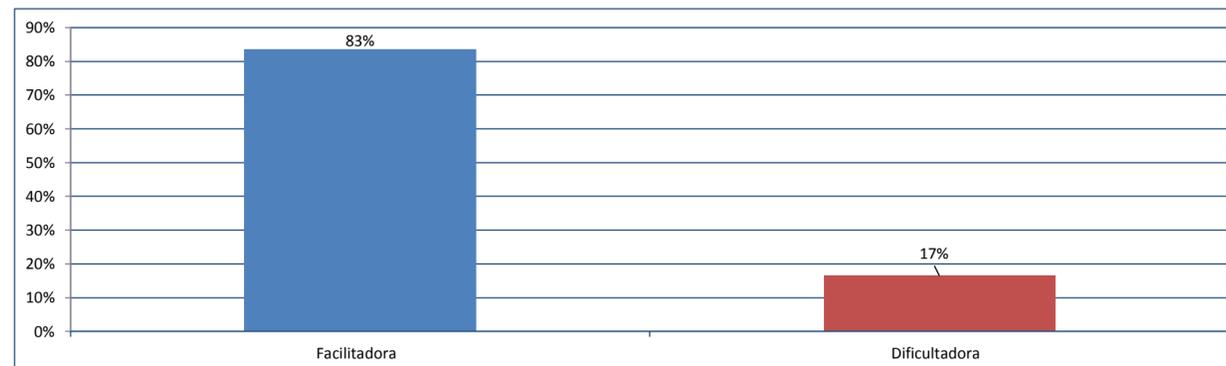


Gráfico Nº 21 - Atitude face ao consumo de substâncias psicoativas Facilitadora/ Dificultadora (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se à atitude dos alunos face ao consumo de substâncias psicoativas. Verifica-se uma atitude facilitadora em mais de 80% em todos os Estabelecimentos de Ensino. Na globalidade a atitude face ao consumo de substâncias psicoativas é facilitadora em 83% (Σ %).

Tabela Nº 12 - Atitude face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do tablet, do telemóvel e da internet por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	12	48%	13	52%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	24	55%	20	45%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	10	50%	10	50%	20	17%
EB Santiago	10	38%	16	62%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	56	49%	59	51%	115	100%

Gráfico Nº 22 - Atitude face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do tablet, do telemóvel e da internet por Estabelecimento de Ensino

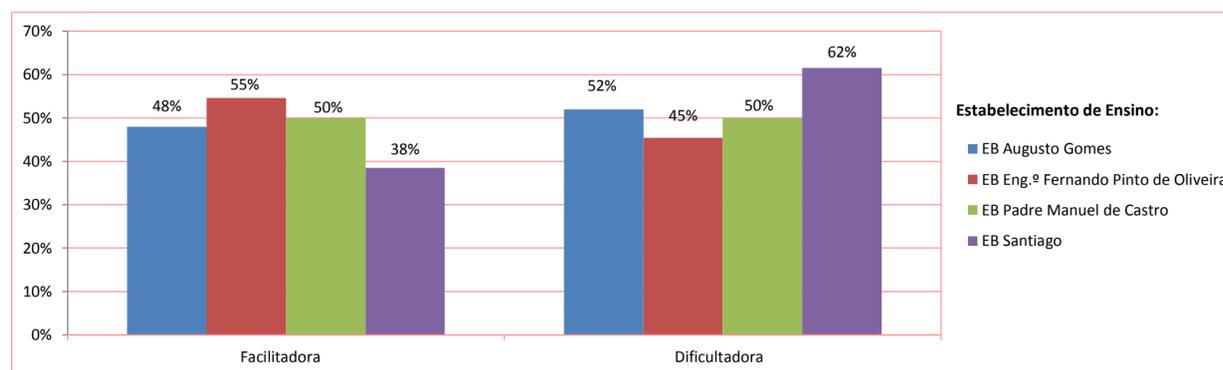
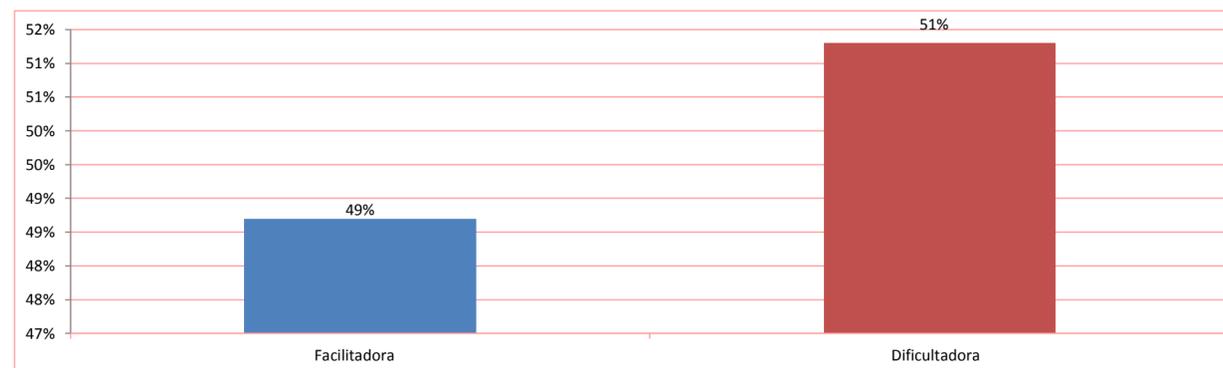


Gráfico Nº 23 - Atitude face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do tablet, do telemóvel e da internet Facilitadora/ Dificultadora (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se à atitude dos alunos face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do tablet, do telemóvel e da internet. Na globalidade esta atitude é dificultadora em 51% (Σ %).

Tabela Nº 13 - Comportamento face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do tablet, do telemóvel e da internet por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Facilitador	Facilitador	Difcultador	Difcultador	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	11	44%	14	56%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	23	52%	21	48%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	15	75%	5	25%	20	17%
EB Santiago	18	69%	8	31%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	67	58%	48	42%	115	100%

Gráfico Nº 24 - Comportamento face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do tablet, do telemóvel e da internet por Estabelecimento de Ensino

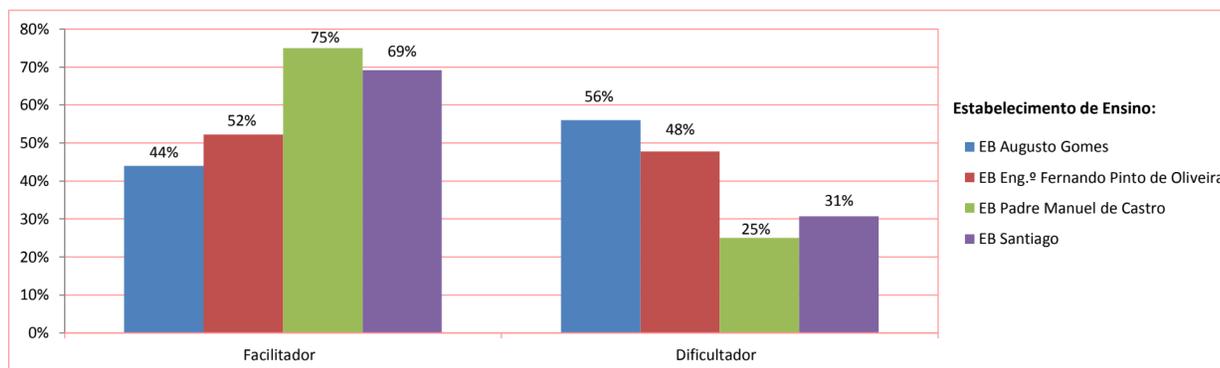
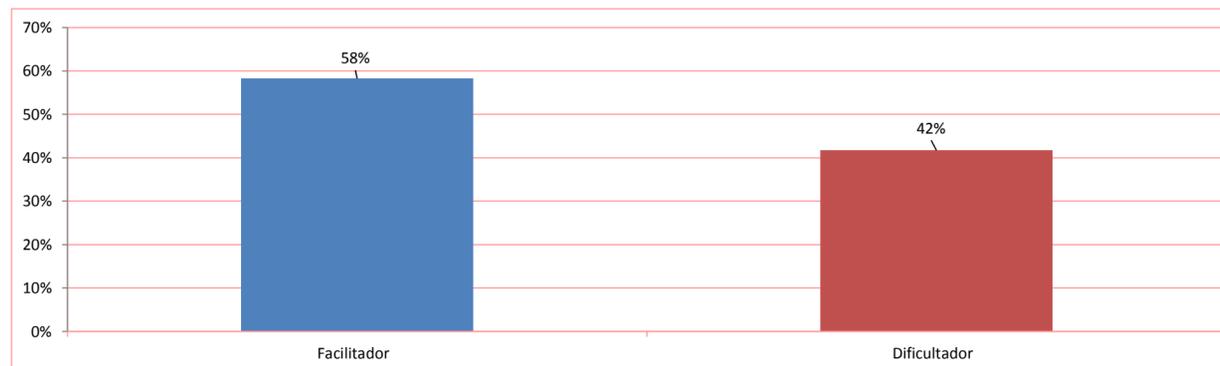


Gráfico Nº 25 - Comportamento face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do tablet, do telemóvel e da internet Facilitadora/Difcultadora (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se ao comportamento dos alunos face à utilização do computador, da televisão, dos jogos, da consola, do tablet, do telemóvel e da internet. Verifica-se que este comportamento é difcultador na EB Padre Manuel Castro(56%). Na globalidade este comportamento é facilitador em 58%(Σ %).

Tabela Nº 14 - Atitude face à orientação sexual dos outros por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	0	0%	25	100%	25	22%
EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira	0	0%	44	100%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	12	60%	8	40%	20	17%
EB Santiago	26	100%	0	0%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	38	33%	77	67%	115	100%

Gráfico Nº 26 - Atitude face à orientação sexual dos outros por Estabelecimento de Ensino

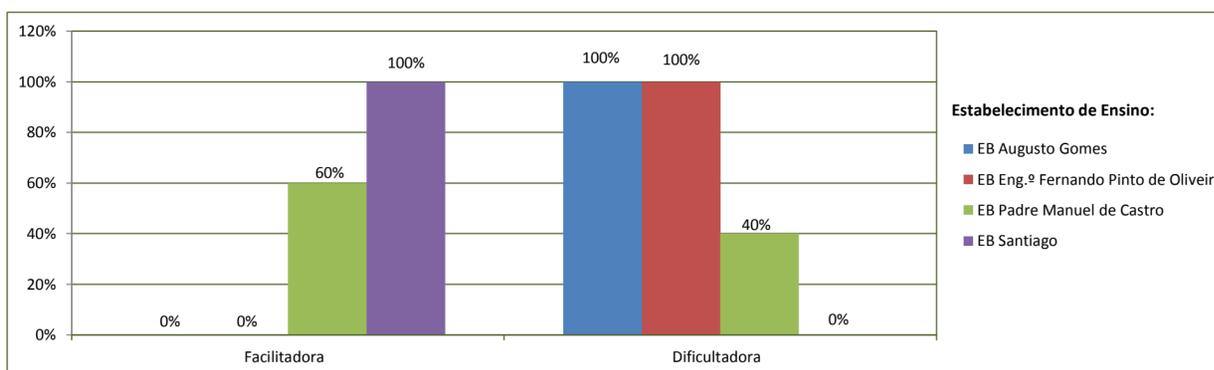
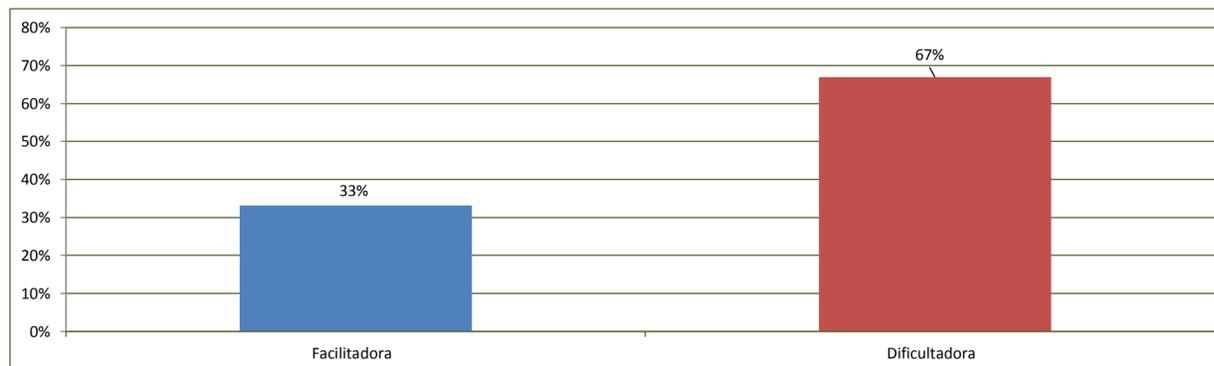


Gráfico Nº 27 - Atitude face à orientação sexual dos outros Facilitadora/ Dificultadora (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se à atitude dos alunos face à orientação sexual dos outros. Verificam-se resultados díspares entre os Estabelecimentos de Ensino: atitude facilitadora na EB Padre Manuel Castro(60%) e EB Santiago(100%) e uma atitude dificultadora em 100% na EB Augusto Gomes e EB Eng.º Fernando Pinto de Oliveira. Na globalidade esta atitude é dificultadora em 67% (Σ %).

Tabela Nº 15 - Atitude face a uma situação de abuso por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Facilitadora	Facilitadora	Dificultadora	Dificultadora	Σ	Σ %
EB Augusto Gomes	19	76%	6	24%	25	22%
	35	80%	9	20%	44	38%
EB Padre Manuel de Castro	19	95%	1	5%	20	17%
EB Santiago	21	81%	5	19%	26	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	94	82%	21	18%	115	100%

Gráfico Nº 28 - Atitude face a uma situação de abuso por Estabelecimento de Ensino

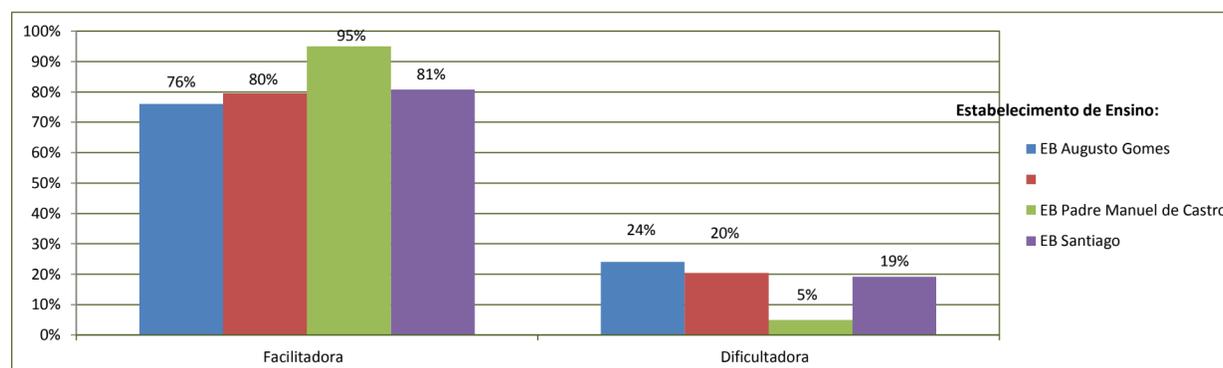
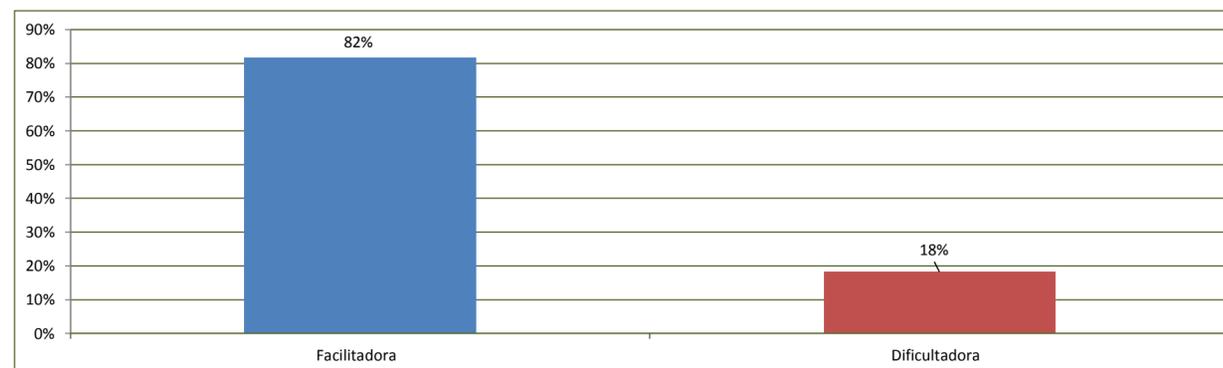


Gráfico Nº 29 - Atitude face a uma situação de abuso Facilitadora/ Dificultadora (Σ %)



Descrição

Os dados referem-se à atitude dos alunos face a uma situação de abuso. Na globalidade esta atitude é facilitadora, em 82% (Σ %).

Anexo H Apresentação do Projeto Decidir para Agir aos Encarregados de Educação

O que é ?

- **Projeto longitudinal** (de 2014 a 2023);
- **Centrado na prevenção de:**
 - Consumo de substâncias psicoativas;
 - Comportamentos aditivos sem substância;
 - Comportamentos associados à sexualidade;
- **População alvo:** alunos com início no 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB) até ao 12º ano, encarregados de educação e professores.

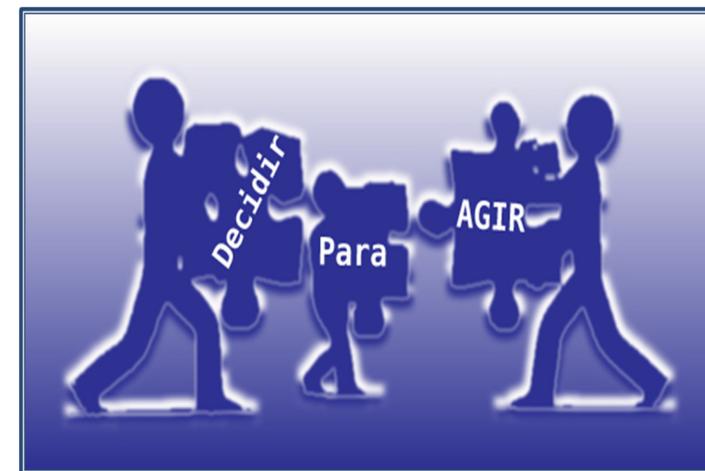
*“Boas Decisões Hoje,
Serão
Comportamentos
Saudáveis Amanhã”*

USP DE MATOSINHOS

Morada:
Rua Alfredo Cunha, 365 - 1.º
4450-021 Matosinhos

Email: ulsm.ucp@gmail.com

Projeto de Intervenção Comunitária



Unidade de Saúde Pública de Matosinhos
Unidades de Cuidados na Comunidade da
ULS de Matosinhos
Universidade Católica Portuguesa Porto

Projeto “Decidir para Agir”

Objetivo

Promover uma gestão comunitária eficaz para a promoção de competências para a vida promotoras de um projeto de vida saudável que apenas é possível através de uma ação focada nos três intervenientes:

- Encarregados de Educação (Papel Parental);
- Docentes (Papel Profissional);
- Alunos (na sua Tomada de Decisão).



Empoderamento Comunitário

Projeto de Intervenção Comunitária



Unidade de Saúde Pública de Matosinhos | Universidade Católica Portuguesa – Porto

Porto, 15 de Setembro de 2014

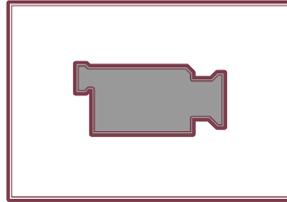
Enquadramento do Projeto

- ▶ Os acontecimentos que ocorrem nos primeiros anos de vida tem um impacto na saúde ao longo do ciclo de vida

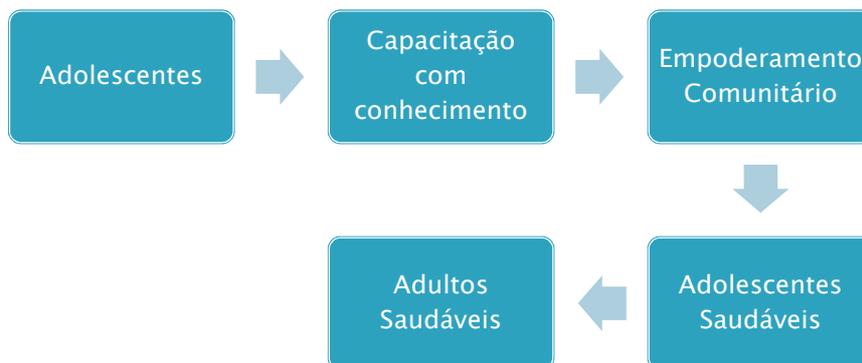


É importante investir numa intervenção preventiva eficaz em relação aos comportamentos de risco para a saúde que possam ser adquiridos na adolescência.

As Crianças são o Espelho dos Adultos

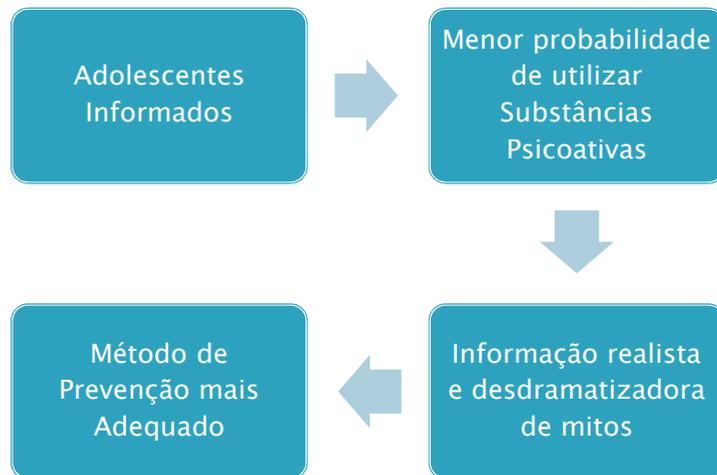


Enquadramento do Projeto



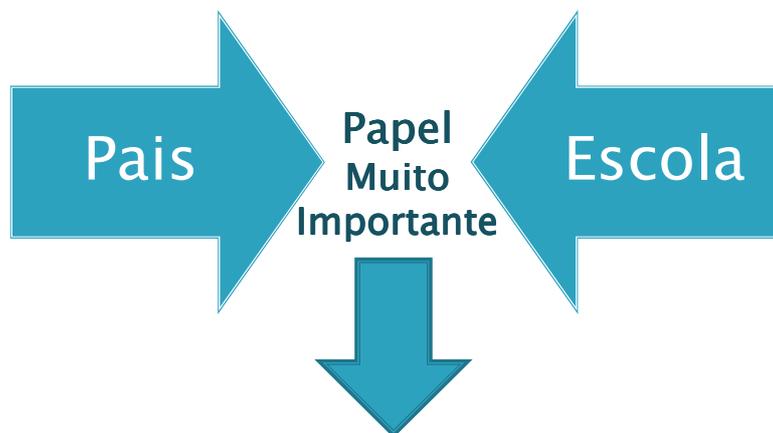
Fonte: OMS

Enquadramento do Projeto



"Os adolescentes precisam estar envolvidos nas decisões e nas ações." (World Health Organization, 2014)

Enquadramento do Projeto



Proteção da saúde e no desenvolvimento dos adolescentes

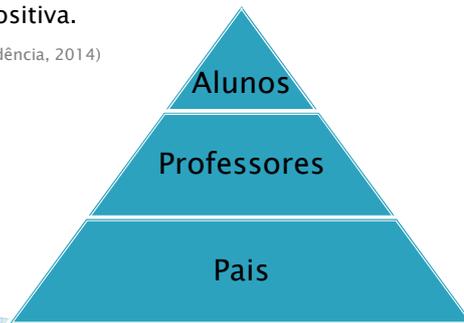
(World Health Organization, 2014)

Enquadramento do Projeto

- **Abordagem deve ser centrada:**

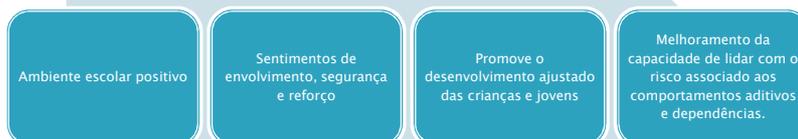
- Formação dos professores;
- Medidas centradas na família para melhorar as competências parentais;
- Medidas destinadas a melhorar a participação dos estudantes e a promover uma cultura de escola positiva.

(Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2014)



Intervenção Escolar

- ▶ A escola é um espaço onde as crianças e os jovens estão grande parte do seu dia-a-dia;
- ▶ Acompanha permanentemente as primeiras etapas do ciclo de vida;
- ▶ Não se constitui apenas como um contexto de aprendizagens formais, mas também de socialização e de outras aprendizagens, nomeadamente sobre conduta afetiva, social e ética.



Enquadramento do Projeto

- ▶ O projeto “Decidir para Agir” prevê uma abordagem:
 - **Processos intencionais:**
 - conhecimento, valores, crenças, atitudes;
 - **Processos não intencionais:**
 - respostas fisiológicas;
 - **Processos de interação com o ambiente:**
 - Ambiente social, político, económico, cultural e organizacional.

“Decidir para Agir”

- ▶ Projeto longitudinal (de 2014 a 2023);
- ▶ **População alvo:** alunos com início no 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB) até ao 12º ano, encarregados de educação e professores.

Objetivos



O Projeto Será Centrado na Prevenção



Plano Curricular para Alunos do 3º ano do 1º CEB

O SEU CORPO

- ▶ Identificar fenómenos relacionados com algumas das funções vitais:
 - digestão (sensação de fome, enfiamento...);
 - circulação (pulsção, hemorragias...);
 - respiração (movimentos respiratórios, falta de ar...).
- ▶ Conhecer as funções vitais (digestiva, respiratória, circulatória, excretora, reprodutora/sexual).
- ▶ Conhecer alguns órgãos dos aparelhos correspondentes (boca, estômago, intestinos, coração, pulmões, rins, genitais):

Plano Curricular para Alunos do 3º ano do 1º CEB

- ▶ Localizar esses órgãos em representações do corpo humano.
- ▶ Reconhecer situações agradáveis e desagradáveis e diferentes possibilidades de reacção (calor, frio, fome, conforto, dor...).
- ▶ Reconhecer estados psíquicos e respectivas reacções físicas (alegria/riso, tristeza/choro, medo/tensão...).
- ▶ Reconhecer alguns sentimentos (amor, amizade...) e suas manifestações (carinho, ternura, zanga...).

A SAÚDE DO SEU CORPO

- ▶ Reconhecer a importância do ar puro e do sol para a saúde.
- ▶ Identificar perigos do consumo de álcool, tabaco e outras drogas.

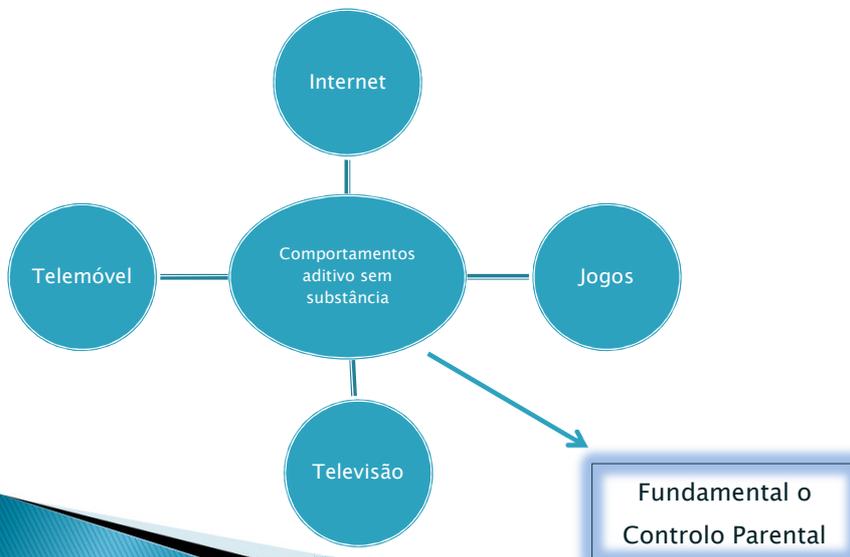
Portaria nº 196-A/2010 de 9 de Abril

Ciclo de Escolaridade	Conteúdos
1º Ciclo (1º ao 4º anos)	<ul style="list-style-type: none">• Noção do corpo;• O corpo em harmonia com a Natureza e o seu ambiente social e cultural;• Noção de família;• Diferenças entre rapazes e raparigas;• Proteção do corpo e noção dos limites dizendo não às aproximações abusivas. <p><small>1. Pode haver necessidade de desenvolver temas como dúvidas ou problemas de identidade de género, ou necessidade de proteger o corpo (alunos do 3º e 4º anos de escolaridade).</small></p>

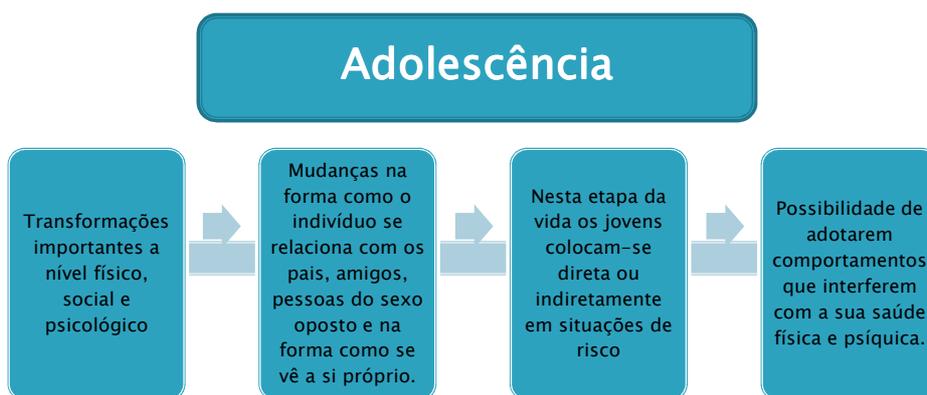
Comportamentos Associados ao Consumo de Substâncias Psicoativas

- ▶ O consumo de álcool e outras substâncias psicoativas durante a adolescência podem comprometer o desenvolvimento, tanto ao nível biológico, interrompendo ou prejudicando a sua maturação, como ao nível psicossocial, envolvendo os adolescentes em situações relacionais e comportamentais com consequências imprevisíveis.

Comportamentos Aditivos Sem Substância



Comportamentos Associados À Sexualidade



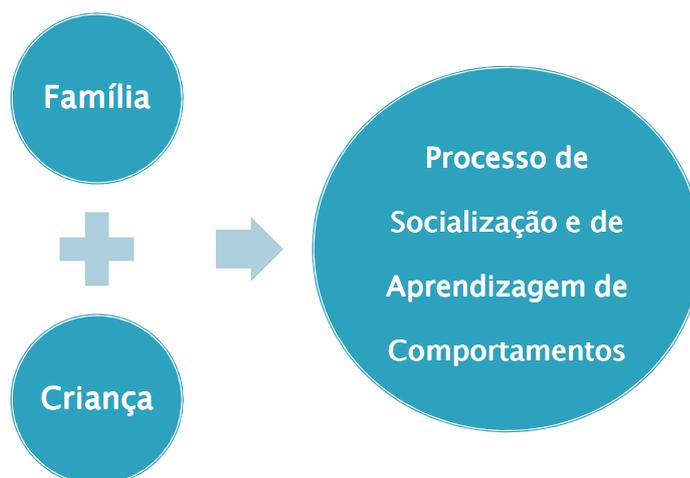
Comportamentos Associados À Sexualidade

Adolescência:

“uma passagem perigosa, de grande instabilidade emocional e caracterizada por significativas alterações desenvolvimentais sendo que representa um período de maior vulnerabilidade para a ocorrência de abuso na intimidade”.

(Caridade & Machado, 2011, cit. por Fernandes 2013).

Comportamentos Associados À Sexualidade



Comportamentos Associados À Sexualidade



Condutas são muito comuns nas relações de namoro e intimidade.

Como irá decorrer o Projeto “Decidir para Agir”

1ª Fase

- Aplicação do instrumento de colheita de dados aos professores;
- Aplicação do instrumento de colheita de dados aos encarregados de educação.

2ª Fase

- 1ª Avaliação do grupo de alunos;
- Aplicação do instrumento de colheita de dados aos alunos.

3ª Fase

- 1ª Intervenção nos três grupos

Dúvidas?



*“Boas Decisões Hoje, Serão Comportamentos Saudáveis
Amanhã”*

▶ *Obrigada pela Vossa Atenção ...*

*As alunas de Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária da
Universidade Católica Portuguesa*

*Andreia Silva
Mariana Sousa*

Anexo I Definição de prioridades

Definição de Prioridades

Projeto Decidir para Agir



Escala de medida linear

Comparação por Pares

Técnicas Gerais de Ordenação



Escala de medida linear

- Consiste numa escala contínua de 0 a 1.00, sendo este o valor correspondente à prioridade Máxima;
- Cada membro do grupo de determinação de prioridades atribui um valor desta escala a cada problema, ordenando-os, no final pela média dos valores obtidos entre todos os elementos.

Técnicas Gerais de Ordenação



Comparação por pares

- Esta técnica permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com todos os outros;
- Para cada par indica-se qual o problema mais importante, sendo possível fazer a ordenação final a partir da contagem do número de vezes que cada problema foi selecionado como sendo o mais importante

Problemas Identificados / Papel Parental

Conhecimento sobre os tipos de SPA Não demonstrado

Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA Não demonstrado

Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não demonstrado

Conhecimento sobre Sinais de alerta de CASS Não demonstrado

Conhecimento sobre papel de género não demonstrado

Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não demonstrado

Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não demonstrado

Problemas Identificados / Papel Parental

Crença sobre a abordagem ao tema das SPA em família facilitadora

Crença sobre o consumo de SPA facilitadora

Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade facilitadora

Crença na Proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais facilitadora

Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade facilitadora

Crença sobre sexualidade e reprodução facilitadora

Identificação e Aceitação da identidade sexual dos filhos ausente

Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/IST diagnosticada/abuso na adolescência facilitadora

Problemas Identificados / Papel Profissional

Conhecimento sobre os tipos de SPA Não demonstrado

Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA Não demonstrado

Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA Não demonstrado

Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não demonstrado

Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não demonstrado

Problemas Identificados / Papel Profissional

Crença na participação em ações de prevenção do consumo de SPA facilitadora

Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de SPA existentes na comunidade facilitadora

Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância facilitadora

Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais facilitadora

Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de CASS existentes na comunidade facilitadora

Problemas Identificados / Papel Profissional

Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade facilitadora

Crença sobre sexualidade e reprodução facilitadora

Identificação e aceitação da identidade sexual dos alunos ausente

Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/Gravidez na adolescência/IST diagnosticada facilitadora

Técnicas de Definição de Prioridades – Papel Parental

No diagnóstico realizado através da aplicação de inquéritos durante o mês Junho foram identificados os seguintes problemas relacionados com o Foco de Atenção “Conhecimento”:

1. Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo;
2. Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo;
3. Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo;
4. Conhecimento sobre sinais de alerta de CASS não efetivo;
5. Conhecimento sobre papel de género não efetivo;
6. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo;
7. Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo;

Relativamente ao Foco de Atenção “Atitude” foi identificada a “Identificação e Aceitação da identidade sexual dos filhos dificultadora” como sendo a Crença a trabalhar com este grupo alvo.

No sentido de priorizar as necessidades identificadas previamente, sentiu-se a urgência de aplicar a Técnica de Escala de Medida Linear, sendo esta preenchida em reunião de peritos, na qual se encontravam representantes da USP de Matosinhos, das UCC da Senhora da Hora, Leça da Palmeira, Matosinhos e S. Mamede Infesta e da UCP-ICS. Desta reunião surgiram os seguintes dados:

$$P1: 0,8+0,8+0,6+0,3+0,4+0,8+0,5+0,7 = 0,6$$

$$P2: 0,8+0,9+0,4+0,6+0,7+0,8+1+0,9 = 0,76$$

$$P3: 1+0,9+0,8+1+1+1+0,6+0,7 = 0,88$$

$$P4: 1+0,8+0,8+0,9+0,9+1+0,3+0,4 = 0,76$$

$$P5: 0,8+0,8+0,6+0,5+0,4+0,8+0,9+0,8 = 0,73$$

$$P6: 1+1+0,6+0,7+0,6+1+0,8+0,7 = 0,80$$

$$P7: 1+1+0,6+0,8+0,4+1+0,4+0,7 = 0,74$$

Após análise dos dados obtidos foi possível verificar-se a seguinte ordem de prioridades das necessidades identificadas:

1. Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo;
2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo;
3. Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo;
3. Conhecimento sobre Sinais de alerta de CASS não efetivo;
4. Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo;
5. Conhecimento sobre papel de género não efetivo;
6. Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo.

Os dados obtidos demonstram a necessidade sentida pelos peritos de iniciar a intervenção pelas partes tendo como finalidade a intervenção no todo.

No sentido de corroborar a escolha efetuada pelos mesmos foi utilizada uma segunda técnica de priorização de necessidades: o “Método de Comparação por Pares”.

No Quadro I são apresentados os resultados da priorização realizada pelos mesmos peritos tendo em conta o método assinalado.

Quadro I: Priorização das necessidades identificadas relacionadas com o Foco Conhecimento no Diagnóstico do Papel Parental

Peritos	P1
P1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo; 3. Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo.
P2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo;

	3. Conhecimento sobre papel de género não efetivo.
P3	<u>Não preencheu</u>
P4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo; 2. Conhecimento sobre Sinais de alerta de CASS não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo; 3. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo.
P5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo; 1. Conhecimento sobre Sinais de alerta de CASS não efetivo; 2. Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo; 3. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo.
P6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo; 3. Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo.
P7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo; 2. Conhecimento sobre papel de género não efetivo; 3. Conhecimento sobre Sinais de alerta de CASS não efetivo.
P8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo; 2. Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo; 2. Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo;

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo; 3. Conhecimento sobre sinais de alerta de CASS não efetivo.
--	---

Dado o escasso período de tempo disponível para a realização da intervenção, opta-se por escolher a primeira necessidade priorizada “Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes não efetivo” como elemento orientador do início da intervenção com o grupo de encarregados de educação, sendo posteriormente as outras necessidades intervencionadas com o decorrer do tempo. Verifica-se que a necessidade de intervenção selecionada encontra-se também no Quadro I como uma das necessidades a intervir primeiramente, surgindo nas escolhas de todos os peritos com exceção do segundo e do último perito. É de salientar a ausência da identificação do problema considerado prioritário verificada na avaliação dos peritos nº 2 e nº 7. Este facto pode prender-se com o facto de terem sido estes que efetuaram o tratamento dos dados provenientes do preenchimento dos questionários, pelo que poderão ter sido influenciados na execução das técnicas de priorização de necessidades.

A intervenção dirigida a esta necessidade decorrerá durante o mês de Janeiro de 2015 e será utilizada uma metodologia expositiva/participativa, como é possível observar no Anexo I referente ao planeamento da sessão de intervenção. Nesta mesma sessão será também abordado o Foco de Atenção “Atitude” no qual serão trabalhadas as crenças dos encarregados de educação face ao tema da Identificação e Aceitação da Identidade Sexual dos alunos.

Técnicas de Definição de Prioridades – Papel Profissional

No diagnóstico realizado através da aplicação de inquéritos durante o mês Junho foram identificados os seguintes problemas relacionados com o Foco de Atenção “Conhecimento”:

1. Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo;
2. Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo;
3. Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA não efetivo;
4. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo;
5. Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo;

Relativamente ao Foco de Atenção “Atitude” foi identificada a “Identificação e Aceitação da identidade sexual dos alunos dificultadora” como sendo a Crença a trabalhar com este grupo alvo.

No sentido de priorizar as necessidades identificadas previamente, aplicou-se a Técnica de Escala de Medida Linear, sendo esta preenchida em reunião de peritos, na qual se encontravam representantes da USP de Matosinhos, das UCC da Senhora da Hora, Leça da Palmeira, Matosinhos e S. Mamede Infesta e da UCP-ICS. Desta reunião surgiram os seguintes dados:

$$P1: 0,8+0,9+0,5+0,4+0,2+0,8+0,5+0,6 = 0,59$$

$$P2: 0,8+0,8+0,7+0,7+0,8+0,8+1+0,9 = 0,81$$

$$P3: 0,8+0,8+0,7+1+0,7+0,8+0,7+0,8 = 0,79$$

$$P4: 1+1+0,5+0,9+0,6+1+0,9+1 = 0,86$$

$$P5: 1+1+0,5+0,8+0,6+1+0,6+0,8 = 0,79$$

Após análise dos dados obtidos foi possível verificar-se a seguinte ordem de prioridades das necessidades identificadas:

1. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo;
2. Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo;

3. Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA não efetivo;
3. Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo;
4. Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo.

No sentido de corroborar a escolha efetuada pelos mesmos foi utilizada uma segunda técnica de priorização de necessidades: o “Método de Comparação por Pares”.

No Quadro I são apresentados os resultados da priorização realizada pelos mesmos peritos tendo em conta o método assinalado.

Quadro I: Priorização das necessidades identificadas relacionadas com o Foco Conhecimento no Diagnóstico do Papel Profissional

Peritos	P1
P1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo; 3. Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo.
P2	<ol style="list-style-type: none"> 1. . Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo; 3. Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo.
P3	<u>Não preencheu</u>
P4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo; 3. Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo.

<p style="text-align: center;">P5</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo; 2. Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA não efetivo; 3. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo.
<p style="text-align: center;">P6</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. . Conhecimento sobre métodos de prevenção de IST na adolescência não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo; 3. Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo.
<p style="text-align: center;">P7</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo; 3. Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA não efetivo.
<p style="text-align: center;">P8</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA não efetivo; 2. Conhecimento sobre idade de início do consumo de SPA não efetivo; 2. Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo; 3. Conhecimento sobre os tipos de SPA não efetivo.

À semelhança dos dados obtidos através da aplicação de questionários no grupo dos encarregados de educação, verifica-se que o problema identificado como sendo o mais significativo na primeira técnica utilizada (Escala de Medida Linear) surge também como uma das necessidades prioritárias quando se procede à aplicação do segundo método de priorização de necessidades (Comparação por pares).

Deste modo, pode-se concluir que o “Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo” é considerado, na opinião dos peritos consultados, o problema de maior relevância e com maior necessidade de intervenção no grupo de docentes integrados no projeto de intervenção comunitária “Decidir para Agir”.

Anexo J Sessão de Intervenção com os Encarregados de
Educação

Planeamento da 1ª Sessão de Intervenção

Papel Parental



Encarregados de Educação dos Alunos do 3º Ano
do 1º Ciclo do Ensino Básico

EB1 Padre Manuel de Castro

EB1 Augusto Gomes

EB1 Santiago

EB1 Eng.º Fernando Pinto de Oliveira

Planeamento da 1ª Sessão de Intervenção – Papel Parental

Encarregados de Educação dos Alunos do 3º Ano do 1º Ciclo do Ensino Básico

Equipa do Projeto: Professor Pedro Melo

Andreia Silva

Mariana Sousa

Âmbito da Intervenção: A intervenção realiza-se no âmbito do projeto de intervenção comunitária Decidir para Agir.

Dinamizadoras: Andreia Silva e Mariana Sousa.

Orientação: Professor Pedro Melo, Enfermeira Teresa Cardoso e Enfermeira Alice Martins.

Parcerias: Instituto Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Unidade de Cuidados na Comunidade Senhora da Hora, Unidade de Cuidados na Comunidade de Leça da Palmeira, Unidade de Cuidados na Comunidade de Matosinhos, Unidade de Cuidados na Comunidade de S. Mamede Infesta.

Locais da sessão: Sala de aula da turma dos alunos do 3º Ano do 1º Ciclo do Ensino Básico da EB1 Augusto Gomes, sala de aula da turma 5 dos alunos do 3º Ano do 1º Ciclo do Ensino Básico da EB1 Eng.º Fernando Pinto de Oliveira, biblioteca da EB1 Padre Manuel Castro e sala de aula da turma dos alunos do 3º Ano do 1º Ciclo do Ensino Básico da EB1 Santiago.

Datas e horário das sessões:

Cada sessão terá a duração de 90 minutos.

EB1 Padre Manuel de Castro – 9 de Janeiro de 2015 às 18h00;

EB1 Augusto Gomes – 6 de Janeiro de 2015 às 18h00;

EB1 Santiago – 16 de Janeiro de 2015 às 18h15;

EB1 Eng.º Fernando Pinto de Oliveira – 13 de Janeiro de 2015 às 18h00.

Participantes: Todos os encarregados de educação dos alunos da turma do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico da EB1 Padre Manuel de Castro, todos os encarregados de educação dos alunos da turma do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico da EB1 Augusto Gomes, todos os encarregados de educação dos alunos da turma do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico da EB1 Santiago e todos os encarregados de educação dos alunos das turmas 5 e 6 do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico da EB1 Eng.º Fernando Pinto de Oliveira.

Tabela 1: Fixação de Objetivos e Seleção de Estratégias e Atividades de Intervenção

Área de Intervenção	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Objetivo Operacional	Estratégias	Método/ Técnica Pedagógica
Empoderamento Comunitário	Promover a liderança dos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico.	Promover a coesão do grupo de encarregados de educação.	Que 50% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem interesse em participar nas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto Decidir para Agir.	Incentivar a realização de iniciativas de coesão do grupo e conhecimento dos pares dos integrantes do projeto Decidir para Agir.	- <u>Método Ativo:</u> Discussão/Debate de ideias.
Consumo de Substâncias Psicoativas (SPA)	Promover o Papel Parental Eficaz nos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico.	Aumentar o conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de substâncias psicoativas dos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico.	- Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores individuais influenciadores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade; - Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores individuais protetores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade;	- Ensinar os encarregados de educação sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de substâncias psicoativas; - Advogar sobre a importância da utilização de fatores protetores na prevenção do consumo de substâncias psicoativas	- <u>Método Expositivo/Ativo:</u> - Apresentação de história com várias opções de escolha e diferentes desfechos, que serão decididos e discutidos em conjunto entre todos os membros; - Debate de ideias utilizando excerto de vídeos.
Comportamentos Aditivos sem Substância		Aumentar o conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores de comportamentos aditivos sem substância dos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico.	- Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores individuais protetores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade;	- Advogar sobre a importância da utilização de fatores protetores na prevenção de comportamentos aditivos sem substância.	
Comportamentos associados à sexualidade		Aumentar o conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores de comportamentos de risco associados à sexualidade dos encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico.	- Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores familiares influenciadores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade; - Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores familiares protetores do consumo de	- Ensinar os encarregados de educação sobre fatores influenciadores e fatores protetores de comportamentos de risco associados à sexualidade; - Advogar sobre a importância da utilização de fatores protetores na prevenção de comportamentos de risco associados à sexualidade.	

			<p>substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade;</p> <p>- Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores escolares influenciadores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade;</p> <p>- Que 60% dos encarregados de educação participantes (n=23) demonstrem conhecimento sobre fatores escolares protetores do consumo de substâncias psicoativas, de comportamentos aditivos sem substância e de comportamentos de risco associados à sexualidade.</p>		
--	--	--	---	--	--

Tabela 2: Esquema da Intervenção

Etapas	Tempo	Estratégia	Atividades		Descrição
			Método Pedagógico	Recursos	
Plano Prévio	5 Minutos				- Preparar e organizar todo o material necessário para a intervenção.
Introdução	20 Minutos	- Incentivar a participação dos encarregados de educação na sessão de intervenção.	Expositivo (exposição) / Interrogativo (formulação de perguntas).	- 1 <i>Data show</i> ; - 1 Computador; - 1 Gravador; - Novelos de lã.	- Acolhimento formal; - Apresentação da equipa; - Quebra-Gelo “Novelo de Lã”; - Aspectos chave a abordar: - Chamo-me... - Sou mãe/pai do(a) - Sou importante neste projeto porque... - Apresentação da temática que será abordada.
Desenvolvimento	60 Minutos	- Ensinar os encarregados de educação sobre fatores influenciadores e fatores protetores (individuais, familiares e escolares) do consumo de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos sem substância e comportamentos de risco associados à sexualidade; - Advogar sobre a importância da utilização de fatores protetores (individuais, familiares e escolares) na prevenção do consumo de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos sem substância e comportamentos de risco associados à sexualidade.	Expositivo (exposição) / Ativo (discussão, debate de ideias) / Interrogativo (formulação de perguntas).	- 1 <i>Data show</i> ; - 1 Computador; - 1 Coluna de som.	- Apresentação de história com várias opções de escolha e diferentes desfechos, que serão decididos e discutidos em conjunto entre todos os membros; - Debate de ideias apresentado excertos de vídeos.
Conclusão	10 Minutos	- Promover a coesão do grupo de encarregados de educação através do convívio e fotografia de grupo; - Incentivar a realização de iniciativas de coesão do grupo e conhecimento dos pares integrantes no projeto Decidir para Agir; - Aplicar um breve questionário de perguntas de escolha múltipla para avaliação de conhecimentos; - Dar folheto sobre fatores influenciadores e fatores protetores.	Ativo (discussão, debate de ideias)	- 1 Máquina fotográfica; - 1 tripé; - Fotocópias.	- Apresentar a síntese da sessão; - Referir planeamentos futuros de intervenção; - Propor a realização de uma hora de chá, café concerto ou tertúlia com todos os encarregados de educação da escola e restantes membros da equipa do projeto Decidir para Agir; - Sugerir a criação de um grupo de trabalho organizador constituído por alguns elementos (2/3) do conjunto de encarregados de educação.

Bibliografia

1. **CIPE (2011)** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2.0, trad. Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

Empoderamento Comunitário

Projeto de Intervenção Comunitária

“Decidir para Agir”



Unidade de Saúde Pública de Matosinhos | Universidade Católica Portuguesa – Porto

Porto, Janeiro de 2015

Eu sou importante no projeto Decidir para Agir



Nome

Pai do/a

Sou importante neste projeto porque...



Eu sou importante no projeto Decidir para Agir



Na escola do João prepara-se
uma visita de estudo que vai
durar um fim-de-semana...

O João está muito entusiasmado com a
atividade e pergunta aos pais Isabel e
António se pode ir à visita



Que atitude parental escolhia?



A

Os pais do João dizem logo que não! Nem pensar nisso! Não querem falar mais sobre o assunto. Motivam o João a não querer participar na atividade.



Que atitude parental escolhia?



B

Os pais do João estavam distraídos com o computador que nem ouviram o que o João perguntou. Um mês depois o João volta a referir a atividade e não se lembram do João ter falado sobre isso mas dizem que se ele quiser ir que eles permitem. Não estão preocupados com os preparativos nem em receber mais informações sobre a atividade (local, responsáveis, contactos, ...)



Que atitude parental escolhia?

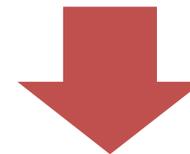


C

O António e a Isabel querem saber mais sobre a atividade e dialogam sobre o assunto. Questionam a motivação do João para esta atividade e planeiam em conjunto, estabelecendo regras a cumprir durante a atividade. Contactam o responsável na escola pela atividade para obterem mais informações sobre a atividade e motivam o João a participar.



Fatores de Risco e Fatores de Proteção



Fatores de risco:

Características, variáveis ou condições que aumentam a probabilidade de ocorrência, manutenção ou agravamento de uma perturbação.

Fatores protetores:

Características, variáveis ou condições que inibem, reduzem ou atenuam a probabilidade de ocorrência de uma perturbação, seja esta influência direta ou através da diminuição do efeito de exposição aos fatores de risco.



Que atitude parental escolhia?

Nível Familiar

Fatores de Risco

- Atitude educativa permissiva ou autoritária
- Conflito familiar
- Padrões de comunicação negativos
- Problemas na vinculação entre pais e educandos
- Relações afetivas deterioradas ou inconsistentes
 - Hiper- envolvimento
 - Hiper- distanciamento
- Baixas expectativas de sucesso
- Uso de substâncias lícitas/ilícitas pelos pais

Nível Familiar

Fatores de Proteção

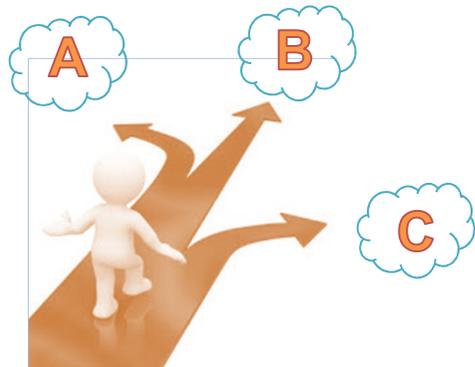
- Oportunidades de participação na vida familiar e reforço
- Atitude educativa democrática
- Regras claras e adequadas à idade
- Práticas disciplinares positivas
- Tradições e rituais familiares
- Padrões de comunicação claros
- Família coesa e apoiante, com fronteiras claras e padrão de vinculação saudável
- Supervisão e envolvimento nas atividades dos educandos
- Expectativas elevadas e realistas

Fatores de Risco e Fatores de Proteção

Nível Familiar

Risco	Proteção
<ul style="list-style-type: none"> Atitude educativa permissiva ou autoritária Conflito familiar Padrões de comunicação negativos Problemas na vinculação entre pais e educandos Relações afetivas deterioradas ou inconsistentes <ul style="list-style-type: none"> Hiper-envolvimento Hiper-distanciamento Baixas expectativas de sucesso Uso de substâncias lícitas/ilícitas pelos pais 	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidades de participação na vida familiar e reforço Atitude educativo democrático Regras claras e adequadas à idade Práticas disciplinares positivas Tradições e rituais familiares Padrões de comunicação claros Família coesa e apoiante, com fronteiras claras e padrão de vinculação saudável Supervisão e envolvimento nas atividades dos educandos Expectativas elevadas e realistas

E na criança? Quais são os fatores de risco e proteção?



Fatores de Risco e Fatores de Proteção

Nível Individual

Risco

- Temperamento difícil
- Idade
- Abuso físico, sexual ou emocional
- Rebeldia
- Impulsividade
- Procura de sensações
- Problemas de comportamento precoces e persistentes
- Dificuldades de relacionamento com os outros

Proteção

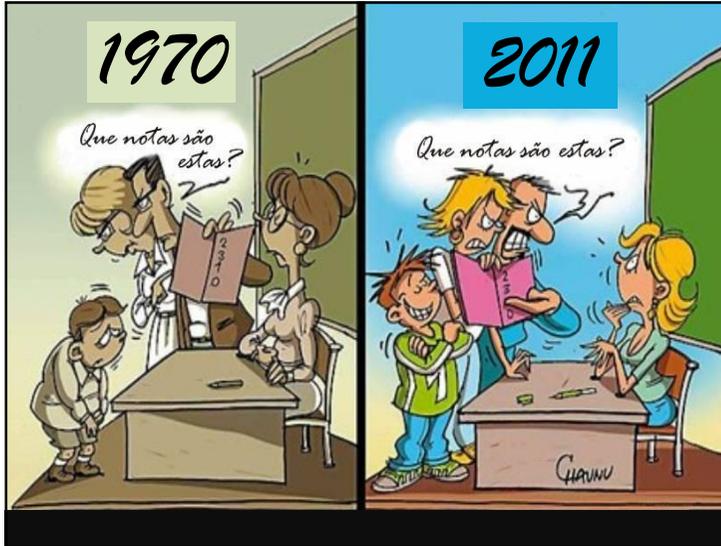
- Temperamento positivo
- Competências de regulação emocional (autocontrolo dos impulsos)
- Capacidade de ser empático
- Religiosidade
- Orientação social positiva
- Capacidade de adaptação
- Sentido de humor
- Competências sociais
- Competências de resolução de problemas
- Locus de controlo interno
- Crenças de autoeficácia
- Expectativas de sucesso

As crianças são o espelho dos adultos



Quais Valores eu devo Ensinar?





Está ensinando **muito mais** que uma tarefa.

Está abrindo mentes e corações, **está formando vidas.**

Aja com **sinceridade, justiça e integridade.**

Desta forma, ensinará estes **valores** sem esforço.

Dominar o próprio espírito
Razão x Emoção

Os 3 faróis

Empatia

Afetividade

Autoestima



Disciplina

Para aprender e crescer bem, as crianças necessitam de **orientações** e de estruturas saudáveis.

Dê às crianças **regras** que sejam **firmes, justas e consistentes**.



É importante organizar a vida do seu educando!

Tenha uma Rotina com atividades e horários previamente estabelecidos!



Qual o papel da escola neste processo?



Fatores de Risco e Fatores de Proteção

Nível Escolar

Risco

- Insucesso e abandono escolar
- Pouco compromisso com a escola
- Dificuldades nas transições de ciclo

Proteção

- Envolvimento nas atividades da escola
- Oportunidades e reforço da participação na vida escolar

Síntese



Fatores de Risco e Fatores de Proteção

Nível Individual

Risco

- Temperamento difícil
- Idade
- Abuso físico, sexual ou emocional
- Rebeldia
- Impulsividade
- Procura de sensações
- Problemas de comportamento precoces e persistentes
- Dificuldades de relacionamento com os outros

Proteção

- Temperamento positivo
- Competências de regulação emocional (autocontrolo dos impulsos)
- Capacidade de ser empático
- Religiosidade
- Orientação social positiva
- Capacidade de adaptação
- Sentido de humor
- Competências sociais
- Competências de resolução de problemas
- Locus de controlo interno
- Crenças de autoeficácia
- Expectativas de sucesso

Fatores de Risco e Fatores de Proteção

Nível Familiar

Risco

- Atitude educativa permissiva ou autoritária
- Conflito familiar
- Padrões de comunicação negativos
- Problemas na vinculação entre pais e educandos
- Relações afetivas deterioradas ou inconsistentes
 - Hiper-envolvimento
 - Hiper-distanciamento
- Baixas expectativas de sucesso
- Uso de substâncias lícitas/ilícitas pelos pais

Proteção

- Oportunidades de participação na vida familiar e reforço
- Atitude educativa democrática
- Regras claras e adequadas à idade
- Práticas disciplinares positivas
- Tradições e rituais familiares
- Padrões de comunicação claros
- Família coesa e apoiante, com fronteiras claras e padrão de vinculação saudável
- Supervisão e envolvimento nas atividades dos educandos
- Expectativas elevadas e realistas

Fatores de Risco e Fatores de Proteção

Nível Escolar

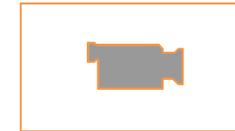
Risco

- Insucesso e abandono escolar
- Pouco compromisso com a escola
- Dificuldades nas transições de ciclo

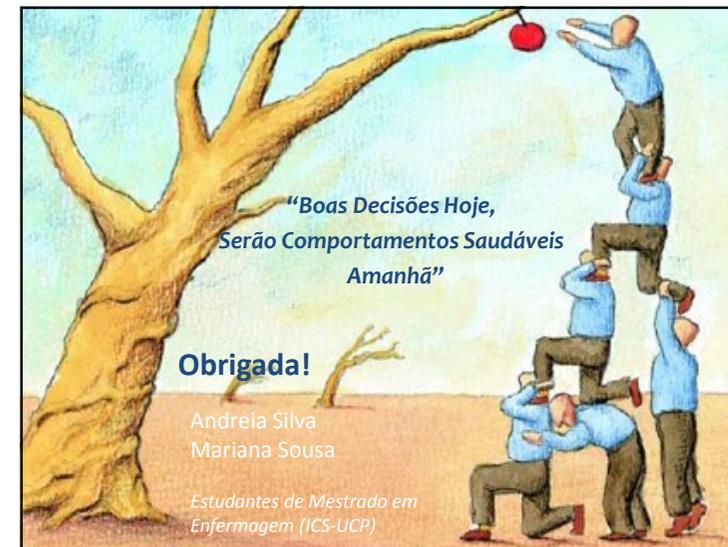
Proteção

- Envolvimento nas atividades da escola
- Oportunidades e reforço da participação na vida escolar

Ajudar as nossas crianças a crescer melhor



Dúvidas?



*“Boas Decisões Hoje,
Serão Comportamentos Saudáveis
Amanhã”*

Obrigada!

Andreia Silva
Mariana Sousa

*Estudantes de Mestrado em
Enfermagem (ICS-UCP)*



Fatores de Risco e Fatores de Prevenção

Nível Individual

Risco	Proteção
<ul style="list-style-type: none"> • Temperamento difícil • Idade • Abuso físico, sexual ou emocional • Rebeldia • Impulsividade • Procura de sensações • Problemas de comportamento precoces e persistentes • Dificuldades de relacionamento com os outros 	<ul style="list-style-type: none"> • Temperamento positivo • Competências de regulação emocional (autocontrolo dos impulsos) • Capacidade de ser empático • Religiosidade • Orientação social positiva • Capacidade de adaptação • Sentido de humor • Competências sociais • Competências de resolução de problemas • Locus de controlo interno • Crenças de autoeficácia • Expectativas de sucesso

Nível Familiar

Risco	Proteção
<ul style="list-style-type: none"> • Atitude educativa permissiva ou autoritária • Conflito familiar • Padrões de comunicação negativos • Problemas na vinculação entre pais e educandos • Relações afetivas deterioradas ou inconsistentes <ul style="list-style-type: none"> • Hiper-envolvimento • Hiper-distanciamento • Baixas expectativas de sucesso • Uso de substâncias lícitas/ilícitas pelos pais 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades de participação na vida familiar e reforço • Atitude educativa democrático • Regras claras e adequadas à idade • Práticas disciplinares positivas • Tradições e rituais familiares • Padrões de comunicação claros • Família coesa e apoiante, com fronteiras claras e padrão de vinculação saudável • Supervisão e envolvimento nas atividades dos educandos • Expectativas elevadas e realistas

Nível Escolar

Risco	Proteção
<ul style="list-style-type: none"> • Insucesso e abandono escolar • Pouco compromisso com a escola • Dificuldades nas transições de ciclo 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento nas atividades da escola • Oportunidades e reforço da participação na vida escolar



Questionário de Avaliação da 1ª Sessão Formativa dos Encarregados de Educação

Escola EB1 _____

1. **Como classifica o seu interesse em participar no projeto Decidir para Agir?**

- Muito interessado(a);
- Interessado(a);
- Pouco interessado(a);
- Nada interessado(a).

2. **São fatores protetores familiares:**

(Assinale com uma cruz as duas respostas corretas)

- Atitude educativa democrática;
- Envolvimento nas atividades da escola;
- Insucesso e abandono escolar;
- Regras claras e adequadas à idade.

3. **São fatores de risco individuais:**

(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

- Alívio de sintomas;
- Dificuldade em lidar com a autoridade dos pais;
- Aceitação e influência do grupo de amigos;
- Procura de novas experiências;
- Imitação do comportamento dos familiares.

4. **São fatores de risco familiares:**

(Assinale com uma cruz as duas respostas corretas)

- Atitude educativa permissiva ou autoritária;
- Padrões de comunicação negativos;
- Insucesso e abandono escolar;
- Práticas disciplinares positivas.

5. **São fatores protetores individuais:**

(Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)

- Capacidade de adaptação;
- Temperamento difícil;
- Capacidade de resolução de problemas;
- Procura de sensações;
- Baixa expectativa de sucesso;
- Envolvimento nas atividades da escola.



6. São fatores protetores escolares:

(Assinale com uma cruz as duas respostas corretas)

- Pouco compromisso com a escola;
- Envolvimento nas atividades da escola;
- Oportunidades e reforço da participação na vida escolar;
- Sentido de humor.

7. São fatores de risco escolares:

(Assinale com uma cruz as duas respostas corretas)

- Pouco compromisso com a escola;
- Envolvimento nas atividades da escola;
- Insucesso e abandono escolar;
- Capacidade de adaptação.

8. Esta sessão foi diferente de outra(s) que já tenha assistido anteriormente?

- Sim;
- Não;
- Não sei.

9. O seu papel foi importante no decorrer desta sessão?

- Sim;
- Não;
- Não sei.

10. Gostou da sessão e dos seus conteúdos?

- Sim;
- Não;
- Não sei.

11. Sugestões:

Obrigada!

Anexo K Base de Dados da Sessão de Intervenção com os Encarregados de educação

Projeto Decidir Para Agir

Avaliação da 1ª Sessão de Intervenção - Papel Parental

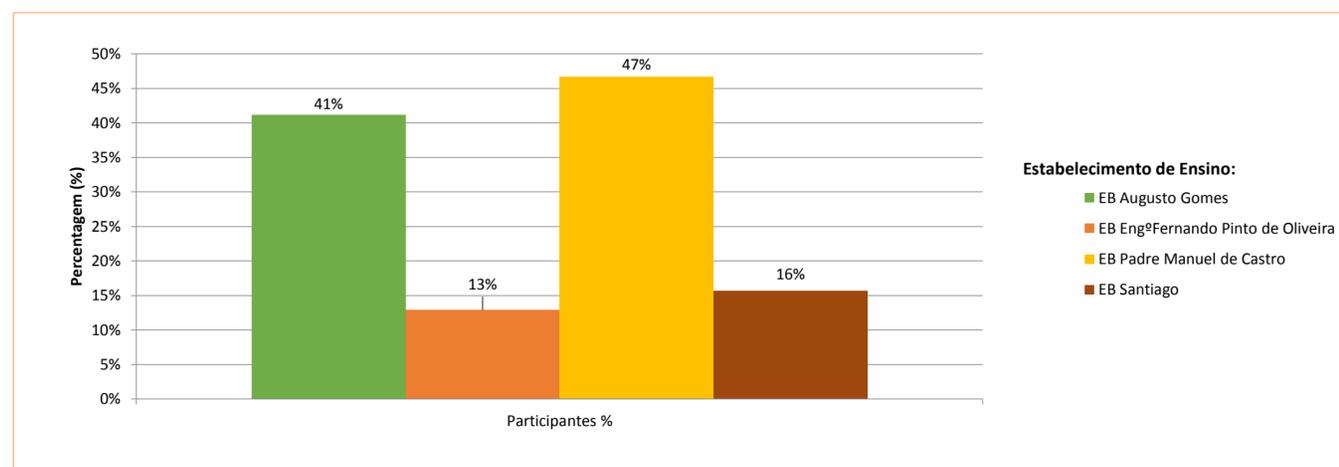
Questionário



Tabela Nº 1 - Encarregados de Educação que participaram na 1ª Sessão de Intervenção por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Σ Encarregados de Educação	Participantes (n)	Participantes %
EB Augusto Gomes	17	7	41%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	31	4	13%
EB Padre Manuel de Castro	15	7	47%
EB Santiago	32	5	16%
Σ Estabelecimento de Ensino	95	23	24%

Gráfico Nº 1 - Encarregados de Educação que participaram na 1ª Sessão de Intervenção por Estabelecimento de Ensino



Descrição

Os dados referem-se aos Encarregados de Educação (EE) que participaram na 1ª Sessão de Intervenção por Estabelecimento de Ensino. Verifica-se uma baixa adesão (24% no Σ dos estabelecimentos de ensino), sendo que o estabelecimento com maior percentagem de participantes foi a EB Padre Manuel Castro (47%) e o estabelecimento de ensino com menor percentagem de participantes foi a EB Santiago (16%).

Estabelecimentos de Ensino

Os Estabelecimentos de Ensino presentes na amostra são:-EB Augusto Gomes; -EB Engº Fernando Pinto de Oliveira;-EB Padre Manuel de Castro e - EB Santiago.

Tabela Nº 2 - Interesse dos Encarregados de Educação em participar no projeto Decidir para Agir por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Muito Interessado(a)	Muito Interessado(a)	Interessado(a)	Interessado(a)	Σ	Σ%
EB Augusto Gomes	5	83%	1	17%	6	27%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	3	75%	1	25%	4	18%
EB Padre Manuel de Castro	5	71%	2	29%	7	32%
EB Santiago	5	100%	0	0%	5	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	18	82%	4	18%	22	100%

Gráfico Nº 2 - Interesse dos Encarregados de Educação em participar no projeto Decidir para Agir por Estabelecimento de Ensino

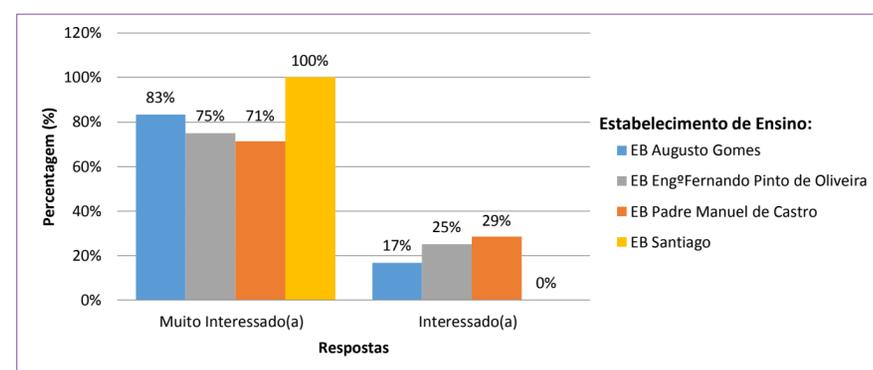
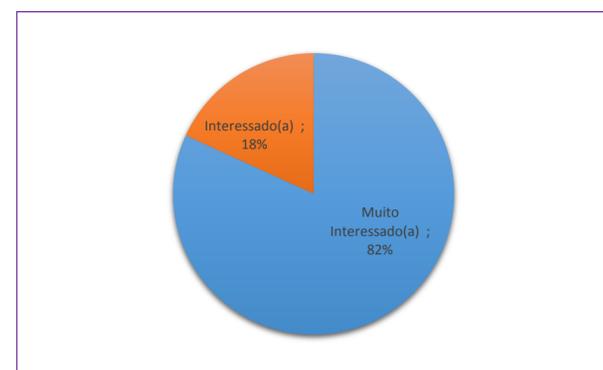


Gráfico Nº 3- Interesse dos Encarregados de Educação em participar no projeto Decidir para Agir (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se à questão: "Como classifica o seu interesse em participar no projeto Decidir para Agir", sendo que as respostas possíveis eram: - Muito interessado(a); - Interessado(a); - Pouco interessado(a); - Nada interessado(a).
 Verifica-se que das respostas possíveis apenas foram selecionadas as respostas "Muito interessado(a)" e "Interessado(o)" sendo que 82% (Σ dos estabelecimentos de ensino) responderam "Muito Interessado" e é notório a seleção da mesma resposta por parte de todos os EE da EB Santiago.
 De acordo com o objetivo operacional: "Que 50% dos encarregados de educação participantes demonstrem interesse em participar nas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto Decidir para Agir" verifica-se que este objetivo foi fortemente atingido, apesar do número de participantes ser escasso.

Tabela Nº 3 - Conhecimento sobre fatores protetores familiares Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	6	86%	1	14%	7	30%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	3	75%	1	25%	4	17%
EB Padre Manuel de Castro	6	86%	1	14%	7	30%
EB Santiago	0	0%	5	100%	5	22%
Σ Estabelecimentos de Ensino	15	65%	8	35%	23	100%

Gráfico Nº 4 - Conhecimento sobre fatores protetores familiares Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

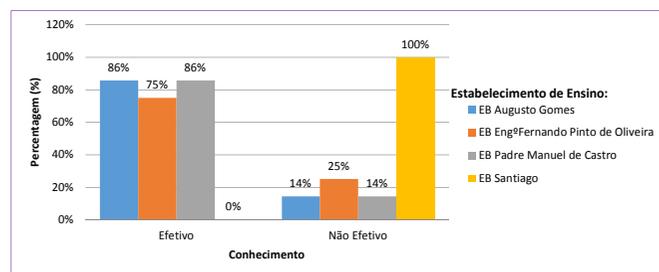
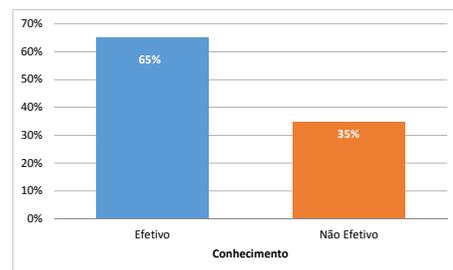


Gráfico Nº 5 - Conhecimento sobre fatores protetores familiares Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se à questão: "São fatores protetores familiares: (Assinale com uma cruz as duas respostas corretas)". As respostas possíveis eram: "Atitude educativa democrática"; "Envolvimento nas atividades da escola"; "Insucesso e abandono escolar"; "Regras claras e adequadas à idade". O conhecimento sobre os fatores protetores familiares é efetivo se selecionado "Atitude educativa democrática" e "Regras claras e adequadas à idade".
Verifica-se que o conhecimento sobre fatores protetores familiares é **efetivo** em 65% (Σ dos estabelecimentos de ensino). De realçar que na EB Santiago este conhecimento é não efetivo em 100% dos EE.

Tabela Nº 4 - Conhecimento sobre fatores de risco individuais Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	6	86%	1	14%	7	30%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	3	75%	1	25%	4	17%
EB Padre Manuel de Castro	4	57%	3	43%	7	30%
EB Santiago	5	100%	0	0%	5	22%
Σ Estabelecimentos de Ensino	18	78%	5	22%	23	100%

Gráfico Nº 6 - Conhecimento sobre fatores de risco individuais Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

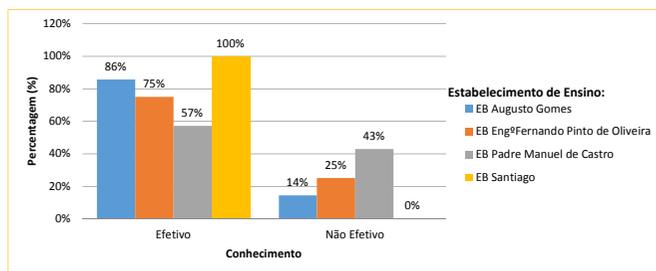
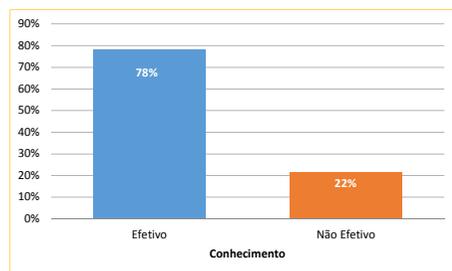


Gráfico Nº 7- Conhecimento sobre fatores de risco individuais Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se à questão: "São fatores de risco individuais: (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)". As respostas possíveis eram: "Alívio de sintomas"; "Dificuldade em lidar com a autoridade dos pais"; "Aceitação e influência do grupo de amigos"; "Procura de novas experiências"; "Imitação do comportamento dos familiares".

O conhecimento sobre os fatores de risco individuais é efetivo se selecionado por pelo menos duas das respostas acima descritas.

Verifica-se que o conhecimento sobre fatores de risco individuais é **efetivo** em 78% (Σ dos estabelecimentos de ensino). De realçar que na EB Santiago este conhecimento é efetivo em 100% dos EE.

Tabela Nº 6 - Conhecimento sobre fatores protetores individuais Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	3	43%	4	57%	7	30%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	1	25%	3	75%	4	17%
EB Padre Manuel de Castro	2	29%	5	71%	7	30%
EB Santiago	3	60%	2	40%	5	22%
Σ Estabelecimentos de Ensino	9	39%	14	61%	23	100%

Gráfico Nº 10 - Conhecimento sobre fatores protetores individuais Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

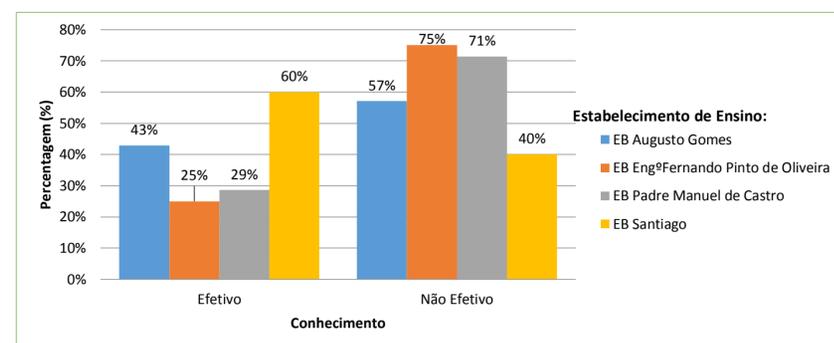
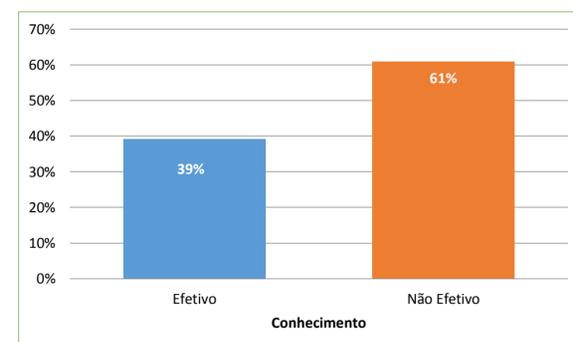


Gráfico Nº 11- Conhecimento sobre fatores protetores individuais Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se à questão: "São fatores protetores individuais: (Assinale com uma cruz a(s) resposta(s) que traduz(em) a sua opinião)". As respostas possíveis eram: "Capacidade de adaptação"; "Temperamento difícil"; "Capacidade de resolução de problemas"; "Procura de sensações"; "Baixa expectativa de sucesso"; "Envolvimento nas atividades da escola". O conhecimento sobre os fatores protetores individuais é efetivo se selecionado "Capacidade de adaptação" e "Capacidade de resolução de problemas" e "Envolvimento nas atividades da escola". Verifica-se que o conhecimento sobre fatores protetores individuais é **efetivo em apenas 39%** (Σ dos estabelecimentos de ensino). Apenas na EB Santiago este conhecimento é efetivo acima dos 50% com um resultado de 60%.

Tabela Nº 5 - Conhecimento sobre fatores de risco familiares Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	4	57%	3	43%	7	30%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	100%	0	0%	4	17%
EB Padre Manuel de Castro	3	43%	4	57%	7	30%
EB Santiago	3	60%	2	40%	5	22%
Σ Estabelecimentos de Ensino	14	61%	9	39%	23	100%

Gráfico Nº 8 - Conhecimento sobre fatores de risco familiares Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

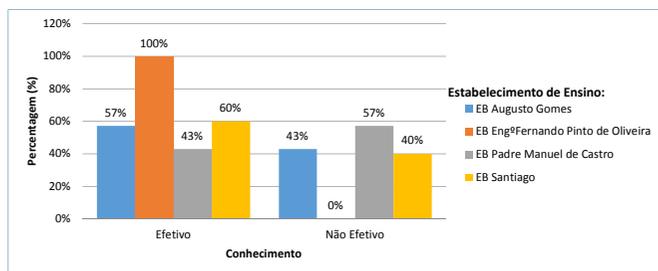
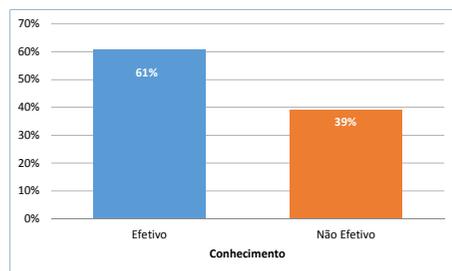


Gráfico Nº 9- Conhecimento sobre fatores de risco familiares Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se à questão: "São fatores de risco familiares:(Assinale com uma cruz as duas respostas corretas)". As respostas possíveis eram: "Atitude educativa permissiva ou autoritária"; "Padrões de comunicação negativos"; "Insucesso e abandono escolar"; "Práticas disciplinares positivas". O conhecimento sobre os fatores de risco familiares é efetivo se selecionado "Atitude educativa permissiva ou autoritária" e "Padrões de comunicação negativos". Verifica-se que o conhecimento sobre fatores de risco familiares é efetivo em 61% (Σ dos estabelecimentos de ensino), no entanto, na EB Padre Manuel de Castro é efetivo em apenas 43% dos seus EE.

Tabela Nº 7 - Conhecimento sobre fatores protetores escolares Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	6	86%	1	14%	7	30%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	3	75%	1	25%	4	17%
EB Padre Manuel de Castro	6	86%	1	14%	7	30%
EB Santiago	3	60%	2	40%	5	22%
Σ Estabelecimentos de Ensino	18	78%	5	22%	23	100%

Gráfico Nº 12 - Conhecimento sobre fatores protetores escolares Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

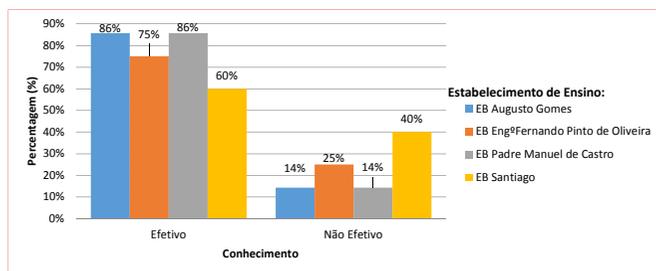
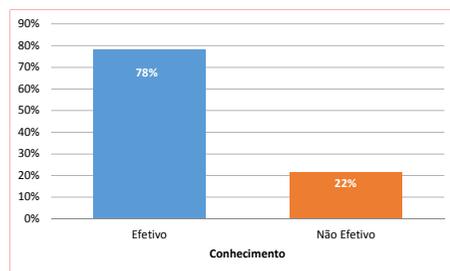


Gráfico Nº 13- Conhecimento sobre fatores protetores escolares Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se à questão: "São fatores protetores escolares:(Assinale com uma cruz as duas respostas corretas)". As respostas possíveis eram: "Pouco compromisso com a escola"; "Envolvimento nas atividades da escola"; "Oportunidades e reforço da participação na vida escolar"; "Sentido de humor". O conhecimento sobre os fatores protetores escolares é efetivo se selecionado "Envolvimento nas atividades da escola" e "Oportunidades e reforço da participação na vida escolar". Verifica-se que o conhecimento sobre fatores protetores escolares é efetivo em 78% (Σ dos estabelecimentos de ensino). Em todos os estabelecimentos de ensino este conhecimento é efetivo em mais de 60%.

Tabela Nº 8 - Conhecimento sobre fatores de risco escolares Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	6	86%	1	14%	7	30%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	100%	0	0%	4	17%
EB Padre Manuel de Castro	7	100%	0	0%	7	30%
EB Santiago	3	60%	2	40%	5	22%
Σ Estabelecimentos de Ensino	20	87%	3	13%	23	100%

Gráfico Nº 14 - Conhecimento sobre fatores de risco escolares Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

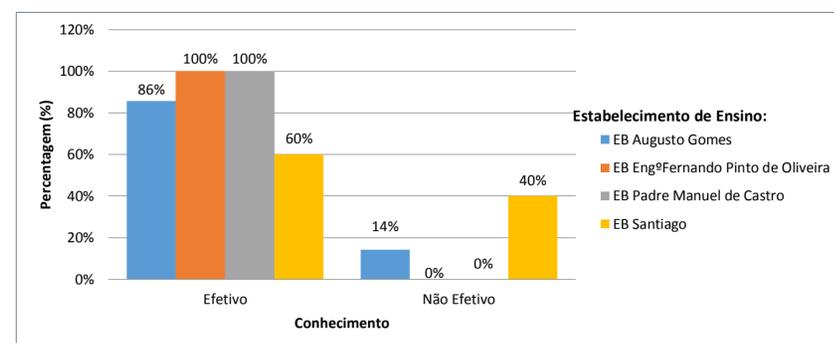
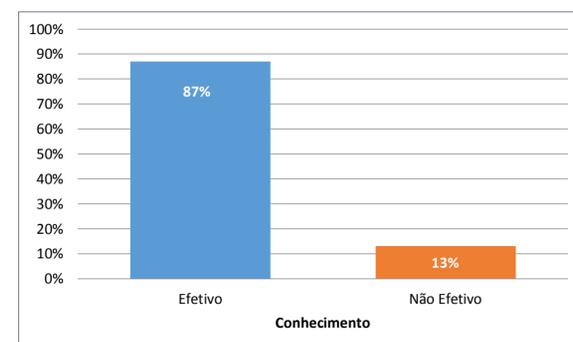


Gráfico Nº 15- Conhecimento sobre fatores de risco escolares Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se à questão: "São fatores de risco escolares:(Assinale com uma cruz as duas respostas corretas)". As respostas possíveis eram: "Pouco compromisso com a escola"; "Envolvimento nas atividades da escola"; "Insucesso e abandono escolar"; "Capacidade de adaptação".
 O conhecimento sobre os fatores de risco escolares é efetivo se selecionado "Pouco compromisso com a escola" e "Insucesso e abandono escolar".
 Verifica-se que o conhecimento sobre fatores de risco escolares é **efetivo em 87%** (Σ dos estabelecimentos de ensino). De realçar que este conhecimento é efetivo em 100% nas EB's Engº Fernando Pinto de Oliveira e EB Padre Manuel de Castro.

Tabela Nº 9 - Respostas dos Encarregados de Educação à questão "Esta sessão foi diferente de outra(s) que já tenha assistido anteriormente?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Sim	Sim	Não	Não	Não Sei	Não Sei	Σ	Σ%
EB Augusto Gomes	5	83%	0	0%	1	17%	6	29%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	3	75%	1	25%	0	0%	4	19%
EB Padre Manuel de Castro	6	100%	0	0%	0	0%	6	29%
EB Santiago	5	100%	0	0%	0	0%	5	24%
Σ Estabelecimentos de Ensino	19	90%	1	5%	1	5%	21	100%

Gráfico Nº 16 - Respostas dos Encarregados de Educação à questão "Esta sessão foi diferente de outra(s) que já tenha assistido anteriormente?" por Estabelecimento de Ensino

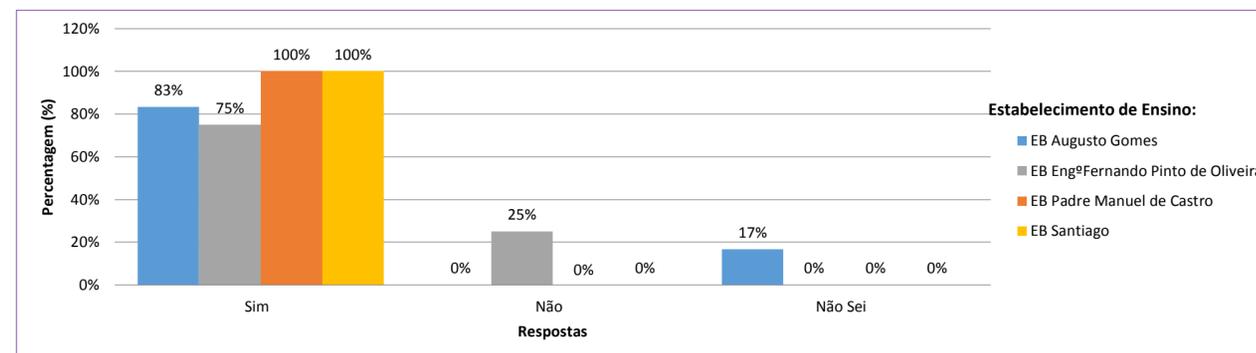
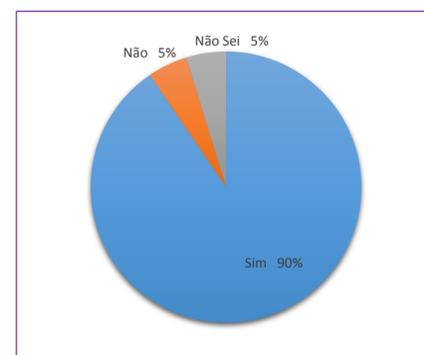


Gráfico Nº 17- Respostas dos Encarregados de Educação à questão "Esta sessão foi diferente de outra(s) que já tenha assistido anteriormente?" (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se à questão: "Esta sessão foi diferente de outra(s) que já tenha assistido anteriormente?"
 Verifica-se que que 90% (Σ dos estabelecimentos de ensino) responderam "Sim", sendo que na EB Padre Manuel de Castro e EB Santiago a resposta foi 100% "Sim".

Tabela Nº 10 - Respostas dos Encarregados de Educação à questão "O seu papel foi importante no decorrer desta sessão?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Sim	Sim	Não	Não	Não Sei	Não Sei	Σ	Σ%
EB Augusto Gomes	6	100%	0	0%	0	0%	6	27%
EB Eng ^o Fernando Pinto de Oliveira	4	100%	0	0%	0	0%	4	18%
EB Padre Manuel de Castro	6	86%	1	14%	0	0%	7	32%
EB Santiago	4	80%	0	0%	1	20%	5	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	20	90,9%	1	4,5%	1	4,5%	22	100%

Gráfico Nº 18 - Respostas dos Encarregados de Educação à questão "O seu papel foi importante no decorrer desta sessão?" por Estabelecimento de Ensino

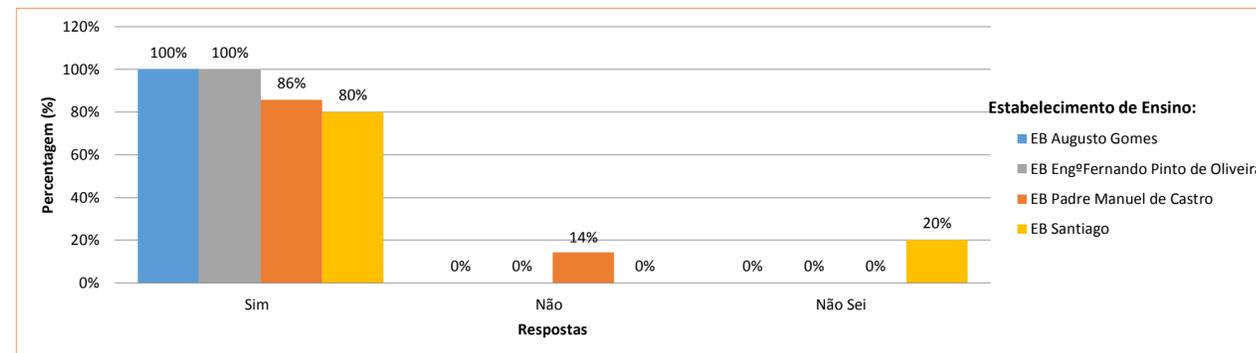
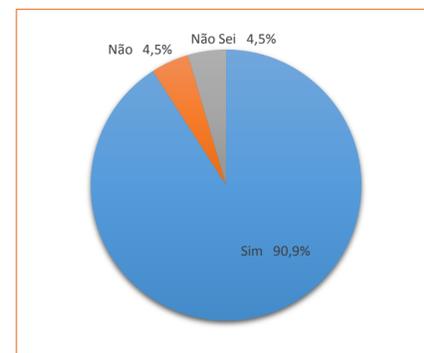


Gráfico Nº 19- Respostas dos Encarregados de Educação à questão "O seu papel foi importante no decorrer desta sessão?" (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se à questão: "O seu papel foi importante no decorrer desta sessão?". Verifica-se que que 90,9% (Σ dos estabelecimentos de ensino) responderam "Sim", sendo que na EB Augusto Gomes e EB Eng^o Fernando Pinto de Oliveira a resposta foi 100% "Sim".

Tabela Nº 11 - Respostas dos Encarregados de Educação à questão "Gostou da sessão e dos seus conteúdos?" por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Sim	Sim	Não	Não	Σ	Σ%
EB Augusto Gomes	6	100%	0	0%	6	27%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	4	100%	0	0%	4	18%
EB Padre Manuel de Castro	7	100%	0	0%	7	32%
EB Santiago	5	100%	0	0%	5	23%
Σ Estabelecimentos de Ensino	22	100%	0	0%	22	100%

Gráfico Nº 20 - Respostas dos Encarregados de Educação à questão "Gostou da sessão e dos seus conteúdos?" por Estabelecimento de Ensino

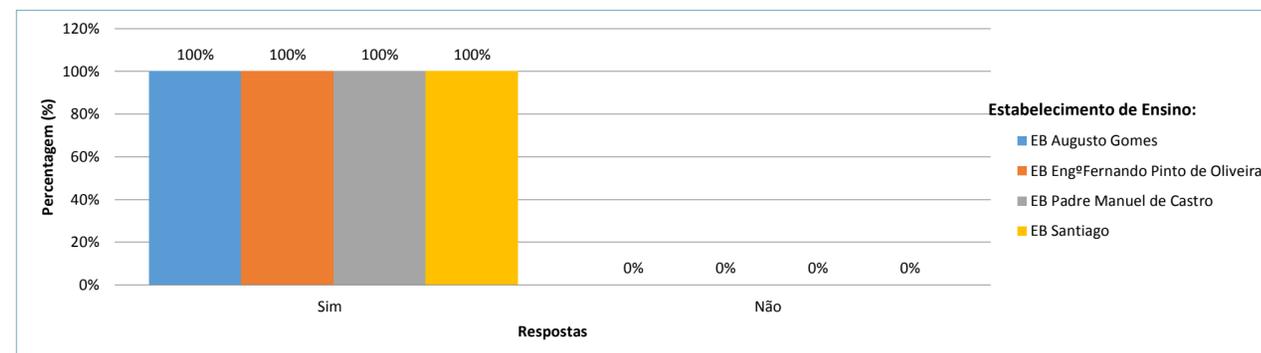
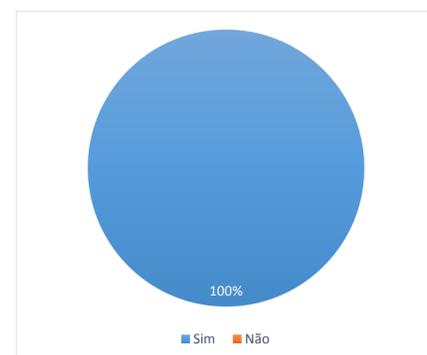


Gráfico Nº 21- Respostas dos Encarregados de Educação à questão "Gostou da sessão e dos seus conteúdos?" (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se à questão: "Gostou da sessão e dos seus conteúdos?".
Verifica-se que a resposta é unânime: 100% (Σ dos estabelecimentos de ensino) responderam "Sim", assim como cada Estabelecimento de Ensino individualmente.

Tabela Nº 12 - Sugestões dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	EB Augusto Gomes	EB EngºFernando Pinto de Oliveira	EB Padre Manuel de Castro	EB Santiago	Σ Estabelecimentos de Ensino
"Apelar à participação dos pais"; "Incentivar mais e mais os pais a frequentarem as sessões. Quantos mais melhor!"	1	0	0	1	2
"Continuarmos uma equipa para um futuro melhor dos nossos educandos"	0	0	0	1	1
"Continuem assim"; "Continuem!"; "Continuem, o vosso papel é muito importante"	1	2	0	1	4
Dedicar mais tempo à partilha de dúvidas/dificuldades sentidas pelos pais.	1	0	0	0	1
Fazer uma sessão conjunta com os filhos	0	1	0	0	1
Sem Sugestões	4	1	7	2	14
Σ	7	4	7	5	23

Gráfico Nº 22 - Sugestões dos Encarregados de Educação por Estabelecimento de Ensino

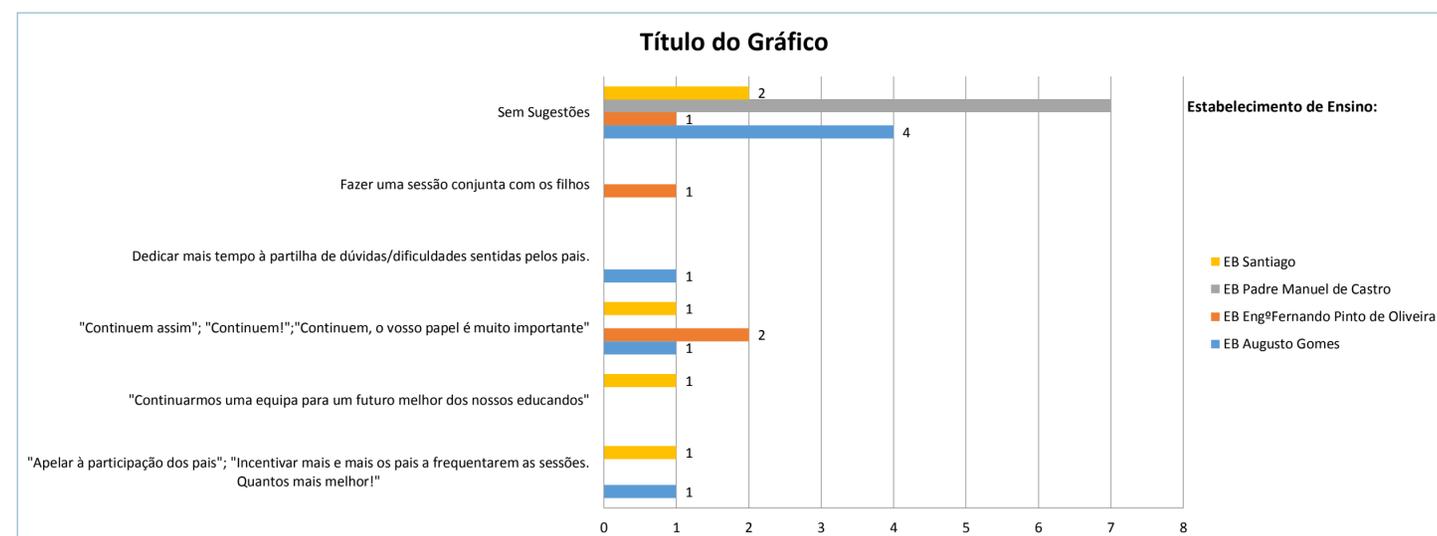


Tabela Nº 13 - Conhecimento sobre Fatores Influenciadores e Fatores Protetores Individuais de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	3	43%	4	57%	7	30%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	1	25%	3	75%	4	17%
EB Padre Manuel de Castro	2	29%	5	71%	7	30%
EB Santiago	3	60%	2	40%	5	22%
Σ Estabelecimentos de Ensino	9	39%	14	61%	23	100%

Gráfico Nº 23 - Conhecimento sobre Fatores Influenciadores e Fatores Protetores Individuais de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

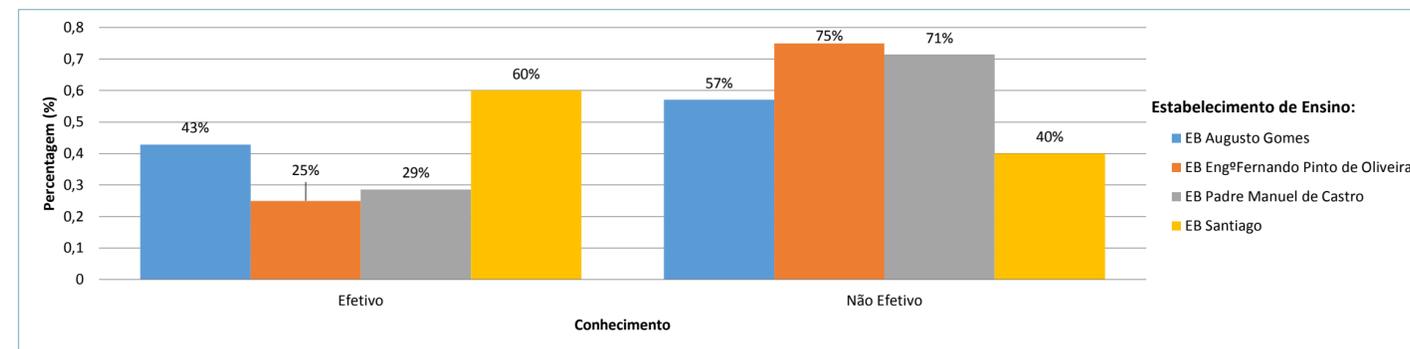
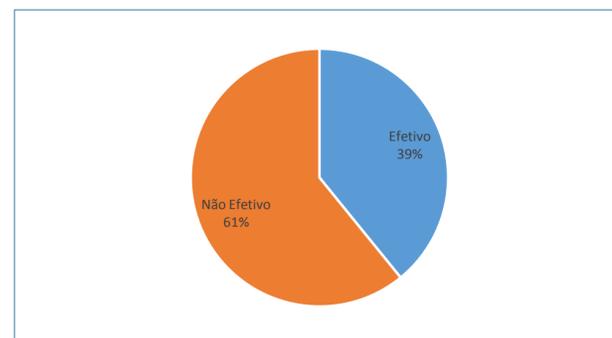


Gráfico Nº 24- Conhecimento sobre Fatores Influenciadores e Fatores Protetores Individuais de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se ao diagnóstico de enfermagem: Conhecimento sobre fatores Influenciadores e Fatores Protetores Individuais de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo. Verifica-se que este conhecimento é efetivo em 39% (Σ dos estabelecimentos de ensino) e a EB Santiago apresenta um valor superior em relação aos outros Estabelecimentos de Ensino (60%).

Tabela Nº 14 - Conhecimento sobre Fatores Influenciadores e Fatores Protetores Familiares de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	4	57%	3	43%	7	30%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	3	75%	1	25%	4	17%
EB Padre Manuel de Castro	3	43%	4	57%	7	30%
EB Santiago	0	0%	5	100%	5	22%
Σ Estabelecimentos de Ensino	10	43%	13	57%	23	100%

Gráfico Nº 25 - Conhecimento sobre Fatores Influenciadores e Fatores Protetores Familiares de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

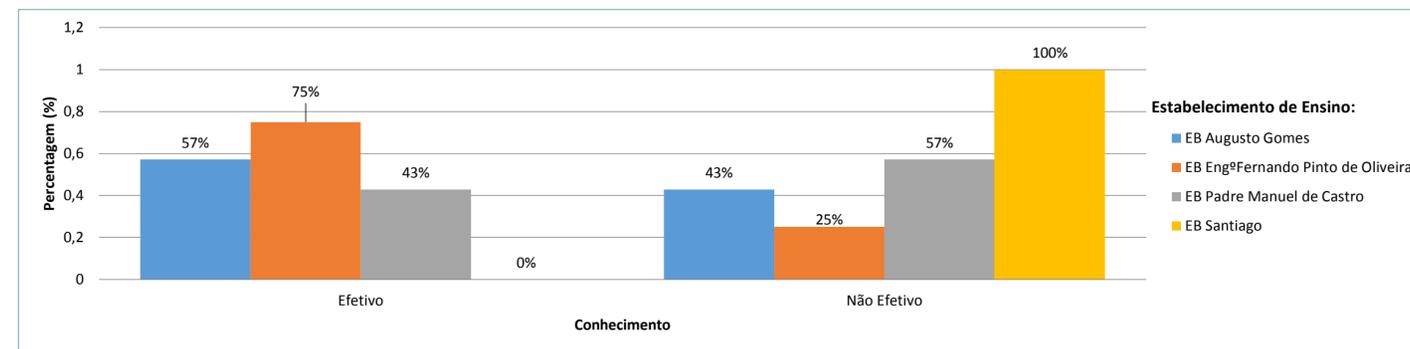
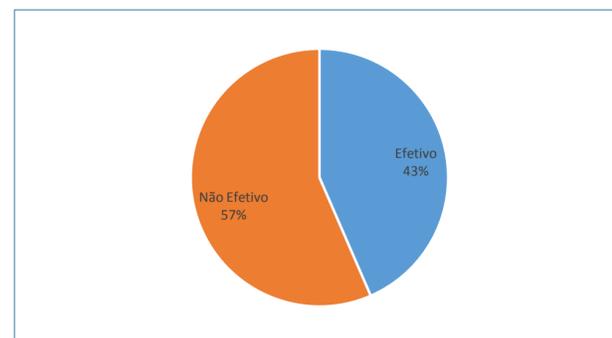


Gráfico Nº 26- Conhecimento sobre Fatores Influenciadores e Fatores Protetores Familiares de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se ao diagnóstico de enfermagem: Conhecimento sobre fatores Influenciadores e Fatores Protetores Familiares de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo. Verifica-se que este conhecimento é efetivo em 43% (Σ dos estabelecimentos de ensino) e a EB Engº Fernando Pinto de Oliveira apresenta um valor superior em relação aos outros Estabelecimentos de Ensino (75%).

Tabela Nº 15 - Conhecimento sobre Fatores Influenciadores e Fatores Protetores Escolares de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	6	86%	1	14%	7	30%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	3	75%	1	25%	4	17%
EB Padre Manuel de Castro	6	86%	1	14%	7	30%
EB Santiago	3	60%	2	40%	5	22%
Σ Estabelecimentos de Ensino	18	78%	5	22%	23	100%

Gráfico Nº 27 - Conhecimento sobre Fatores Influenciadores e Fatores Protetores Escolares de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

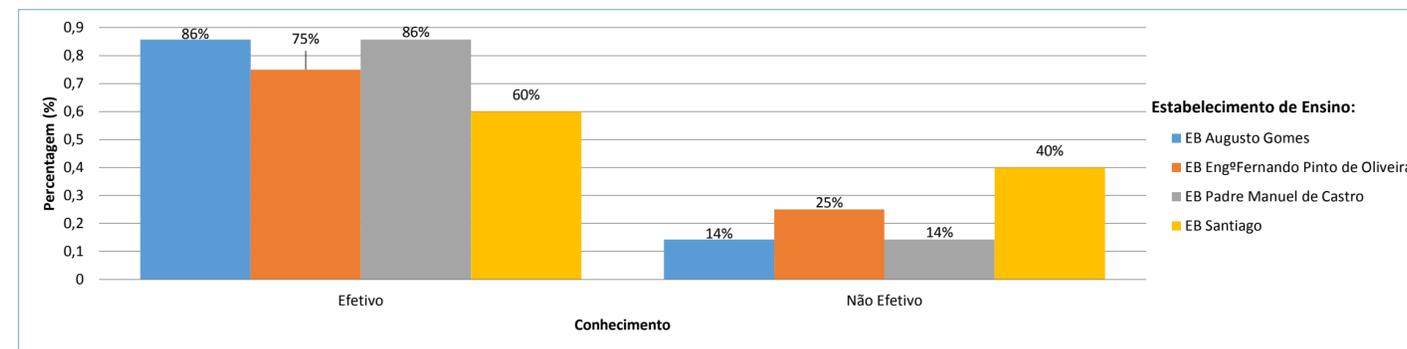
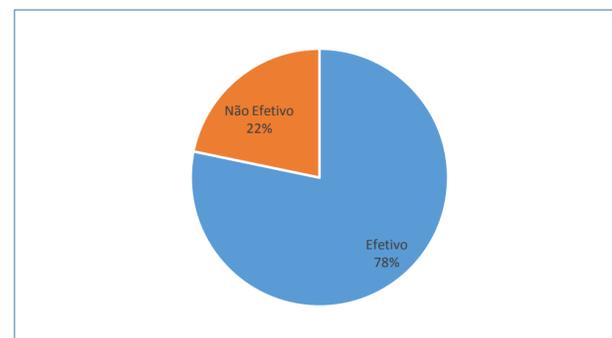


Gráfico Nº 28- Conhecimento sobre Fatores Influenciadores e Fatores Protetores Escolares de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se ao diagnóstico de enfermagem: Conhecimento sobre fatores Influenciadores e Fatores Protetores Escolares de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo. Verifica-se que este conhecimento é efetivo em 39% (Σ dos estabelecimentos de ensino) e a EB Santiago apresenta um valor superior em relação aos outros Estabelecimentos de Ensino (60%).

Tabela Nº 16- Conhecimento sobre fatores Influenciadores e Fatores Protetores de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

Estabelecimento de Ensino	Conhecimento				Σ	Σ%
	Efetivo	Efetivo	Não Efetivo	Não Efetivo		
EB Augusto Gomes	1	14%	6	86%	7	30%
EB EngºFernando Pinto de Oliveira	0	0%	4	100%	4	17%
EB Padre Manuel de Castro	1	14%	6	86%	7	30%
EB Santiago	0	0%	5	100%	5	22%
Σ Estabelecimentos de Ensino	2	9%	21	91%	23	100%

Gráfico Nº 29 - Conhecimento sobre fatores Influenciadores e Fatores Protetores de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo por Estabelecimento de Ensino

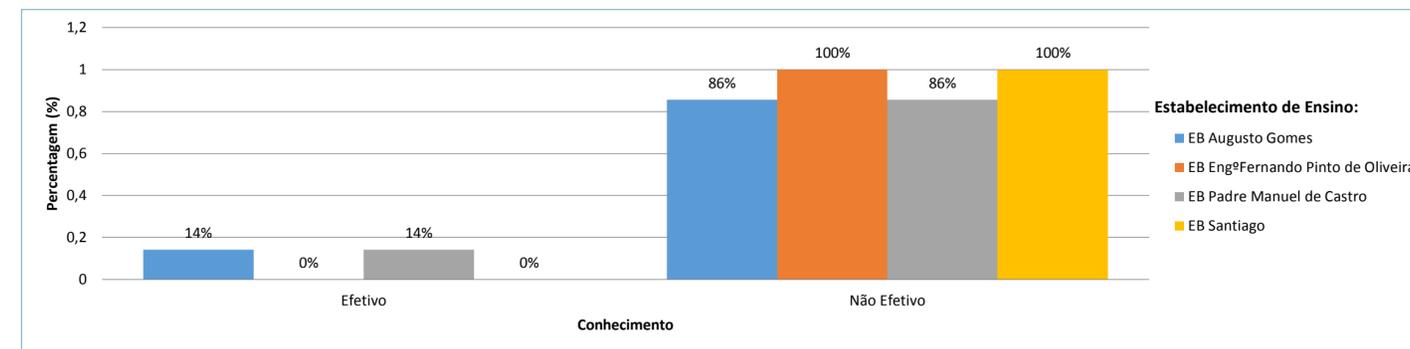
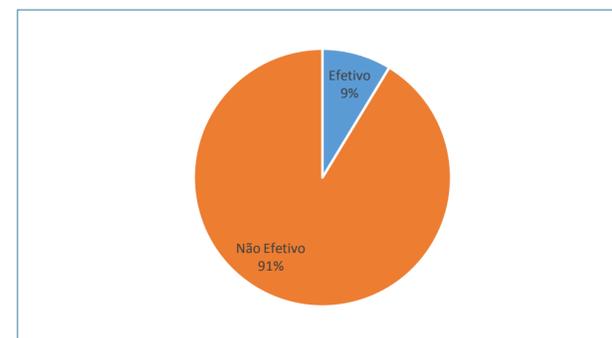


Gráfico Nº 30- Conhecimento sobre fatores Influenciadores e Fatores Protetores de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo (Σ%)



Descrição

Os dados referem-se ao diagnóstico de enfermagem: Conhecimento sobre fatores Influenciadores e Fatores Protetores de Comportamentos de Risco Efetivo/Não Efetivo. Verifica-se que este conhecimento é efetivo em 9% (Σ dos estabelecimentos de ensino).

Anexo L Projeto Individual de Estágio



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Unidade de Saúde Pública de Matosinhos

Projeto Individual de Estágio

Aluno: Andreia Costa Monteiro da Silva (nº.361613014)

Porto, Maio de 2014



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**Unidade de Saúde Pública de Matosinhos
Projeto “Rotas de Vida”**

Projeto de Estágio

Aluno: Andreia Costa Monteiro da Silva (nº.361613014)

Sob orientação de: Professor Pedro Melo

Porto, Maio de 2014



ÍNDICE

SIGLÁRIO _____	3
NOTA INTRODUTÓRIA _____	5
I. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO _____	7
I.1 Objetivos / Competências e Atividades a desenvolver no Estágio _____	10
I.1.1 Objetivos Gerais _____	10
I.1.2 Objetivos Específicos _____	10
I.1.3 Atividades a desenvolver no Estágio _____	12
2. OBJETIVOS DO PROJETO “ROTAS DE VIDA” _____	14
2.1. Finalidade _____	14
2.2 Objetivos Específicos _____	14
CONCLUSÃO _____	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	16
ANEXO _____	1

SIGLÁRIO

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CEB	Ciclo do Ensino Básico
DGS	Direcção-Geral de Saúde
EEC	Especialização em Enfermagem Comunitária
OE	Ordem dos Enfermeiros
PLS	Plano Local de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
USP	Unidade de Saúde Pública



NOTA INTRODUTÓRIA

A Enfermagem enquanto disciplina que apresenta como foco de atenção o estudo da resposta humana, intencional ou não intencional, à doença e aos processos de vida e detém um conteúdo verdadeiramente prático e de atuação interventiva, assente numa base reflexiva sobre essa mesma prática.

Através da necessidade do enfermeiro desenvolver o domínio inerente ao desenvolvimento profissional surge a necessidade de assumir a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pelo aperfeiçoamento das suas competências, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados, aliás, é decorrente do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais que emergem as competências do enfermeiro especialista.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE), o *“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (OE,2011).

Enquanto enfermeira de cuidados gerais, senti a necessidade de aperfeiçoamento das minhas competências e uma motivação pessoal para uma maior análise dos cuidados de enfermagem, especificamente dos cuidados especializados relativos à Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública pois, apesar dos quatro domínios de competências comuns aos enfermeiros de cada área de especialização em enfermagem (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; desenvolvimento das aprendizagens profissionais e gestão dos cuidados), o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública detém quatro competências específicas na sua área de especialidade que são: 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 e por fim, realizar e cooperar na

vigilância epidemiológica da sua área geodemográfica, sendo por isso, a área de especialização por mim selecionada.

No âmbito do Plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária foi proposta a frequência na unidade curricular de carácter prático denominada por Estágio, sob a orientação do Sr. Professor Pedro Melo, com elaboração prévia do projeto individual de estágio, com o objetivo de delinear os objetivos específicos, as atividades a desenvolver, assim como as metas a atingir nesta unidade curricular com posterior discussão com o Tutor do Estágio.

O Estágio é composto três Módulos (I, II e III), sendo que o Módulo I remete-se ao diagnóstico de saúde da comunidade, com o objetivo de elaborar um diagnóstico de situação de saúde e necessidade em cuidados de enfermagem, numa comunidade específica enquanto, o Módulo II refere-se ao projeto de intervenção e avaliação de acordo com as necessidades detetadas, com o objetivo de implementar projetos de intervenção comunitária nos três níveis de prevenção. Por último, o Módulo III é opcional e que me foi creditado por experiência profissional de mais de 6 anos em Cuidados de Saúde Primários.

Com a elaboração deste Projeto Individual de Estágio apresento os seguintes objetivos:

- Cumprir um requisito da Unidade Curricular Estágio;
- Fundamentar teoricamente a escolha do Projeto Individual de Estágio;
- Idear uma matriz orientadora para o desenvolvimento do Estágio;
- Organizar os objetivos e competências a desenvolver no Estágio;
- Projetar de forma metódica as atividades com a finalidade de uma melhor execução dos objetivos e o desenvolvimento de competências como futura Enfermeira Especialista.

Para a elaboração deste documento foi utilizada a metodologia descritiva sendo que este se encontra dividido em dois capítulos principais: Desenvolvimento do Estágio e Objetivos do Projeto “Rotas de Vida”. Consta ainda deste projeto, além desta nota introdutória, a Conclusão, as Referências Bibliográficas e Anexo.

I. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO

De acordo com os dois primeiros módulos previstos no plano de estudos do curso e que irei desenvolver, correspondem a 180 horas de contacto por cada módulo, sendo que o Módulo I corresponde ao Diagnóstico de Saúde e o Módulo II à intervenção de acordo com as necessidades observadas no módulo anterior.

A realização do Módulo I encontra-se prevista entre o dia 28.04.2014 e o dia 28.06.2014 sendo posteriormente desenvolvido o Módulo II no período compreendido entre o dia 13.09.2014 e 08.11.2014 (ANEXO).

Os dois módulos de estágio irão decorrer na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), na Unidade de Saúde Pública (USP) de acordo com a proposta da Coordenação do Curso e o meu interesse em participar no projeto apresentado.

De acordo com a estruturação e funcionamento de cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e previsto no n.º.1 do artigo 12º do Decreto-Lei n.º.28/2008, a USP “*funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos (...)*”.

A USP de Matosinhos tem como função principal de proteger e elevar o estado de saúde da população residente na área geográfica do ACES de Matosinhos. Detém projetos principais nas áreas da vacinação, saúde oral, cartas de condução, juntas médicas de incapacidade, consulta do viajante, saúde ambiental, promoção da saúde e observatório local de saúde.

Segundo o Plano Local de Saúde (PLS) para 2011-2016 da ULSM desenvolvido pela USP de Matosinhos, alguns dos principais problemas de saúde do Concelho de Matosinhos são o VIH/Sida, as doenças atribuíveis ao álcool, Doença Pulmonar Obstrutiva crónica e tumores malignos (traqueia, brônquios, pulmão, estômago, útero, etc.) (PLS-ULSM, 2011).

Sendo as principais doenças preveníveis na Europa o cancro, as doenças infecciosas (VIH/Sida, Infecções Sexualmente Transmissíveis) e dependências (álcool e drogas) e sendo comuns a alguns dos principais problemas de saúde do Concelho de Matosinhos torna-se necessário intervir nestas áreas prioritárias nos projetos de promoção de saúde da USP de Matosinhos.

Para o Estágio que irá decorrer na USP de Matosinhos, a temática que será abordada nos dois módulos é a Saúde Escolar, num projeto longitudinal cuja população-alvo são crianças do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB), a família e os professores incluídos no meso-sistema escola.

O tema a abordar nos dois primeiros módulos de Estágio será no contexto da Saúde Escolar, especificamente centrada na prevenção do consumo de substâncias psicoativas e nos comportamentos associados à sexualidade, que irá de encontro a alguns dos principais problemas de saúde do concelho e detetadas como prioritárias.

Pretende-se o desenvolvimento do projeto denominado por “Rotas de Vida”, uma parceria entre a USP de Matosinhos e o Centro de Investigação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa e que tem o objetivo de contribuir para melhorar o diagnóstico de saúde da população jovem do Concelho de Matosinhos com uma abordagem na comunidade escolar, através da prática centrada e focada nos intervenientes dessa mesma comunidade: alunos, professores e pais.

Para que exista uma avaliação do estado de saúde de uma comunidade é imprescindível utilizar como pilar a metodologia do planeamento em saúde, que é *“um esforço coletivo em que intervêm vários sujeitos (agentes) envolvidos na realidade que se visa transformar. (...) Pode definir-se planeamento em saúde como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários (...)”* (IMPERATORI, 1982).

Neste Estágio pretende-se avaliar o estado de saúde de uma comunidade específica: a comunidade escolar. Através da premissa da Direcção-Geral de Saúde (DGS), que *“A Saúde Escolar é imprescindível na melhoria dos determinantes da saúde que comprometem os anos de vida perdidos e, futuramente, no aumento do número de anos de vida saudável dos cidadãos.”* (DGS, 2014 *In Press*) e baseada num dos objetivos específicos do Programa Nacional de Saúde Escolar 2014 da redução dos comportamentos de risco associados aos

fatores de risco das doenças transmissíveis e não transmissíveis (consumo de tabaco, álcool, substâncias psicoativas, relações sexuais desprotegidas, entre outros), é desenvolvido o projeto “Rotas de Vida” como vista à promoção da saúde.

O empoderamento comunitário é um conceito interligado ao conceito de promoção da saúde, apesar dos seus fundamentos conceptuais serem diferentes e que pode ser encarado enquanto processo ou resultado, e que *“começa no indivíduo, passa pelo grupo e termina na comunidade em geral.”* (LAVERACK, 2004).

No âmbito das competências para a vida, este projeto e tendo por base o conceito de Pessoa enquanto *“ser social e agente intencional de comportamentos (...). Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. (...). A pessoa é também centro de processos não intencionais.”* (OE, 2002) pretende uma abordagem do Foco de Enfermagem Gestão Comunitária nas três dimensões diagnósticas: Processo de Tomada de Decisão, Papel Profissional e Papel Parental, que se encontram *“associadas à dimensão cognitiva (conhecimento e/ou aprendizagem de habilidades), à dimensão atitudinal (crenças, valores e atitudes) e à dimensão comportamental (adesão)* (MELO, 2012).

O “Rotas de Vida” pretende promover uma gestão comunitária eficaz, através do desenvolvimento deste projeto de intervenção que permite a capacitação e empoderamento de uma comunidade, mostrando que o Foco de Enfermagem Gestão Comunitária através das suas dimensões diagnósticas permite aquilo que se pretende com o empoderamento, isto é, *“que as pessoas envolvidas no processo de empoderamento têm mais controlo sobre as decisões importantes e as estruturas sociais que influenciam as suas vidas.”* (LAVERACK, 2004).

Sendo um projeto que abrange as quatro competências específicas da Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC), penso que será um projeto extremamente completo e que me permitirá desenvolver, aprofundar verdadeiramente e ter uma prática com variadas experiências nesta área de especialização.

I.1 Objetivos / Competências e Atividades a desenvolver no Estágio

É através de objetivos pessoais claros, precisos e exequíveis que permitem uma melhor experiência do que se vivenciará em Estágio e que permite um método melhor e uma correta matriz de trabalho a desenvolver durante os dois módulos de Estágio. Assim, para além dos objetivos propostos pela Universidade Católica Portuguesa no Guia de Estágio 2014, são ainda propostos os objetivos a desenvolver, e as atividades que deverão ser desenvolvidas para o cumprimento dos objetivos.

I.1.1 Objetivos Gerais

De acordo com o Guia de Estágio de 2014, pretende-se com a Unidade Curricular Estágio os seguintes objetivos gerais:

- *“Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC);*
- *“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- *“Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”.*

I.1.2 Objetivos Específicos

No Guia de Estágio 2014, são objetivos específicos:

- *“1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;*
- *2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;*

- 3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- 4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- 5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- 6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- 7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- 8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;
- 9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
- 10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, (...), especialmente na área da EEC;
- 11. Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;
- 12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- 13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC;
- 14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- 15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- 16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- 17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- 18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEC;
- 19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEC;
- 20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

- 21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- 22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EEC;
- 23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEC;
- 24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC;
- 25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- 26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EEC;
- 27. Identificar as necessidades formativas na área da EEC
- 28. Promover a formação em serviço na área de EEC;
- 29. Colaborar na integração de novos profissionais.

I.1.3 Atividades a desenvolver no Estágio

Após a definição dos objetivos gerais e específicos para o Projeto Individual de Estágio são selecionadas as atividades a desenvolverem no Módulo I e no Módulo II:

Módulo I: Diagnóstico de Saúde

Atividades a desenvolver:

- Desenvolver trabalho de equipa com os parceiros interdisciplinares na USP na área da EEC;
- Realizar pesquisa bibliográfica sobre o consumo de substâncias psicoativas e comportamentos sexuais, nos jovens e as vantagens de uma correta intervenção comunitária;
- Participar e estar envolvida nas atividades desenvolvidas pela equipa da USP e nas reuniões informais;
- Construir um instrumento de colheita de dados adequado à população que se pretende estudar e através de metodologia científica;
- Realizar colheita dos dados de forma objetiva e precisa;
- Organizar e tratar os dados colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado;
- Elaborar diagnóstico da situação sobre o consumo de substâncias psicoativas e comportamentos sexuais, nos jovens entre os 15 e 17 anos; na comunidade selecionada;

- Identificar os recursos comunitários disponíveis para a comunidade escolar do CEB da área selecionada;
- Construir Portfolio com todo o material aplicado no projeto e atividades desenvolvidas promovendo a prática reflexiva e o espírito crítico
- Definir prioridades.

Módulo II: Implementação de Projeto de Intervenção Comunitário

Atividades a desenvolver:

- Fixar objetivos em relação aos problemas definidos como prioritários;
- Selecionar estratégias de intervenção eficazes com vista ao objetivo esperado;
- Elaborar, executar e avaliar o plano de intervenção comunitária que se traduza numa assistência eficaz a uma necessidade da comunidade e selecionada como prioritária;
- Desenvolver plano de intervenção adequado à necessidade diagnosticada e selecionada como prioritária;
- Promover o empoderamento comunitário na comunidade escolar (crianças, famílias e professores) através da capacitação e promoção de competências para a vida potenciadoras de um projeto de vida saudável;
- Adequar estratégias de intervenção eficazes ao melhoramento dos problemas de saúde encontrados
- Identificar os recursos humanos e materiais existentes na USP com vista à execução do projeto
- Desenvolver sessões de educação para a saúde;
- Completar Portfolio de Atividades
- Cumprir os prazos estabelecidos no cronograma;
- Apresentar o Diagnóstico de Saúde obtido da comunidade selecionada ao Tutor do Estágio, assim como o plano de intervenção de pelo menos uma necessidade diagnosticada;
- Elaborar Relatório de Estágio

2. OBJETIVOS DO PROJETO “ROTAS DE VIDA”

Para uma melhor compreensão do projeto “Rotas de Vida” são esclarecidos os seus objetivos e finalidade.

2.1. Finalidade

A meta que se pretende atingir com a implementação do projeto será:

- Promover uma gestão comunitária eficaz para a promoção de competências para a vida promotoras de um projeto de vida saudável.

2.2 Objetivos Específicos

De acordo com o projeto “Rotas de Vida”, são objetivos específicos:

- Promover uma tomada de decisão eficaz nas crianças do 3º ano do 1º ciclo do CEB
- Promover um papel profissional adequado nos professores, promotor de competências de vida adequadas
- Promover um papel parental adequado nas famílias, promotoras de competências de vida adequadas

CONCLUSÃO

A estruturação de um projeto envolve, na maioria das vezes, uma reflexão prévia do que se vai construir e, geralmente é uma proposta ou sugestão de algo com o objetivo de obter ganhos visíveis com a sua aplicação. Esta proposta prévia que é o Projeto Individual de Estágio permite-nos encarar o trajeto profissional atual e aquele que pretendemos seguir, a pertinência daquilo que será desenvolvido e que ganhos em saúde será possível obter uma vez que se pretende obter com o Estágio um momento de formação privilegiado na área da EEC.

De acordo com os objetivos propostos na Nota Introdutória deste projeto considero que os mesmos foram alcançados pois, foi possível dar resposta a um requisito da Unidade Curricular Estágio e desenvolver uma matriz orientadora do trajeto do estágio e ainda, foram organizados os objetivos e competências que pretendo adquirir assim como a explanação das atividades que penso que poderão ser desenvolvidas em cada um dos módulos. Foi importante a elaboração deste documento porque me induziu à reflexão sobre o que realmente pretende alcançar nesta unidade curricular. Ressalvo que, os objetivos e as atividades declaradas neste documento poderão sofrer alterações de acordo com as experiências que surjam ao longo do campo de estágio, como resultado da falta de conhecimento da realidade de trabalho numa USP.

As dinâmicas das comunidades exigem uma panóplia de estratégias de intervenção às quais os enfermeiros da EEC assumem um papel indispensável e pretendo colocar em prática todo o conhecimento adquirido ao longo da formação da especialidade com vista a procurar contribuir para os avanços da Enfermagem, enquanto disciplina e área do conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto-Lei nº.28/2008 de 22 de Fevereiro, 2008;
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2014), Programa Nacional de Saúde Escolar, Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal;
- Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, (2014), Porto;
- IMPERATORI, E.,GIRALDES, M. (1982), Metodologia do Planeamento da Saúde, Lisboa;
- LAVERACK,G. (2004), Promoção de Saúde – Poder e Empoderamento, Lusodidacta, Loures.
- MELO 2012;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002), Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011), Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária: Regulamento das Competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;
- UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE MATOSINHOS (2011) - Unidade Local de Saúde de Matosinhos- Plano Local de Saúde de Matosinhos 2011-2016, Matosinhos.

ANEXO

Cronograma de Estágio

Anexo M Comunicação em Encontro de Enfermagem:
*“Projeto Decidir para Agir – Empoderamento da
Comunidade para escolhas saudáveis”*

Empoderamento Comunitário

Projeto de Intervenção Comunitária

“Decidir para Agir”



Community Empowerment
Community Intervention Project - "Deciding to Act"

Unidade de Saúde Pública de Matosinhos | Universidade Católica Portuguesa – Porto

Porto, 15 de Setembro de 2014

Educação para a saúde

Education for Health



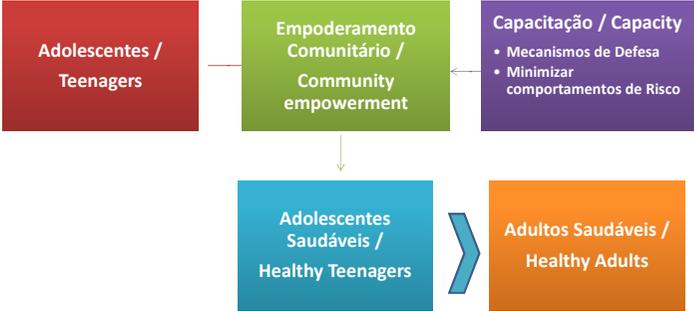
Decision making
Promoting the health of others
Adoption of healthy behaviors

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Enquadramento do Projeto

Framework of the Project



WHO, 2014

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Enquadramento do Projeto

The information will be enough?

A informação será suficiente?

“Os adolescentes precisam estar envolvidos nas decisões e nas ações.”
(WHO, 2014)

“Na Escola, intervenções efetivas passam pela implementação de projetos holísticos de promoção do bem-estar global assentes no desenvolvimento de competências individuais, sociais e emocionais que facilitam relações interpessoais e capacitam a comunidade educativa para a gestão da saúde.”
(DGS, 2014)
Programa Nacional de Saúde Escolar

Método de Prevenção mais Adequado

Menor probabilidade de utilizar Substâncias Psicoativas

Adolescentes Informados

They need to be involved in decisions and actions

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Enquadramento do Projeto

Framework of the Project

- Abordagem deve ser centrada:
 - Formação dos professores;
 - Medidas centradas na família para melhorar as competências parentais;
 - Medidas destinadas a melhorar a participação dos estudantes e a promover uma cultura de escola positiva.

(OEDT, 2014)

The approach should be focused on three areas

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Enquadramento do Projeto

Papel Relevante / Significant Role

Encarregados de Educação / Parents

Escola / School

Proteção da saúde e no desenvolvimento dos adolescentes / Protection of the health and development of adolescents

(WHO, 2014)

"Um ambiente escolar saudável permite um ambiente escolar positivo que sustenta comportamentos de promoção da saúde tais como a resolução de conflitos, habilidades sociais positivas, (...) prevenir o consumo de tabaco, álcool e outras drogas ilícitas." (CDC, 2013)

"A capacitação da comunidade educativa é um fator de proteção que, a par de outros, reforçam a ação em prol do desenvolvimento comunitário." (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2014).

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Enquadramento do Projeto

Intervenção Escolar

Ambiente escolar positivo

Sentimentos de:

- envolvimento
- segurança
- reforço

Promoção do:

- desenvolvimento ajustado das crianças e jovens

Melhorar a capacidade de lidar com o risco associado aos comportamentos aditivos e dependências.

(SICAD,2013)

A positive School Intervention reinforces feelings of involvement, promoting the development of the children and creating better ways to deal with risky situations

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Enquadramento do Projeto

Papel do Enfermeiro

Resposta às necessidades das crianças e adolescentes

Profissional melhor qualificado para ser o gestor de projetos no âmbito escolar

Competências essenciais

Enfermeiros - Dinamizadores de educação para a saúde

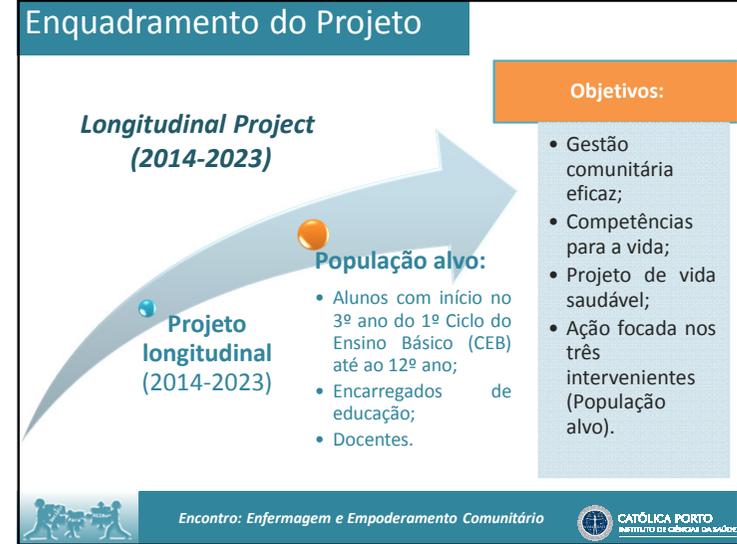
Nurses:

- Best qualified to manage projects in schools;
- Facilitators of health education;
- Give response to the needs of children and adolescents.

(OE,2009)

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Comportamentos Associados ao Consumo de Substâncias Psicoativas (SPA)



Adolescência / Adolescence

Comprometimento do desenvolvimento / Impairment in the development

Nível biológico
 • Interrompendo ou prejudicando a sua maturação

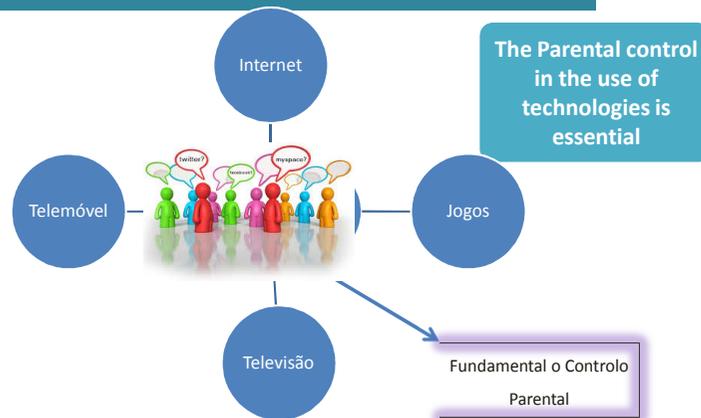
Nível psicossocial
 • Envolvendo os adolescentes em situações relacionais e comportamentais com consequências imprevisíveis



Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário



Comportamentos Aditivos Sem Substância (CASS)



Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário



Comportamentos Associados À Sexualidade

Adolescência / Adolescence

Mudanças:
 • Nível físico, social e psicológico

Mudanças:
 • Relacionamento com:
 • país
 • amigos
 • pessoas do sexo oposto
 • Na forma como se vê a si próprio.

Colocam-se:
 • Direta ou indiretamente em situações de risco

Risco de adotarem comportamentos que interferem com a sua saúde física e psíquica



Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário



Comportamentos Associados À Sexualidade

Adolescência:

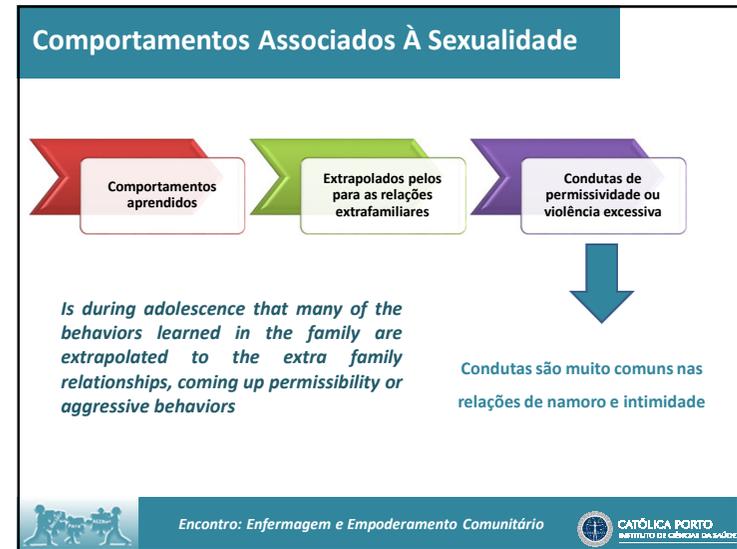
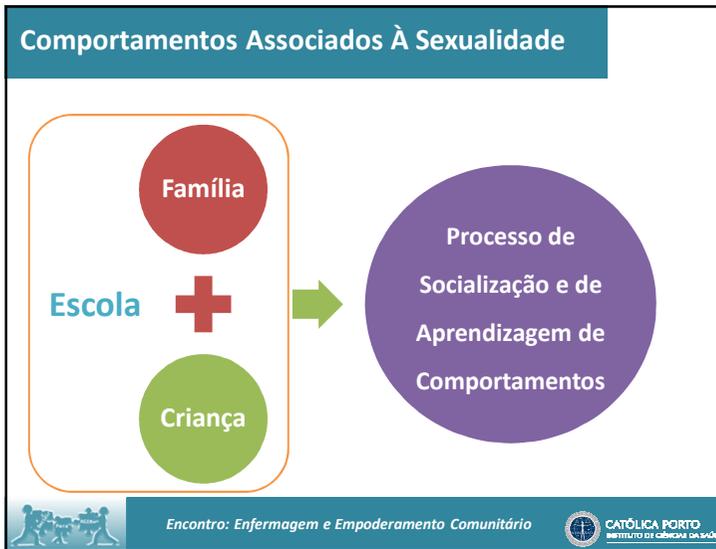
“uma passagem perigosa, de grande instabilidade emocional e caracterizada por significativas alterações desenvolvimentais sendo que representa um período de maior vulnerabilidade para a ocorrência de abuso na intimidade”.

(Caridade & Machado, 2011, cit. por Fernandes 2013).



Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário



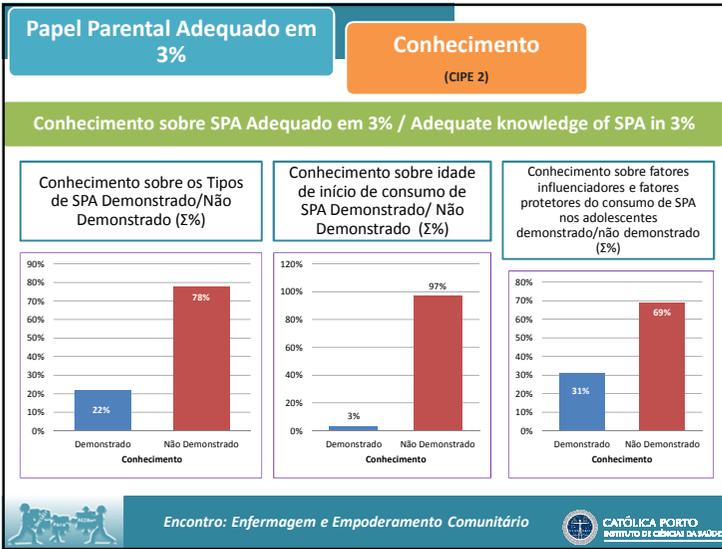
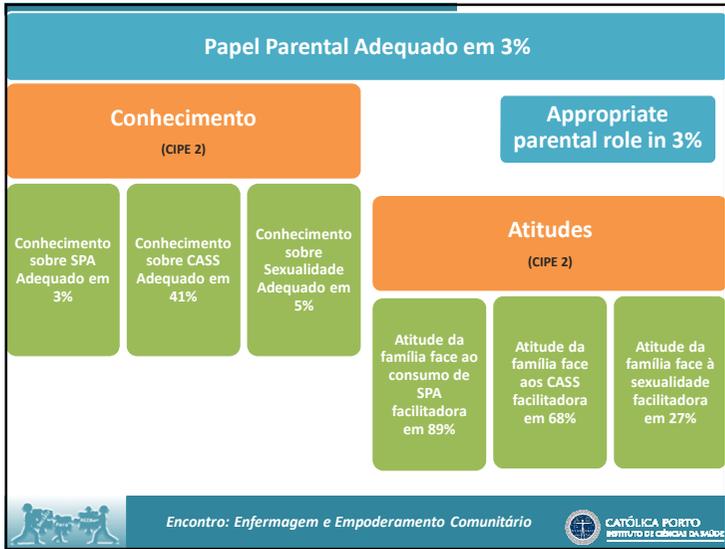
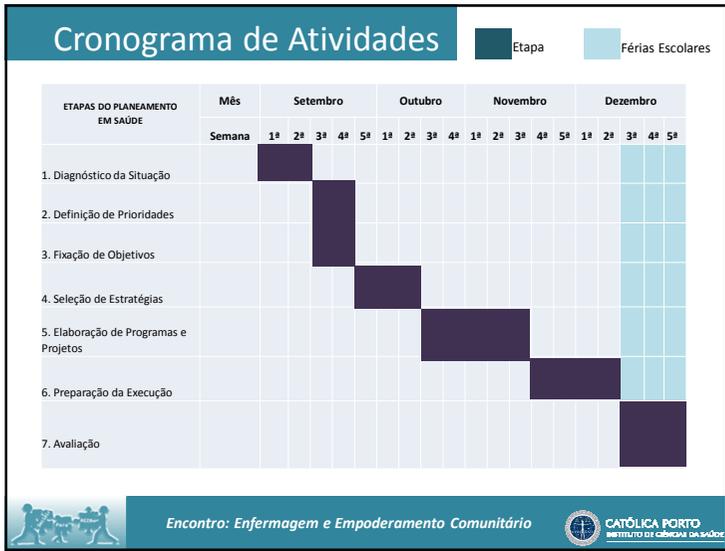


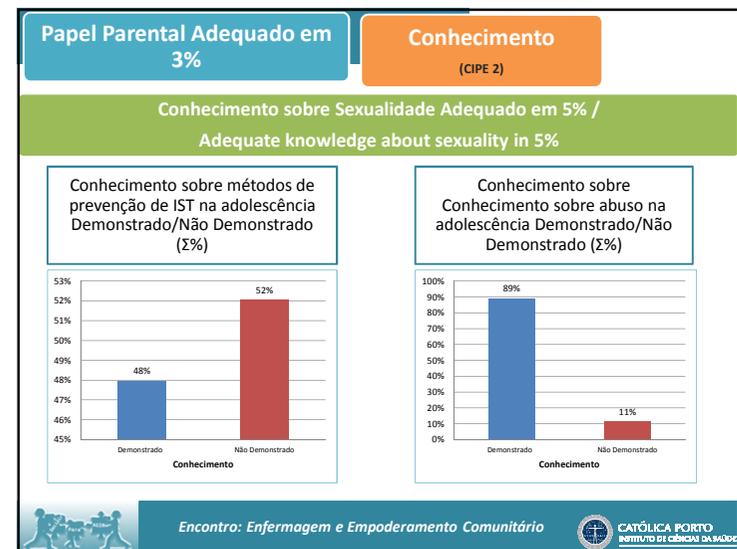
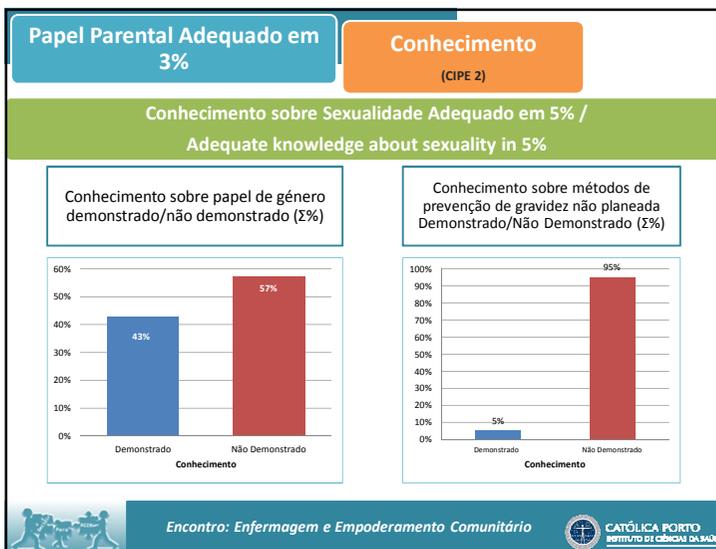
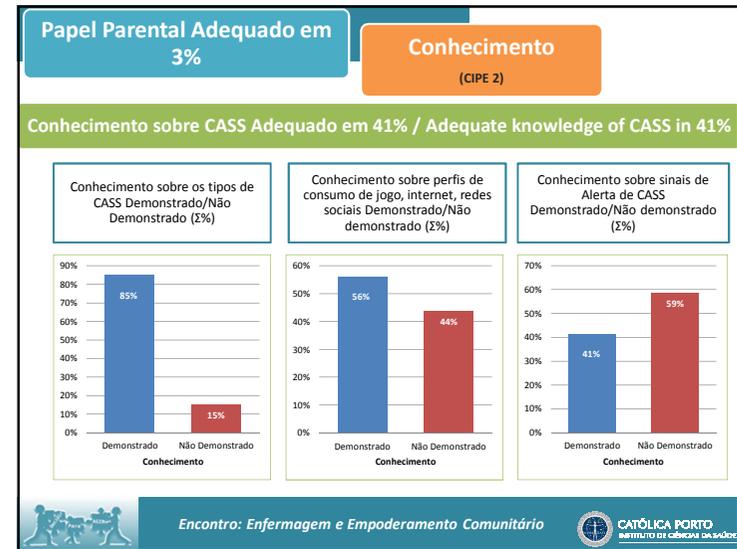
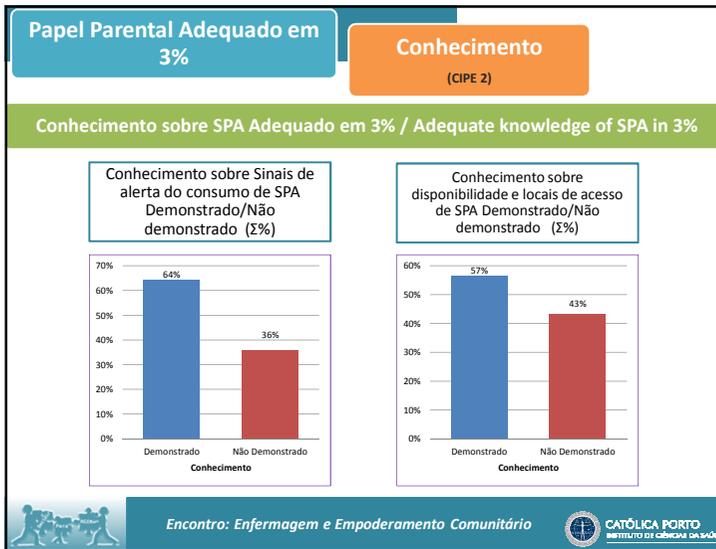
Cronograma de Atividades

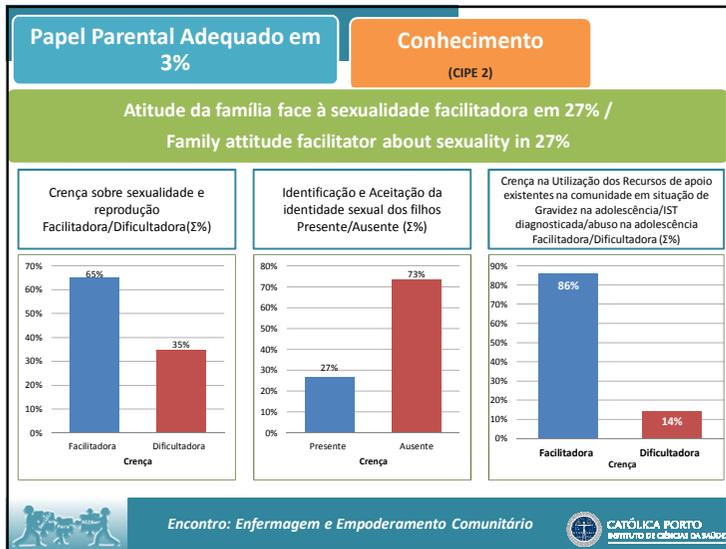
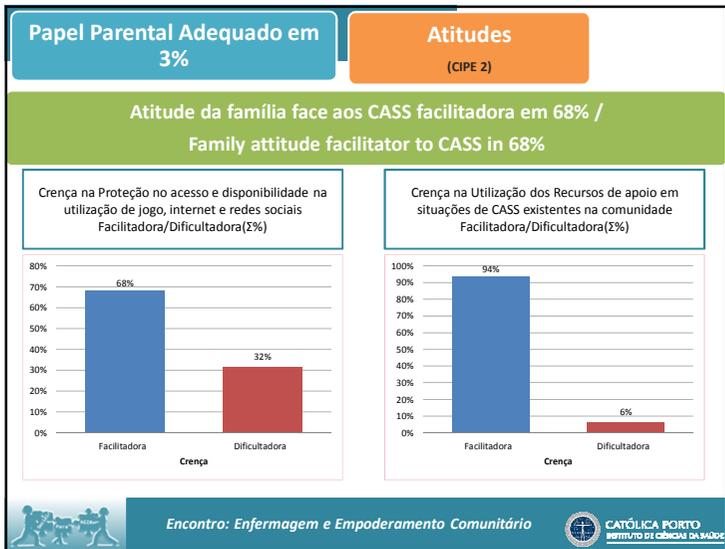
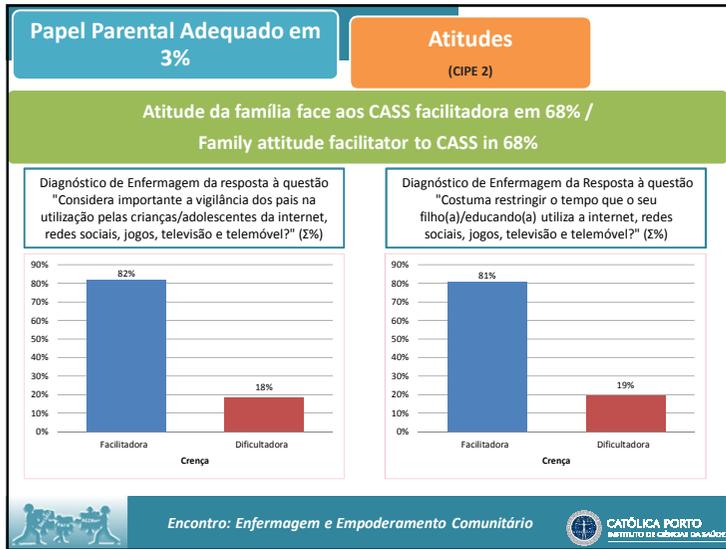
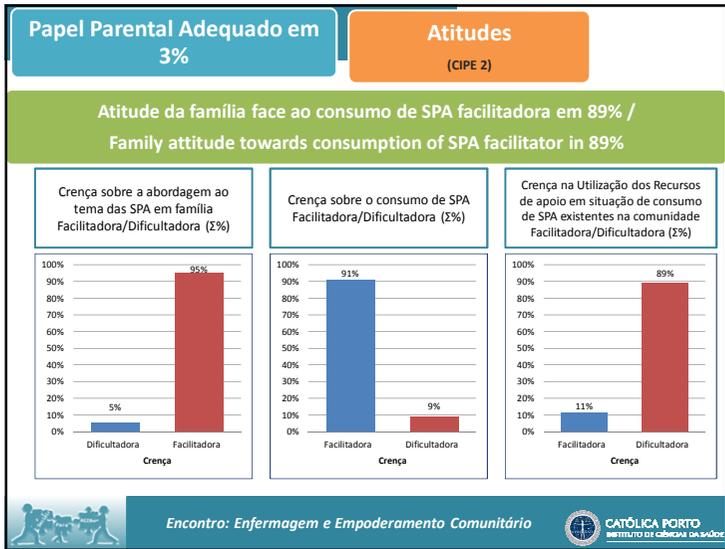
ETAPAS DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	Mês	Abril					Maio					Junho					Julho					Agosto				
	Semana	5ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª	4ª
1. Diagnóstico da Situação		[Shaded area]																								
2. Definição de Prioridades																										
3. Fixação de Objetivos																										
4. Seleção de Estratégias																										
5. Elaboração de Programas e Projetos																										
6. Preparação da Execução																										
7. Avaliação																										

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE







Diagnóstico da Situação

Papel Profissional

Diagnosis of the situation / Professional role

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Papel Profissional Adequado em 8%

Appropriate professional role in 8%

Conhecimento (CIPE 2)

- Conhecimento sobre SPA Adequado em 8%
- Conhecimento sobre CASS Adequado em 56%
- Conhecimento sobre Sexualidade Adequado em 12%

Atitudes (CIPE 2)

- Atitude dos professores face ao consumo de SPA facilitadora em 72%
- Atitude dos professores face aos CASS facilitadora em 68%
- Atitude dos professores face à sexualidade facilitadora em 64%

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Papel Profissional Adequado em 8%

Conhecimento (CIPE 2)

Conhecimento sobre SPA Adequado em 8% / Adequate knowledge of SPA in 8%

Conhecimento sobre os Tipos de SPA Demonstrado/Não Demonstrado (Σ%)

Conhecimento	Porcentagem
Demonstrado	44%
Não Demonstrado	56%

Conhecimento sobre idade de início de consumo de SPA Demonstrado/ Não Demonstrado (Σ%)

Conhecimento	Porcentagem
Demonstrado	8%
Não Demonstrado	92%

Conhecimento sobre perfis de consumo de SPA demonstrado/não demonstrado (Σ%)

Conhecimento	Porcentagem
Demonstrado	28%
Não Demonstrado	72%

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Papel Profissional Adequado em 8%

Conhecimento (CIPE 2)

Conhecimento sobre SPA Adequado em 8% / Adequate knowledge of SPA in 8%

Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de SPA nos adolescentes demonstrado/não demonstrado (Σ%)

Conhecimento	Porcentagem
Demonstrado	52%
Não Demonstrado	48%

Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de SPA Demonstrado/Não demonstrado (Σ%)

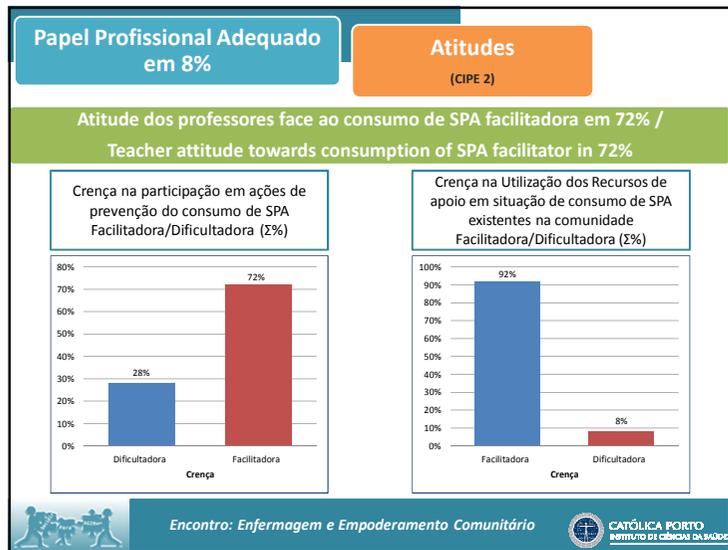
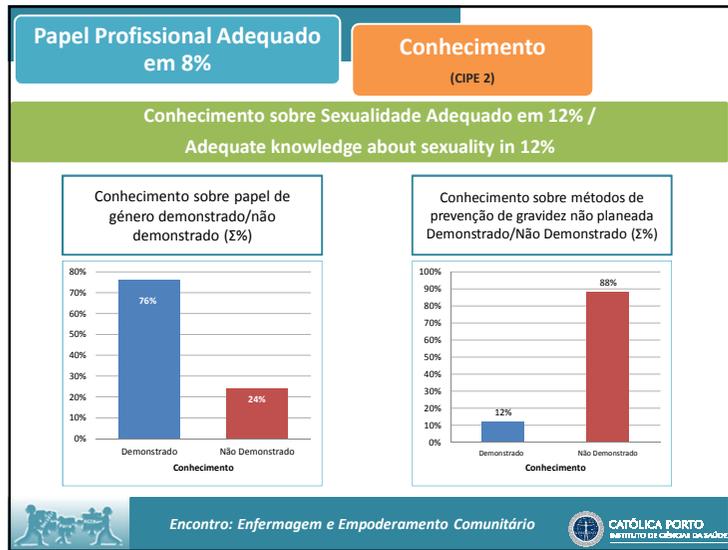
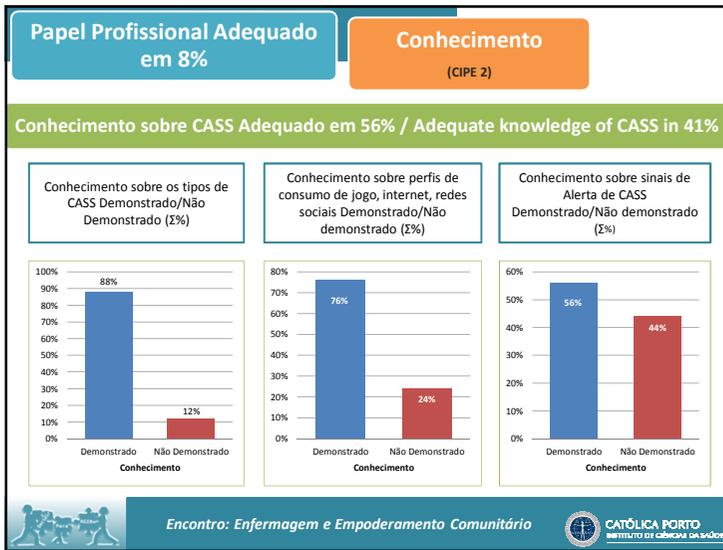
Conhecimento	Porcentagem
Demonstrado	80%
Não Demonstrado	20%

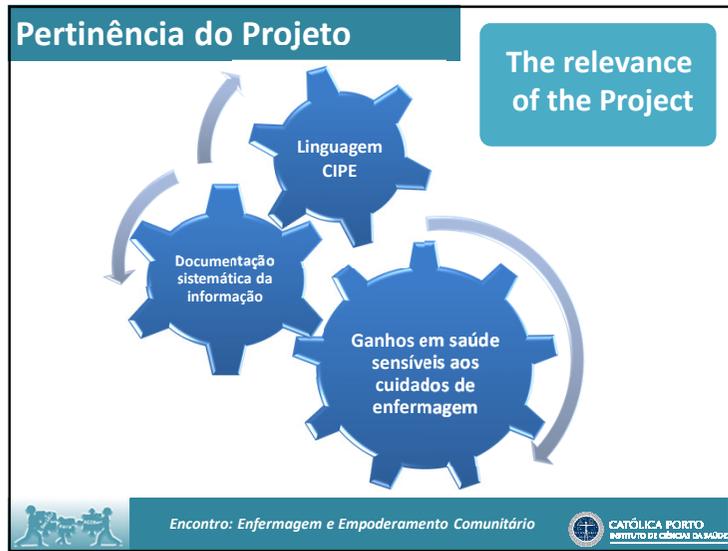
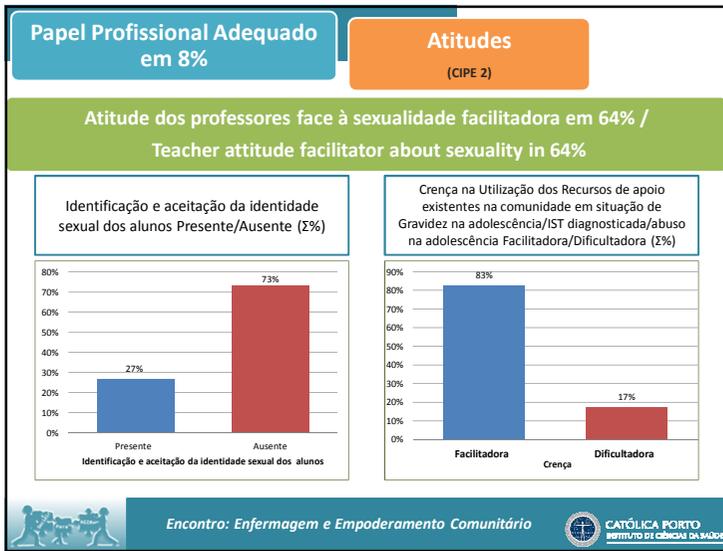
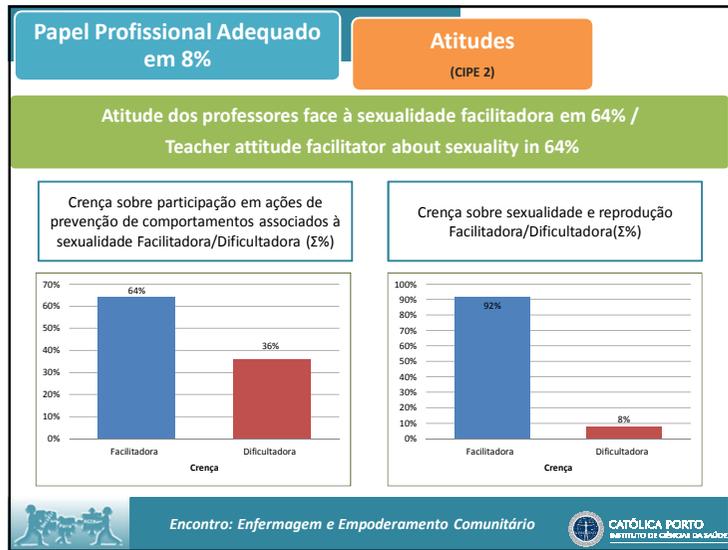
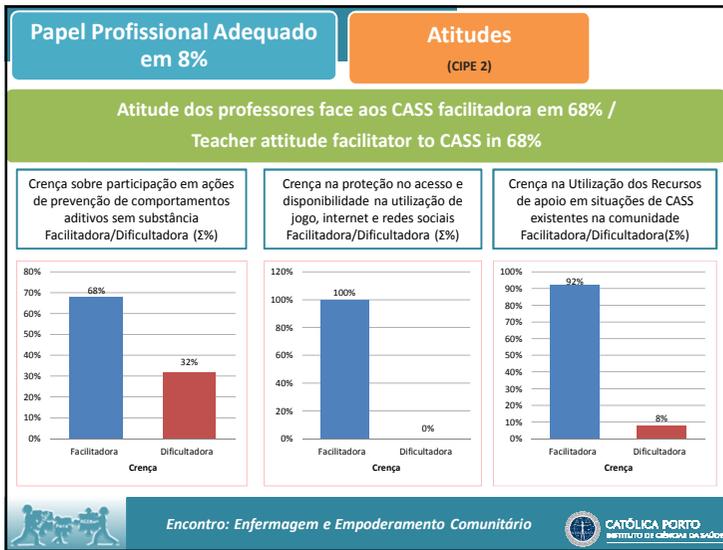
Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de SPA Demonstrado/Não demonstrado (Σ%)

Conhecimento	Porcentagem
Demonstrado	56%
Não Demonstrado	44%

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE





Empoderamento

Empowerment

“Processo que confere mais poder às pessoas”
Laverack, 2004

“A Promoção da Saúde é um Processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde”
(OMS, 1986)

Promoção da Saúde

Empoderamento

Empoderamento comunitário

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Empoderamento Comunitário

Community Empowerment

Processo interativo que se desloca para ambas as direções ao longo de um contínuo e que implica o empoderamento pessoal..” Laverack, 2004

Empoderamento comunitário

Processo
 No sentido de concretizar metas/objetivos

Resultado
 O objetivo é o empoderamento da comunidade

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Empoderamento Comunitário

Community Empowerment

Família

→

Professores

→

Alunos

↓

Promoção de melhores decisões

←

Comunidade empoderada

←

Aquisição de habilidades e competências

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

“Decidir para Agir”

Não é um projeto isolado:

Integra-se em paralelo com o estudo de avaliação do nível de empoderamento comunitário, associado à aplicação da matriz operativa do Modelo de Empoderamento Comunitário proposto por Melo (2014).

It's not an isolated project:

It is integrated with a parallel study to assess the level of empowerment of the community associated with the implementation of the operational matrix of the Community Empowerment Model proposed by Melo (2014).

Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário

CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Referências Bibliográficas

- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2013). *Annual epidemiological report: Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data*. Stocolm.
- Fernandes, A. F. (2013). *Programas de Sensibilização de Violência no Namoro Impacto nos Jovens*.
- Laverack, Glenn. (2008). *Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Melo, P., Figueiredo, M. H., & Borges, E. (2012). Os Diagnósticos de Enfermagem em Educação para a Sexualidade em Meio Escolar – Um estudo de Caso. *II Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria, VIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria, I Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria*. Barcelona, Espanha.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). (2014). *Relatório Europeu sobre Drogas - Tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Parecer N.º 109/2009 – Educação Sexual nas Escolas*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Ordem dos Enfermeiros.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*.



Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário



Obrigada!



*“Good decisions today are
healthy behaviors tomorrow”*

Thank you!

Andreia Silva: andriacms@gmail.com

Mariana Sousa: mariana_sousa@hotmail.com

Estudantes de Mestrado em Enfermagem (ICS-UCP)



Encontro: Enfermagem e Empoderamento Comunitário



Anexo N *Póster: "O Diagnóstico de Enfermagem no âmbito do papel parental no contexto escolar- o estudo de caso"*

O Diagnóstico de Enfermagem no âmbito do papel parental no contexto escolar – um estudo de caso

Silva, Andreia¹; Sousa, Mariana²; Melo, Pedro³; Fonseca, Graça⁴; Freitas, Carla⁵

¹ Aluna de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Porto (andreiaccms@gmail.com)

² Aluna de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Porto

³ Professor Assistente no Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa – Porto

⁴ Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

⁵ Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora



Introdução

A escola é um *setting* de excelência na promoção de padrões de comportamentos saudáveis ao longo da vida^[1]. Intervenções efetivas neste contexto assentam na implementação de projetos com base no desenvolvimento de competências para a vida e que capacitam a comunidade educativa para a gestão da saúde enquanto fator de proteção^[2]. A abordagem deve ser centrada na família, na formação dos docentes, na participação dos estudantes e a promover uma cultura de escola positiva^[3].

O projeto "Decidir para agir" decorre entre 2014 e 2023 e tem como população alvo os alunos com início no 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico até ao 12º ano, os seus encarregados de educação e docentes de um concelho da região Norte de Portugal com o objetivo de obter uma gestão comunitária eficaz com intervenção em três domínios: os comportamentos associados ao consumo de substâncias psicoativas, os comportamentos aditivos sem substância e os comportamentos associados à sexualidade. Apresenta uma abordagem do Foco de Enfermagem Gestão Comunitária, de acordo com os critérios diagnósticos propostos por Melo, Figueiredo, & Borges (2012)^[4] que incluem a abordagem de três dimensões diagnósticas: Papel Parental, Papel Profissional e Processo de Tomada de Decisão^[5] e definidas no diagnóstico de situação.

Método

O método utilizado foi o estudo de caso, analisando o processo de diagnóstico no Foco Papel Parental. Como estratégia diagnóstica foi utilizado como instrumento de recolha de dados um inquérito estruturado, entregue a todos os encarregados de educação dos alunos do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico de 4 escolas abrangidas por uma Unidade de Saúde Pública da região Norte de Portugal. Após tratamento dos dados, através da ferramenta Microsoft Excel foram obtidos os dados para formular o juízo clínico que indica o Diagnóstico no âmbito do Foco Papel Parental.

Resultados

Como critérios diagnósticos associados ao Papel Parental identificou-se: o conhecimento sobre consumo de substâncias psicoativas, o conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substância, o conhecimento sobre sexualidade e reprodução, a atitude da família face ao consumo de substâncias psicoativas, a atitude da família face aos comportamentos aditivos sem substância e a atitude da família face à sexualidade e reprodução. Cada critério foi atribuído através de dados (Figura 1).

De acordo com os dados colhidos foram atribuídas percentagens associadas ao juízo clínico atribuído a cada critério diagnóstico. Importa realçar que a percentagem associada ao Foco Papel Parental corresponde à percentagem de menor valor identificada nos critérios diagnósticos associados ao Papel Parental, apresentando assim interdependência deste foco com os critérios a este associado e descrito na positiva para uma correta avaliação posterior. Também nos critérios diagnósticos foi utilizada a mesma regra na atribuição do juízo clínico, no âmbito dos dados avaliados para cada um deles. Assim, de acordo com os dados obtidos, o diagnóstico de enfermagem formulado foi Papel Parental efetivo em 3% dos encarregados de educação.

Os diagnósticos de enfermagem obtidos após o tratamento dos dados foram: conhecimento sobre substâncias psicoativas efetivo em 3%; conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substância efetivo em 41%; conhecimento sobre sexualidade efetivo em 5%; atitude da família face ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora em 11%; atitude da família face aos comportamentos aditivos sem substância facilitadora em 68% e atitude da família face à sexualidade e reprodução facilitadora em 27% (Figura 2).

Conhecimento sobre substâncias psicoativas não efetivo se:	Conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substância não efetivo se:	Conhecimento sobre sexualidade e reprodução não efetivo se:	Atitude da família face ao consumo de substâncias psicoativas dificultadora se:	Atitude da família face aos comportamentos aditivos sem substância dificultadora se:	Atitude da família face à sexualidade e reprodução dificultadora se:
<ul style="list-style-type: none">Conhecimento sobre os tipos de substâncias psicoativas não efetivo eConhecimento sobre idade de início do consumo de substâncias psicoativas não efetivo e/ouConhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes não efetivo e/ouConhecimento sobre sinais de alerta do consumo de substâncias psicoativas não efetivo e/ouConhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de substâncias psicoativas não efetivo.	<ul style="list-style-type: none">Conhecimento sobre os tipos de comportamentos aditivos sem substância não efetivo e/ouConhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais não efetivo e/ouConhecimento sobre sinais de alerta de comportamentos aditivos sem substância não efetivo.	<ul style="list-style-type: none">Conhecimento sobre papel de género efetivo/não efetivo eConhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência não efetivo e/ouConhecimento sobre métodos de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis na adolescência não efetivo e/ouConhecimento sobre o abuso na adolescência não efetivo.	<ul style="list-style-type: none">Creção sobre a abordagem ao tema de substâncias psicoativas em família dificultadora eCreção sobre o consumo de substâncias psicoativas dificultadora e/ouCreção na utilização dos recursos de apoio em situação de consumo de substâncias psicoativas existentes na comunidade dificultadora.	<ul style="list-style-type: none">Creção na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais dificultadora eCreção na utilização dos recursos de apoio em situações de comportamentos aditivos sem substância existentes na comunidade dificultadora.	<ul style="list-style-type: none">Creção sobre sexualidade e reprodução dificultadora eIdentificação e aceitação da identidade sexual dos filhos ausente e/ouCreção na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/gravidez na adolescência/infecção sexualmente transmissível diagnosticada dificultadora.

Figura 1- Critérios de diagnóstico para o Foco Papel Parental

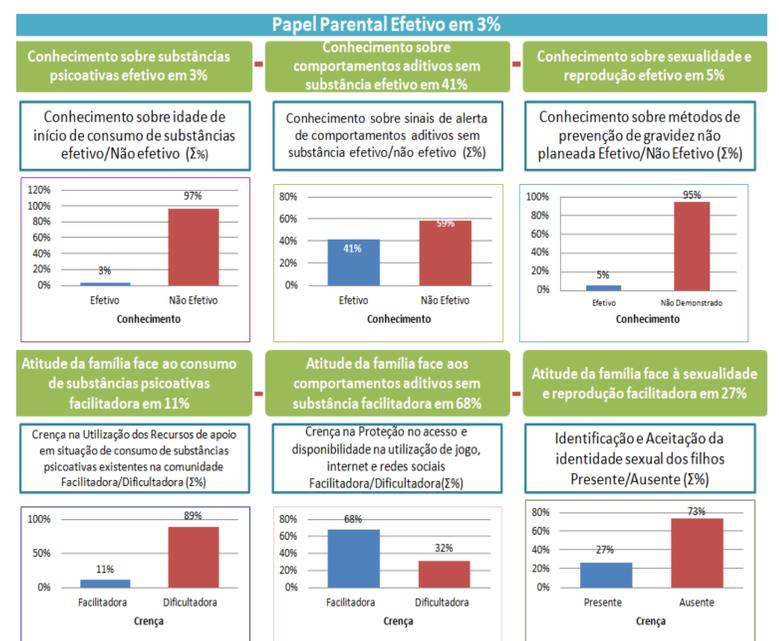


Figura 2- Diagnósticos de enfermagem obtidos

Discussão

Como critérios diagnósticos associados ao Papel Parental identificou-se: o conhecimento sobre consumo de substâncias psicoativas, o conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substância, o conhecimento sobre sexualidade e reprodução, a atitude da família face ao consumo de substâncias psicoativas, a atitude da família face aos comportamentos aditivos sem substância e a atitude da família face à sexualidade e reprodução. De acordo com os dados colhidos foram atribuídas percentagens associadas ao juízo clínico atribuído a cada critério diagnóstico. A percentagem associada ao foco Papel Parental e aos critérios diagnósticos corresponde à percentagem de menor valor identificada nos critérios diagnósticos associados ao Papel Parental, revelando a interdependência deste foco com os critérios a este associado e descrito na positiva.

De acordo com os dados obtidos, o diagnóstico de enfermagem formulado foi Papel Parental efetivo em 3% dos encarregados de educação. Os diagnósticos de enfermagem obtidos após o tratamento dos dados foram: conhecimento sobre substâncias psicoativas efetivo em 3%; conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substância efetivo em 41%; conhecimento sobre sexualidade e reprodução efetivo em 5%; atitude da família face ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora em 11%; atitude da família face aos comportamentos aditivos sem substância facilitadora em 68% e atitude da família face à sexualidade e reprodução facilitadora em 27%.

Anexo O Artigo científico: *“Papel Profissional enquanto diagnóstico de enfermagem no contexto escolar – um estudo de caso”*

Resumo - Artigo

Título:

Papel Profissional enquanto diagnóstico de enfermagem no contexto escolar – um estudo de caso.

Professional Role while nursing diagnosis in the school context - a case study.

Autores: Andreia Silva¹, Mariana Sousa¹, Pedro Melo², Teresa Cardoso³, Alice Martins⁴, Sérgio Sousa⁵.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária; Saúde Escolar; Empoderamento; Papel Profissional.

Community Health Nursing; School Health; Empowerment; Professional Role.

¹ Aluna de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Porto

² Professor Assistente no Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa – Porto

³ Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Unidade de Saúde Pública de Matosinhos

⁴ Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

⁵ Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Unidade de Saúde Pública de Matosinhos

Resumo:

A escola é um *setting* de excelência na promoção de padrões de comportamentos saudáveis ao longo da vida. Os encarregados de educação e os docentes desempenham um papel fundamental na proteção da saúde e no desenvolvimento dos adolescentes no âmbito de uma série de comportamentos e condições. No âmbito da elaboração de um projeto de intervenção em contexto escolar, perspetiva-se uma abordagem longitudinal (2014-2023) fundamentada em três domínios: comportamentos associados ao consumo de substâncias psicoativas; comportamentos aditivos sem substância; comportamentos associados à sexualidade. Na primeira etapa de planeamento em saúde, no diagnóstico de situação, definiu-se a tomada de decisão clínica em enfermagem em três focos de atenção: o Processo de Tomada de Decisão nos alunos; o Papel Profissional nos docentes e o Papel Parental nos encarregados de educação. Neste artigo descrevemos o Papel Profissional dos docentes, enquanto diagnóstico de enfermagem, no âmbito dos domínios em estudo, utilizando como método o estudo de caso.

Abstract:

The school is a setting of excellence in promoting healthy behavior patterns throughout life. The education carers and teachers play a key role in protecting the health and development of adolescents in the context of a series of behaviors and conditions. In the preparation of an intervention project in the school context, a longitudinal approach is perspective (2014-2023) based on three areas: behaviors associated with substance use; behaviors additives without substance and behaviors associated with sexuality. In the first health planning stage, the diagnosis of the situation, defined the clinical decision-making in nursing in three focus of attention: the Decision Making Process in students; the Professional Role in teachers and the Parental Role in parents. This paper describes the Professional Role of teachers, while nursing diagnosis, within the areas under study, using a case study method.

Introdução:

A educação para a saúde no contexto escolar, engloba estratégias de ensino e experiências de aprendizagem que oferecem aos alunos a oportunidade de adquirir conhecimentos e habilidades de forma a desenvolver atitudes necessárias para a tomada de decisões promotoras da sua saúde e da saúde dos outros.

A prevenção precoce destes comportamentos na infância é mais eficaz do que as tentativas de persuasão quando já estão consolidados na idade jovem ou durante a vida adulta. No entanto, os autores indicam que a intervenção nos adolescentes permite corrigir comportamentos que surgiram na primeira década^[1]. A saúde dos adolescentes é um fator importante segundo uma perspectiva a longo prazo ao nível da saúde pública porque adolescentes saudáveis serão também adultos mais saudáveis^[1].

O empoderamento dos alunos permite melhorar mecanismos de tomada de decisão para a evicção de comportamentos de risco que se traduzem em indicadores de morbilidade e mortalidade no futuro (comportamentos aditivos de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos sem substância e comportamentos de risco associados à sexualidade)^[1].

Entre todos os setores que desempenham papéis críticos na saúde dos adolescentes, a educação é fundamental^[1]. A escola é um espaço que acompanha em continuidade as primeiras etapas do ciclo de vida e não se constitui apenas como um contexto de aprendizagens formais, mas também de socialização e de outras aprendizagens, nomeadamente sobre a conduta afetiva, social e ética. A escola enquanto contexto que envolve os encarregados de educação, os docentes e os alunos desempenha um papel relevante na proteção da saúde e no desenvolvimento destes últimos^[1].

Intervenções efetivas no contexto escolar assentam na implementação de projetos com base no desenvolvimento de competências para a vida e que capacitam a comunidade educativa para a gestão da saúde enquanto fator de proteção^[2]. A sua abordagem deve ser centrada na formação

dos docentes e em medidas centradas na família para melhorar as competências parentais e destinadas a melhorar a participação dos estudantes e a promover uma cultura de escola positiva^[3].

Integrado neste quadro de referências, o projeto Decidir para Agir decorre entre 2014 e 2023 e tem como população alvo os alunos (com início no 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico até ao 12º ano), os seus encarregados de educação e docentes de um concelho da região Norte de Portugal, com o objetivo de obter uma gestão comunitária eficaz com intervenção em três domínios:

- Comportamentos associados ao consumo de substâncias psicoativas;
- Comportamentos aditivos sem substância;
- Comportamentos associados à sexualidade.

O projeto Decidir para Agir apresenta uma abordagem do Foco de Enfermagem Gestão Comunitária, de acordo com os critérios diagnósticos propostos por Melo, Figueiredo & Borges (2012)^[4] que incluem a abordagem de três dimensões diagnósticas, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem^[5]:

- Papel Parental;
- Papel Profissional;
- Processo de Tomada de Decisão.

Contudo, face a uma investigação em curso, integrada neste projeto, sobre a Gestão Comunitária e Empoderamento Comunitário^[6], decidiu-se abordar estes três focos de forma independente. A abordagem clínica dos três focos tem por base o enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem^[7] nomeadamente o conceito de pessoa, conforme a **Figura 1**.

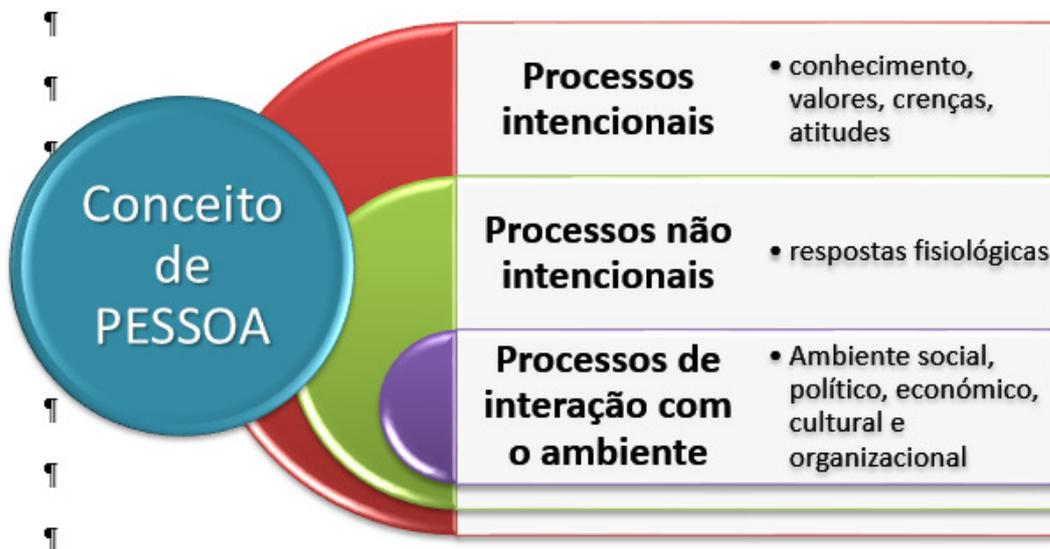


Figura 1: Dimensões do Conceito de Pessoa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem^[7]

Neste sentido, os critérios diagnósticos associam-se à dimensão cognitiva (conhecimento e/ou aprendizagem de habilidades), à dimensão atitudinal (crenças, valores, atitudes) e à dimensão comportamental (adesão) ^[4].

A avaliação do estado de saúde de uma comunidade é imprescindível para iniciar uma abordagem com a metodologia de planeamento em saúde, em que a primeira etapa é o diagnóstico da situação.

Para que sejam mensuráveis os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem associados ao processo de tomada de decisão clínica dos enfermeiros, existem os indicadores das componentes da avaliação da qualidade propostas por A. Donabedian^[8], sendo que a maioria dos projetos de intervenção apresentam maioritariamente indicadores de estrutura e de processo e poucos indicadores de resultado. Com base no conceito de empoderamento comunitário^[9], o projeto descreve-se como *bottom-up*, ou seja, é um estudo que envolve as pessoas no seu processo e estruturação, sendo desenvolvido segundo as suas necessidades reais, permitindo determinar indicadores de processo, no sentido de concretizar metas/objetivos e

indicadores de resultado com o objetivo do empoderamento da comunidade, utilizando como referencial o Modelo de Empoderamento Comunitário, proposto por Melo e Figueiredo (2012)^[10].

Método:

Para este estudo, utilizamos como método o estudo de caso, analisando o processo de diagnóstico no Foco Papel Profissional dos docentes. Como estratégia diagnóstica foi utilizado como instrumento de recolha de dados um inquérito estruturado, entregue a todos os docentes dos alunos do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico de quatro escolas na área de abrangência de uma Unidade de Saúde Pública e quatro Unidades de Cuidados na Comunidade da região Norte de Portugal. Após tratamento dos dados, através da ferramenta Microsoft Excel foram obtidos os dados para formular o juízo clínico que indica o Diagnóstico no âmbito do Foco Papel Profissional dos docentes.

Como critérios diagnósticos associados ao Papel Profissional dos docentes identificou-se o conhecimento sobre consumo de substâncias psicoativas, o conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substância, o conhecimento sobre sexualidade e reprodução, a atitude dos docentes face ao consumo de substâncias psicoativas, a atitude dos docentes face a comportamentos aditivos sem substância e a atitude dos docentes face a comportamentos associados à sexualidade e reprodução. Cada critério diagnóstico foi atribuído através de dados que se indicaram como critérios de avaliação como se encontra descrito na **Figura 2**.

Conhecimento sobre substâncias psicoativas efetivo se:	Conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substância efetivo se:	Conhecimento sobre sexualidade e reprodução efetivo se:	Atitude dos docentes face ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora se:	Atitude dos docentes face aos comportamentos aditivos sem substância facilitadora se:	Atitude dos docentes face a comportamentos associados à sexualidade e reprodução facilitadora se:
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre os tipos de substâncias psicoativas efetivo e • Conhecimento sobre idade de início do consumo de substâncias psicoativas efetivo e • Conhecimento sobre perfis de consumo de substâncias psicoativas efetivo e • Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes efetivo e • Conhecimento sobre sinais de alerta do consumo de substâncias psicoativas efetivo e • Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de substâncias psicoativas efetivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre os tipos de comportamentos aditivos sem substância efetivo e • Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais efetivo e • Conhecimento sobre sinais de alerta de comportamentos aditivos sem substância efetivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre papel de género efetivo e • Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência efetivo e • Conhecimento sobre métodos de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis na adolescência efetivo e • Conhecimento sobre o abuso na adolescência efetivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crença na participação em ações de prevenção do consumo de substâncias psicoativas facilitadora e • Crença na utilização dos recursos de apoio em situação de consumo de substâncias psicoativas existentes na comunidade facilitadora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crença na participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância facilitadora e • Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais facilitadora e • Crença na utilização dos recursos de apoio em situações de comportamentos aditivos sem substância existentes na comunidade facilitadora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crença na participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade facilitadora e • Crença sobre sexualidade e reprodução facilitadora e • Identificação e aceitação da identidade sexual dos filhos facilitadora e • Crença na utilização dos recursos de apoio existentes na comunidade em situação de comportamento sexual de risco/gravidez na adolescência/infecção sexualmente transmissível diagnosticada facilitadora.

Figura 2: Critérios de diagnóstico para o Foco Papel Profissional dos docentes

De acordo com os dados colhidos foram atribuídas percentagens associadas ao juízo clínico de cada critério diagnóstico. Importa realçar que a percentagem associada ao foco Papel Profissional dos docentes corresponde à percentagem de menor valor identificada nos critérios diagnósticos relacionados com esse foco, apresentando assim interdependência do mesmo com os critérios a este associado e descrito na positiva para permitir avaliar ganhos em saúde numa perspetiva de melhoria na percentagem do juízo clínico.

Também, nos critérios diagnósticos foi utilizada a mesma regra na atribuição do juízo clínico, no âmbito dos dados avaliados para cada um deles. Assim, de acordo com os dados obtidos, o diagnóstico de enfermagem formulado foi Papel Profissional dos docentes efetivo em 8% (Tabela 1).

Conhecimento sobre Substâncias Psicoativas

Conhecimento	Efetivo (n)	Efetivo	Não Efetivo (n)	Não Efetivo	Σ	Σ%
Conhecimento sobre os tipos de Substâncias Psicoativas	11	44%	14	56%	25	100%
Conhecimento sobre idade de início de consumo de Substâncias Psicoativas	2	8%	23	92%	25	100%
Conhecimento sobre perfis de consumo de Substâncias Psicoativas	7	28%	18	72%	25	100%
Conhecimento sobre fatores influenciadores e fatores protetores do consumo de Substâncias Psicoativas nos adolescentes	13	52%	12	48%	25	100%
Conhecimento sobre Sinais de alerta do consumo de Substâncias Psicoativas	20	80%	5	20%	25	100%
Conhecimento sobre disponibilidade e locais de acesso de Substâncias Psicoativas	14	56%	11	44%	25	100%

Conhecimento sobre Comportamentos Aditivos Sem Substância

Conhecimento	Efetivo (n)	Efetivo	Não Efetivo (n)	Não Efetivo	Σ	Σ%
Conhecimento sobre os tipos de Comportamentos Aditivos Sem Substância	22	88%	3	12%	25	100%
Conhecimento sobre perfis de consumo de jogo, internet, redes sociais	19	76%	6	24%	25	100%

Conhecimento sobre sinais de Alerta de Comportamentos Aditivos Sem Substância	14	56%	11	44%	25	100%
---	----	-----	----	-----	----	------

Conhecimento sobre sexualidade e reprodução

Conhecimento	Efetivo (n)	Efetivo	Não Efetivo (n)	Não Efetivo	Σ	Σ%
Conhecimento sobre papel de género	19	76%	6	24%	25	100%
Conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada	3	12%	22	88%	25	100%
Conhecimento sobre métodos de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissível na adolescência	11	44%	14	56%	25	100%
Conhecimento sobre abuso na adolescência	25	100%	0	0%	25	100%

Atitude dos docentes face ao consumo de Substâncias Psicoativas

Atitude	Facilitadora (n)	Facilitadora	Dificultadora (n)	Dificultadora	Σ	Σ%
Crença na participação em ações de prevenção do consumo de Substâncias Psicoativas	7	72%	18	28%	25	100%
Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situação de consumo de Substâncias Psicoativas existentes na comunidade	23	92%	2	8%	25	100%

Atitude dos docentes face a Comportamentos Aditivos sem Substância

Atitude	Facilitadora		Dificultadora (n)	Dificultadora	Σ	Σ%
	(n)	Facilitadora				
Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos aditivos sem substância	17	68%	8	32%	25	100%
Crença na proteção no acesso e disponibilidade na utilização de jogo, internet e redes sociais	25	100%	0	0%	25	100%
Crença na Utilização dos Recursos de apoio em situações de Comportamentos Aditivos sem Substância existentes na comunidade	23	92%	2	8%	25	100%

Atitude dos docentes face a comportamentos associados à sexualidade e reprodução

Atitude	Facilitadora (n)	Facilitadora	Dificultadora (n)	Dificultadora	Σ	Σ%
Crença sobre participação em ações de prevenção de comportamentos associados à sexualidade	16	64%	9	36%	25	100%
Crença sobre sexualidade e reprodução	23	92%	2	8%	25	100%
Identificação e aceitação da identidade sexual dos alunos	26	27%	72	73%	98	100%
Crença na Utilização dos Recursos de apoio existentes na comunidade em situação de Gravidez na adolescência/Infecção Sexualmente Transmissível	22	83%	3	17%	25	100%

diagnosticada/abuso na adolescência						
--	--	--	--	--	--	--

Tabela 1: Dados obtidos com a aplicação do inquérito estruturado aos docentes

Resultados:

Os diagnósticos de enfermagem obtidos após o tratamento dos dados foram: conhecimento sobre substâncias psicoativas efetivo em 8%; conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substância efetivo em 56%; conhecimento sobre sexualidade e reprodução efetivo em 12% (**Gráfico 1**); atitude dos docentes face ao consumo de substâncias psicoativas facilitadora em 28%; atitude dos docentes face aos comportamentos aditivos sem substância facilitadora em 68% e atitude dos docentes face a comportamentos associados à sexualidade e reprodução facilitadora em 27% (**Gráfico 2**).

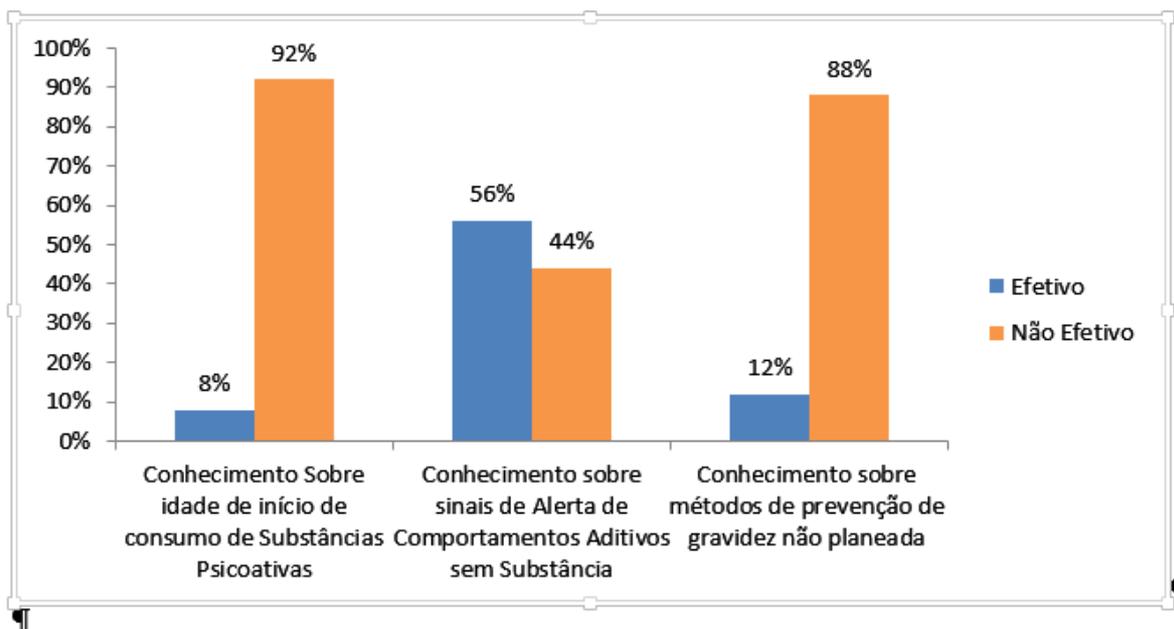


Gráfico 1: Diagnósticos de Enfermagem obtidos associados à dimensão cognitiva

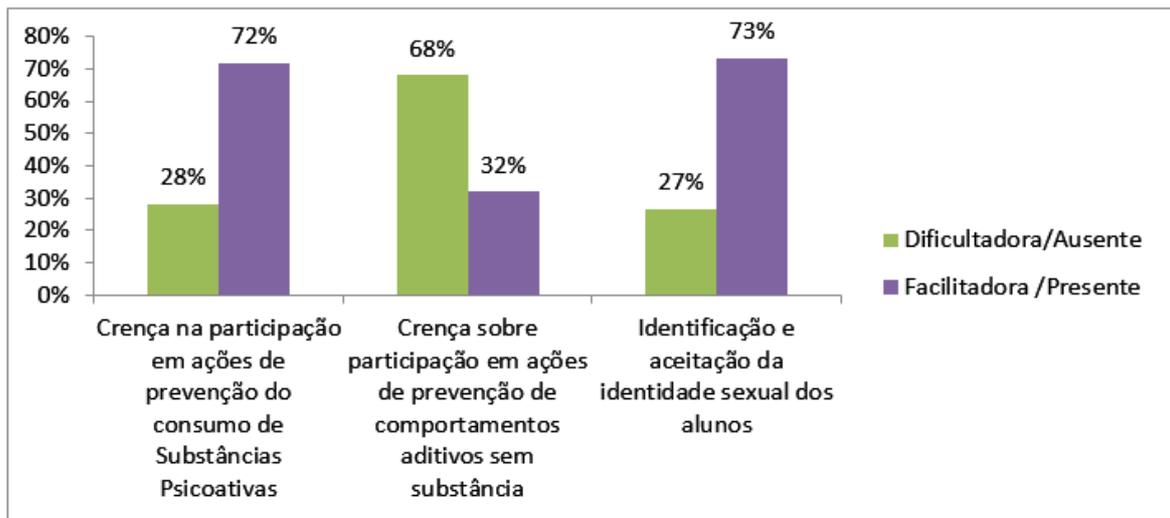


Gráfico 2: Diagnósticos de Enfermagem obtidos associados à dimensão atitudinal

Discussão:

A intervenção em meio escolar deve centrar-se numa abordagem global, através do envolvimento dos vários atores da comunidade educativa e da sua comunidade envolvente.

A escola sendo o contexto privilegiado de contato direto com a maioria dos jovens no contexto escolar é o elemento basilar na promoção de padrões de comportamentos saudáveis ao longo da vida. A intervenção em meio escolar é fundamental e deve focar-se numa abordagem holística de promoção do bem-estar alicerçada no desenvolvimento de competências individuais, sociais e emocionais que envolvem todos os intervenientes desta comunidade e da envolvente, capacitando-os para a gestão da saúde.

Esta intervenção deverá atuar nos diferentes aspetos da dinâmica escolar, sendo as suas dimensões-chave o clima escolar e as relações positivas, a vinculação e o sucesso escolar dos alunos, o foco nas necessidades e nas especificidades de cada contexto escolar em função de variáveis sociodemográficas e do nível de ensino, pedagogia efetiva e medidas reguladoras (normativas que se referem aos Comportamentos Aditivos e Dependências)^[11].

Os enfermeiros, enquanto dinamizadores de educação para a saúde detêm as competências essenciais para responder ao conjunto de necessidades das crianças adolescentes e jovens. Deste modo, “através da escola é possível alcançar a maioria dos jovens e suas famílias, dirigindo assim a uma parte significativa da população”, sendo que os encarregados de educação e a escola assumem um papel fundamental no processo educativo, processo este que assenta em vertentes formais e informais e, deste modo, todos devem ter a plena consciência de que o exemplo pessoal é muito importante^[12].

Nesse sentido, um ambiente escolar positivo, no qual a criança/jovem se sente envolvido, seguro e reforçado, tem um papel importante e fundamental no desenvolvimento ajustado das crianças e jovens, nomeadamente na capacidade destes lidarem com o risco associado aos

comportamentos aditivos e dependências. Torna-se, assim, fundamental fomentar e promover intervenções no meio escolar^[11].

Estudos realizados em contextos específicos, tais como os contextos escolares e recreativos, apontam para prevalências e padrões de consumo de substâncias psicoativas mais preocupantes em certas etapas do ciclo de vida, designadamente na faixa etária dos 15-24 anos, verificando-se tendências de agravamento de alguns consumos nos últimos anos^[11]. Relativamente à faixa etária dos 10-14 anos, os estudos realizados em contexto escolar evidenciam que uma franja da população escolar inicia os consumos de substâncias psicoativas nesta faixa etária.

Num estudo realizado^[13], de todos os comportamentos de risco abordados (comportamento sexual de risco, uso de drogas, uso de tabaco e uso de álcool), foi o comportamento de risco relacionado com a sexualidade que mais se destacou. Os adolescentes com vida sexual ativa mostraram tendência a não utilizar regularmente o preservativo, sendo mais comum nas jovens adolescentes. Este comportamento coloca-as numa situação de risco ao aparecimento não só de infeções sexualmente transmissíveis mas também de uma gravidez não planeada e muitas vezes também não desejada. Nas conclusões deste estudo os autores salientam a importância da orientação sexual no ambiente familiar e escolar como forma de prevenção das complicações associadas.

Identificámos de forma rigorosa o diagnóstico de Papel Profissional dos docentes efetivo em 8%, de acordo com a evidência sobre o mesmo no âmbito das problemáticas abordadas no projeto. Através dos resultados obtidos verifica-se que é necessário intervir de forma rigorosa para ser possível obter-se um Papel Profissional dos docentes efetivo com uma percentagem superior.

Os resultados obtidos no diagnóstico da situação indicaram que no âmbito do Papel Profissional dos docentes é o “conhecimento sobre substâncias psicoativas” o que apresenta menor percentagem, sendo uma das prioridades no planeamento das intervenções. Contudo,

após o término do diagnóstico da situação realizou-se a definição de prioridades como segunda etapa do processo de planeamento em saúde. Foi utilizada a técnica de priorização Escala de Medida Linear e posteriormente confirmada a priorização obtida com a aplicação de um segundo método de priorização de necessidades, a Comparação por Pares. Concluiu-se que, o “conhecimento sobre métodos de prevenção de gravidez não planeada na adolescência” é considerado, na opinião dos peritos consultados, o problema de maior relevância e com maior necessidade de intervenção no grupo de docentes integrados no projeto de intervenção comunitária Decidir para Agir.

Em síntese, é na escola que “intervenção efetivas passam pela implementação de projetos holísticos de promoção do bem-estar global assentes no desenvolvimento de competências individuais, sociais e emocionais que facilitam relações interpessoais e capacitam a comunidade educativa para a gestão da saúde.”^[2].

Neste domínio, as abordagens incluem a formação de docentes e medidas destinadas a melhorar a participação dos estudantes e a promover uma cultura de escola positiva. Outras abordagens de prevenção centradas nos estudantes visam fortalecer o seu autocontrolo e conferir-lhes competências sociais, enquanto as abordagens centradas na família propõem-se a melhorar as competências parentais^[3].

Referências Bibliográficas:

-
- [1] World Health Organization. Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade. Switzerland; 2014.
- [2] Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: Ministério da Saúde; 2014.
- [3] Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e evoluções. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia; 2014.
- [4] Melo P, Figueiredo MH, Borges E. Os Diagnósticos de Enfermagem em Educação para a Sexualidade em Meio Escolar – Um estudo de Caso. II Congresso Internacional de Enfermeria Comunitaria, VIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria, I Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria; 2012; Barcelona, Espanha.
- [5] Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa; 2011.
- [6] Melo P, Figueiredo MH. Enfermagem Comunitária Avançada – Um Modelo de Empoderamento Comunitário – Projeto de Investigação no âmbito do Doutoramento em Enfermagem registado no Centro de Investigação em Enfermagem. Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2014.
- [7] Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados descritivos. Lisboa: Conselho de Enfermagem; 2001.
- [8] Ordem dos Enfermeiros. Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa; 2007.
- [9] Laverack G. Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento. Loures: Lusodidacta; 2008.
- [10] Melo P, Figueiredo MH. Áreas de Atenção em Enfermagem promotoras do Empoderamento Comunitário - Um estudo com Focus Group. Congresso Ibero-Americano de Epidemiologia e Saúde Pública / XXXI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología / XV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias / VIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia; 4-6 Setembro de 2013; Granada, Espanha.
- [11] Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Rede de Referência/ Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2013.
- [12] Administração Regional de Saúde do Norte. Programa Escolas Livres de Tabaco. Porto; 2006.
- [13] Araújo E, Blankb N, Ramos J. Comportamentos de Risco à Saúde de Adolescentes do Ensino Médio. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2009; 22:164-171.