



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comportamentos de Risco na Adolescência - O Consumo de Tabaco e o Consumo de Álcool

Carmen Dolores Roque Agostinho

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comportamentos de Risco na Adolescência - O Consumo de Tabaco e o Consumo de Álcool

Carmen Dolores Roque Agostinho

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues
Belo

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“O destino não é frequentemente inevitável, mas é uma questão de escolha. Quem faz escolhas, escreve a sua própria história, constrói os seus próprios caminhos.”

Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigo Belo, pela disponibilidade, apoio e orientação prestada no decurso desta etapa.

À minha supervisora, a enfermeira Vanda pelo acolhimento e conhecimento transmitido.

À professora Ana Sofia e professora Marta Morais pela disponibilidade e envolvimento ao longo de todo o projeto.

A todos os alunos e pessoal docente e não docente que direta e indiretamente contribuíram para a consecução de todo o projeto.

À minha colega Paula Curado, pela força e incentivo nos momentos de desânimo e carentes de força para continuar.

Às minhas colegas Tânia Relíquias e Patrícia Silva, pelo apoio, motivação e companheirismo.

À Susana Valido e ao Ricardo Jorge, pelos momentos e experiências partilhadas.

A todos os colegas de mestrado, em especial aos colegas do ramo de especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Ao meu marido, pelo apoio, paciência, incentivo e colaboração nos momentos difíceis. Obrigado por estares ao meu lado, por seres um pai maravilhoso para os nossos filhos, por poder contar sempre contigo.

Ao Guilherme e à Catarina, pelos filhos maravilhosos que são, pela ternura e força transmitida apesar da ausência e da saudade.

Aos meus pais, por me tornarem naquilo que sou, pelos valores transmitidos, pelo apoio, dedicação e incentivo. Sem vocês este caminho não teria sido possível!

Aos meus sogros, pelo apoio e disponibilidade. Muito, muito obrigada!

À minha prima Celina, ela sabe porquê...

À minha família, por compreenderem a minha ausência nos momentos de reunião familiar.

A todos, muito Obrigada!!!

RESUMO

Os comportamentos de risco têm forte impacto nos indicadores de morbidade e mortalidade da adolescência. Esta realidade motivou o desenvolvimento de um projeto de intervenção escolar, seguindo a Metodologia do Planejamento em Saúde. Recorrendo ao inquérito por questionário efetivou-se o diagnóstico de saúde direcionado aos Comportamentos de risco na adolescência, visando: determinar a sua prevalência em alunos do terceiro ciclo numa escola Alentejana, identificar os seus determinantes e implementar estratégias de promoção da saúde.

Os resultados revelaram adesão a inúmeros comportamentos de risco, exigindo estabelecer prioridades que, após criteriosa análise direcionou a intervenção ao Consumo de Tabaco e Álcool.

As intervenções implementadas fundamentaram-se no cenário específico identificado e objetivaram aumentar a não adesão ao consumo destas drogas, utilizando como estratégias de promoção da saúde o envolvimento ativo dos adolescentes, escola, família e comunidade.

Foram atingidos resultados positivos na mudança de comportamento, elegendo estas estratégias como elementos centrais em projetos semelhantes.

Descritores: Comportamento de risco, Adolescência, Educação em Saúde.

RISK BEHAVIOURS IN ADOLESCENCE: TOBACCO USE AND ALCOHOL CONSUMPTION

Risk behaviours have strong impact on morbidity and mortality indicators of adolescence. This reality motivated the development of a project on a school following the Methodology of Planning in Health. Using the survey was accomplished the diagnosis targeted at health risk behaviours in adolescence, in order to: determine its prevalence in third cycle students in a school of Alentejo, identify their determinants and implement health promotion strategies.

The results revealed the consent to innumerable risk behaviours demanding the set of priorities that, after carefully analysis directed the intervention to the consumption of tobacco and alcohol.

The interventions implemented substantiate in the specific and identified scenario and aimed the increase to the non- adherence consumption of these drugs, using as health promotion strategies the active involvement of teenagers, school, family and community.

Positive results have been achieved in behaviour change, electing these strategies as central elements in similar projects.

Key words: Risk behaviour, Adolescence, In Health Education.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES: Agrupamentos de Centros de Saúde

AJE: Apoio a Jovens Estudantes

CPCJ: Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CRI: Centro de Respostas Integradas

DGS: Direção Geral de Saúde

ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

GAAF: Gabinete de Apoio ao Adolescente e Família

HBSC/OMS: Health Behaviour in School-aged Children

JUCAT: Jovens Unidos Contra o Álcool e Tabaco

MPS-NP: Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

OE: Ordem dos enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

PES: Programa de Educação para a Saúde

PNS: Plano Nacional de Saúde

PNSE: Programa Nacional de Saúde Escolar

UCC: Unidade de Cuidados Continuados

UCC-RA: Unidade de Cuidados Continuados da região Alentejo

UCSP: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

YRBS: Youth Risk Behavior Survey

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	17
2.1 Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final	17
2.2 Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais	20
2.3 Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências	21
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	26
3.1 Caracterização Geral da População/Utentes	26
3.2 Necessidades Específicas da População/Utentes	28
3.2.1 Apresentação de Resultados	29
3.2.2 Discussão de Resultados	35
3.3 Recrutamento da População Alvo	39
3.4 Estudos sobre Programas de Intervenção com a População Alvo	42
3.4.1 Adolescência	42
3.4.2 Adolescência e Comportamentos de Risco	45
3.4.3 Estratégias de Prevenção ao Uso de Drogas e Promoção da Saúde do Adolescente	52
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	55
4.1 Seleção dos Indicadores dos Problemas de Saúde Considerados Prioritários	57
4.2 Tendência dos Problemas Prioritários	57
4.3 Fixação dos Objetivos	59
4.4 Fixação dos Objetivos Operacionais/Metas	59
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	61
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	67
6.1 Metodologia	67
6.2 Fundamentação das Intervenções	68
6.2.1 Fase de Diagnóstico de Saúde	68
6.2.2 Fase de Definição de Prioridades	73
6.2.3 Fase de Seleção de Estratégias	75

6.2.4	Elaboração do Projeto e Preparação da Execução	77
6.2.5	Fase de Intervenção	77
6.3	Recursos Materiais e Humanos Envolvidos	84
6.4	Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas	85
6.5	Análise da Estratégia Orçamental	86
6.6	Cumprimento do Cronograma	88
7.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE	90
7.1	Avaliação dos Objetivos	90
7.2	Avaliação da Implementação do Programa	94
7.3	Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas	95
8.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	97
8.1	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	97
8.2	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	100
8.3	Competências de Mestre em Enfermagem	103
9.	CONCLUSÃO	105
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
	ANEXOS	118
	Anexo 1: Inquérito por Questionário Comportamentos de Risco (Versão Portuguesa 2007)	119
	Anexo 2: Diagrama de representação do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	138
	Anexo 3: Aprovação da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora	140
	Anexo 4: Autorização da Autora para Utilização do Questionário Comportamentos de Risco (Versão Portuguesa 2007)	142
	Anexo 5: Logotipo do Projeto	145
	Anexo 6: Pano de tabuleiro	147
	APÊNDICES	149
	Apêndice 1: Diagnóstico de Saúde	150

Apêndice 2: Termo de Consentimento Informado dirigido aos Encarregados de Educação	186
Apêndice 3: Apresentação do Diagnóstico de Saúde à Equipa do PES	189
Apêndice 4: Projeto Comportamentos de Risco na Adolescência: O consumo de Tabaco e Álcool	211
Apêndice 5: Folheto do dia Mundial do Não Fumador	248
Apêndice 6: Frases sobre o tabaco, escritas pelos alunos do 8º Ano	251
Apêndice 7: Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas...”	254
Apêndice 8: Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas...”	263
Apêndice 9: Resultados da Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas...”	265
Apêndice 10: Cartaz “As nossas escolhas...”	268
Apêndice 11: Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos Encarregados de Educação – “Sabia que...”	270
Apêndice 12: PowerPoint de Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos Encarregados de Educação – “Sabia que...”	272
Apêndice 13: Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde - “As nossas escolhas... e os conhecimentos e expetativas acerca do álcool e tabaco”	281
Apêndice 14: PowerPoint de Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde - “As nossas escolhas... e os conhecimentos e expetativas acerca do álcool e tabaco”	291
Apêndice 15: Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas... e os conhecimentos e expetativas acerca do álcool e tabaco”	303
Apêndice 16: Resultados da Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas... e os conhecimentos e expetativas acerca do álcool e tabaco”	305
Apêndice 17: Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas... têm consequências...”	308
Apêndice 18: Panfleto “O percurso do Tabaco e Álcool no Organismo e as suas Consequências”	314

Apêndice 19: Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas... têm consequências”	316
Apêndice 20: Resultados da Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas... têm consequências”	318
Apêndice 21: Cartaz “As nossas escolhas... têm consequências...”	321
Apêndice 22: Artigos Publicados do <i>Site</i> da Escola	323
Apêndice 23: Artigo Científico – Comportamentos de Risco na Adolescência: o Consumo de Tabaco e Álcool	337
Apêndice 24: Análise do Cumprimento do Cronograma	365

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde.	65
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de alunos do 3º Ciclo da Escola A, por ano letivo	27
Gráfico 2: Taxa (%) de retenção e desistência dos alunos do 3º Ciclo, da Escola A, por ano letivo	27
Gráfico 3: Taxa de prevalência dos comportamentos de consumo de tabaco e álcool, ESPAD -Portugal 2015	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caraterização da amostra	29
Tabela 2- Caraterização do comportamento de consumo de tabaco	30
Tabela 3: Comportamento de consumo de tabaco em relação ao género, ano de escolaridade, com quem vive, reprovação escolar, envolvimento com a família, com os amigos e com a escola	32
Tabela 4: Caraterização dos comportamentos de consumo de álcool	33
Tabela 5: Comportamento de consumo de álcool em relação ao género, ano de escolaridade, com quem vive, reprovação escolar, envolvimento com a família, com os amigos e com a escola.	34
Tabela 6: Técnica de priorização de problemas - comparação por pares	57
Tabela 7: Objetivo geral e objetivos específicos para os diagnósticos: Abuso de tabaco e abuso de álcool	59
Tabela 8: Definição dos objetivos operacionais/metapas a atingir	60
Tabela 9: Orçamento afeto ao projeto	87
Tabela 10: Avaliação dos objetivos operacionais	92

Tabela 11: Comparação das taxas de prevalência dos comportamentos de consumo de álcool e tabaco obtidas no diagnóstico de saúde com os resultados alcançados na avaliação intermedia do projeto de intervenção implementado 94

Tabela 12: Comparação das taxas de prevalência dos comportamentos de consumo de álcool e tabaco obtidas na avaliação intermedia com as taxas de prevalências estimadas e previstas

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é o produto final dos últimos meses. A sua elaboração revela o percurso de aprendizagem crítica e reflexiva, desenvolvido no decorrer do Estágio Final, entre os dias 19 de setembro de 2017 e 27 de janeiro de 2018, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Região Alentejo, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Belo e da Supervisão da Enfermeira Vanda.

No decorrer do referido Estágio Final foi exigido dos alunos o atingir dos seguintes objetivos: conceber e planear projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado; coordenar, dinamizar e participar em projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos; e avaliar projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos. Aos mestrandos foi ainda requerida a demonstração de competências para elaborar um Projeto de Estágio (efetivando a apreciação do contexto, definição dos objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção profissional e processo de avaliação e controlo), um Artigo Científico e um Relatório de Estágio (fundamentado em termos técnico-científicos, onde conste todo o processo de desenvolvimento do Estágio Final e sejam apresentadas sugestões de melhoria relativas à intervenção profissional). Estes objetivos visam dar continuidade ao processo de aquisição, consolidação e desenvolvimento de competências de especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, complementando o percurso iniciado no Estágio I, desenvolvido na mesma UCC, no qual se realizou o diagnóstico de saúde da comunidade, se identificou os determinantes que condicionam a sua saúde e se reconheceu as necessidades de saúde da população alvo.

Tendo como ponto de partida uma das linhas de investigação definidas para o supracitado ramo de especialidade (as necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas), as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e a missão da Unidade de Cuidados na Comunidade da região Alentejo (UCC-RA) onde decorreu a ação, foi estabelecida como área de atuação para os referidos estágios curriculares a área da Saúde Escolar, direcionando a intervenção para os comportamentos de risco na adolescência.

A adolescência é uma etapa do ciclo vital de complexa concetualização pela estreita ligação ao contexto histórico, social, cultural e económico em que se insere. É uma fase onde são visíveis grandes transformações biológicas e psicológicas e esperadas mudanças do ponto de vista social. Estas alterações estimulam o desenvolvimento da identidade e autonomia.

Apesar do seu carácter individual e contextual, o adolescente é unanimemente descrito pela intensa exploração de ambientes e relações e pela descoberta de novas experiências. Neste contexto, os adolescentes podem experienciar determinados comportamentos de risco. Estas práticas podem ser consideradas normativas pela ajuda no relacionamento com os pares, bem como na consolidação da sua independência e capacidade de fazer escolhas. No entanto, alguns comportamentos podem acarretar consequências negativas a curto, médio e longo prazo, sendo designados por comportamentos de risco (Zappe, 2014). Posto isto, é imprescindível distinguir entre a experimentação de riscos inevitáveis e favoráveis ao desenvolvimento humano e a experimentação que pode conduzir a consequências negativas na saúde física ou mental do adolescente, identificando a iniciação precoce e a coocorrência de vários comportamentos de risco, bem como a sequência causal entre eles (Zappe, 2014; Simões, 2005).

São considerados comportamentos de risco os comportamentos que contribuem para lesões acidentais e violência; o consumo de tabaco, álcool e outras drogas; comportamentos sexuais de risco; comportamentos alimentares pouco saudáveis; inatividade física; comportamento antissocial; comportamento suicida; dificuldades escolares; entre outros. Sabe-se que a maior parte destes comportamentos tem início na adolescência, contribuindo de forma considerável para a taxa de mortalidade desta faixa etária, assim como para aumentar a taxa de morbilidade de jovens e adultos. Este facto coloca os comportamentos de risco na adolescência como um problema de saúde pública.

Torna-se assim necessário monitorizar os comportamentos de risco das populações, de acordo com o seu contexto específico, numa busca incessante de compreender quais os comportamentos que nela prevalecem, bem como quais os fatores de risco/proteção que lhe estão associados. A identificação correta da situação permite a elaboração e o desenvolvimento de estratégias específicas e individualizadas que poderão diminuir os índices de comportamentos de risco e reduzir os custos excessivos despendidos no tratamento das suas complicações.

A vulnerabilidade percebida desta faixa etária e a inexistência de uma monitorização destes comportamentos de risco na UCC onde decorreu a experiência clínica, tornaram visível a necessidade de realização de um diagnóstico de saúde direcionado aos comportamentos de

risco dos adolescentes do Ensino Básico - 3º ciclo. O diagnóstico de saúde foi efetuado no Estágio I - Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 1º ano, 2º semestre e a sua consecução decorreu na única escola do concelho abrangido pela UCC-RA onde se desenvolveu a ação que integra alunos do Ensino Básico - 3º ciclo (Escola A).

Os resultados obtidos revelaram a elevada participação dos adolescentes em inúmeros comportamentos de risco, nomeadamente: envolvimento em situações de violência, pensamento/ideação de suicídio, consumo de tabaco, consumo de álcool e drogas ilícitas, hábitos alimentares desadequados, entre outros. Constatou-se ainda que, os comportamentos de risco apresentados têm associação com as características pessoais dos adolescentes, bem como com particularidades familiares, escolares, sociais e ambientais.

Perante esta realidade e após profunda análise e discussão dos resultados obtidos, foi determinado como prioritário delinear um projeto de intervenção comunitária em meio escolar direcionado aos: Comportamentos de Risco na Adolescência - O Consumo de Tabaco e o Consumo de Álcool.

O projeto traçado remete a um dos eixos estratégicos do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) 2015, que visa capacitar a comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudáveis, em várias áreas de intervenção, das quais destaco a prevenção do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas (Direção Geral de Saúde - DGS, 2015) e teve como objetivo geral: aumentar a não adesão a comportamentos de consumo de tabaco e de álcool, em pelo menos 10% dos alunos que frequentam o 8º ano do 3º ciclo, da Escola A, até junho de 2019. O alcance deste objetivo exigiu a criteriosa seleção de estratégias de promoção e prevenção da qualidade de vida do adolescente, a realização de atividades e intervenções individualizadas e diferenciadas, bem como, a sua contínua avaliação e controle.

Surge assim o presente relatório de estágio, que reportado ao supracitado projeto de intervenção comunitária em meio escolar, pretende apresentar e descrever, através de uma análise crítica e reflexiva, todo o caminho efetuado, desde a fundamentação à implementação e reflexão sobre ação, transpondo a avaliação e (re)começando o percurso. Tem-se ainda como objetivos revelar o cumprimento dos objetivos propostos no estágio final e demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre, competências comuns do domínio do Enfermeiro Especialista e competências específicas do domínio do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Para atingir os objetivos propostos dá-se início ao presente relatório com uma breve análise do contexto onde se desenrolou a ação, seguida de uma análise da caracterização geral

da população de utentes, afinando à posteriori para as suas necessidades específicas. Descrevem-se ainda sucintamente, estudos e programas de intervenção com a população alvo. Seguidamente é explanada uma análise reflexiva da efetivação do projeto de intervenção, desde a definição de objetivos, à seleção de estratégias e intervenções e ao processo de avaliação e controle, onde é exposta a análise e discussão dos resultados do projeto. Seguir-se-á, uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas enquanto Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Mestre em Enfermagem. Por fim, é efetuada a conclusão, apresentando um resumo do projeto desenvolvido, das suas potencialidades e limitações.

A organização e formatação deste trabalho obedecem aos critérios definidos pela Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association*, 6^a edição. O texto encontra-se redigido cumprindo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1 Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final

O projeto de intervenção comunitária aqui em análise descritiva e reflexiva foi implementado num concelho da região Alentejo.

O supramencionado concelho distribui-se por uma área de 194,86 Km² e integra, atualmente, quatro freguesias, uma urbana e três rurais. Relativamente à distribuição da população do concelho verificamos que o povoamento do mesmo se concentra na freguesia mais urbana, que se distribui numa área de 33, 19 Km².

A densidade populacional do concelho onde decorre a experiência clínica é de 450,7 habitantes/Km², sendo esta muito inferior à densidade populacional do país (PORDATA, 2018). De acordo com os censos de 2016, o mencionado concelho tem um total de 7941 habitantes, dos quais: 942 se encontram na faixa etária entre os 0 e os 14 anos, 5162 se encontram na faixa etária dos 15 aos 64 anos de idade e 1837 pessoas com mais de 65 anos de idade (PORDATA, 2018). Estes dados revelam um ligeiro decréscimo populacional em todas as faixas etárias, entre 2011 e 2016, que ronda os 365 habitantes (- 4,6%). Este decréscimo foi mais acentuado no grupo etário dos 0 aos 14 anos e dos 15 aos 64 anos de idade, o que revela o envelhecimento populacional do concelho, que apresenta um índice de envelhecimento de 195,1% (PORDATA, 2018). Este índice de envelhecimento é muito superior ao apresentado no país, que de acordo com os dados colhidos é de 148,7% (PORDATA, 2018).

A atual transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento da esperança média de vida e conseqüente envelhecimento da população e aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, originaram novas necessidades sociais e de saúde. Foi do reconhecimento desta necessidade que surgiu a reforma dos cuidados de saúde primários.

Com a reforma dos cuidados de saúde primários, os centros de saúde passaram a ser organizados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), e dentro destes surgiram diversas unidades funcionais, nomeadamente: as Unidades de Saúde Familiares, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Saúde Pública, as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados e as UCC.

O concelho alentejano que acolhe o projeto de intervenção comunitária em análise, integra o ACES Alentejo Central e no que concerne à oferta de serviços de saúde disponíveis,

dispõe de uma UCSP e uma UCC. Quanto aos cuidados de saúde diferenciados o concelho é servido pelo Hospital do Espírito Santo de Évora.

A experiência clínica decorreu na UCC, que tem cerca de 8419 utentes inscritos. A oferta assistencial desta unidade ocorre no período das 8h às 20h em dias úteis e das 8h às 12h nos fins-de-semana e feriados, segundo a programação das atividades a desenvolver.

A Unidade de Cuidados na Comunidade:

presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Dec. Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro, p. 1184).

A UCC-RA onde decorreu o estágio final integra a Equipa Coordenadora Local e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, com contratualização de 8 camas.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados

é uma equipa multidisciplinar de responsabilidade dos cuidados primários de saúde e dos recursos sociais, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes de avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e de apoio social ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma. (Dec. Lei 101/2006 de 6 junho, p. 3862).

As áreas privilegiadas de atuação da UCC onde decorreu a ação foram definidas considerando o diagnóstico social do concelho, a caracterização global da área de influência da UCC, as orientações do plano de atividades do ACES do Alentejo Central, as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde e respetivos Programas Nacionais e linhas orientadoras sobre as áreas a incidir definidas no Regulamento da Organização e do Funcionamento da UCC, Diário da República de 16/04/2009, despacho nº 10143/2009.

Assim, as carteiras de serviço da UCC onde se desenvolveu a experiência clínica são:

- Contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade;
- Realizar intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença da comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Elaboração e implementação de projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência;

- Elaboração e integração em projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes, ou implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida.

No intuito de garantir a prestação de cuidados de saúde de âmbito comunitário a grupos populacionais específicos e de dar respostas às necessidades de saúde da população, a equipa da UCC desenvolve os seguintes projetos, alguns dos quais em articulação com outras entidades locais:

- Equipa Coordenadora Local;
- Equipa Cuidados Continuados Integrados;
- Saúde Escolar;
- Projeto de Intervenção Precoce;
- Rendimento Social de Inserção;
- Rede Social;
- Comissão de Proteção a Crianças e Jovens em risco;
- Comemoração de saúde na Comunidade;
- Cantinho da Amamentação;
- Formação em Serviço.

Os projetos de promoção e educação para a saúde escolar são desenvolvidos em articulação com a Equipa Coordenadora do Programa de Educação para a Saúde (PES) do Agrupamento de Escolas do concelho.

O concelho alentejano, onde se efetivou o Estágio I e o estágio Final, tem estabelecimentos de educação até ao ensino secundário, mais especificamente: cinco estabelecimentos de Educação Pré-Escolar, quatro de Ensino Básico - 1º Ciclo, um de Ensino Básico – 2º Ciclo, um de Ensino Básico – 3º Ciclo e um estabelecimento de Ensino Secundário (PORDATA, 2018). Destes, apenas um pertence ao ensino privado, nomeadamente um estabelecimento do Ensino Pré-Escolar, que pertence à Santa Casa da Misericórdia. Os restantes integram o ensino público e pertencem ao Agrupamento de Escolas. Todas as freguesias possuem jardim-de-infância. Apenas uma das freguesias não possui equipamento de educação direcionado ao 1º Ciclo. O 2º Ciclo, o 3º Ciclo e o Ensino Secundário partilham o mesmo

edifício e estão sediados na freguesia mais urbana. O equipamento de Ensino Secundário acolhe os alunos de 2 concelhos limítrofes.

De acordo com os dados da PORDATA (2018), no ano de 2016 o concelho apresentava no total 1328 alunos matriculados, distribuídos pelos vários níveis de ensino. Destes, 190 alunos pertenciam ao Ensino Pré-Escolar, 256 crianças ao Ensino Básico -1º Ciclo, 145 ao Ensino Básico - 2º Ciclo, 256 ao Ensino Básico - 3º ciclo e 471 jovens ao Ensino Secundário.

No ano letivo 2016/2017, o agrupamento de escolas do concelho contava com 1224 alunos matriculados, desde o ensino pré-escolar até ao 12º ano de escolaridade.

2.2. Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais

O Centro de Saúde do concelho Alentejano, no qual se desenvolveu o projeto em análise, é composto por duas unidades funcionais a UCSP e a UCC e foi inaugurado no dia 22 de fevereiro de 2013.

O desenvolvimento adequado dos programas da UCC requerem, de acordo com o Despacho nº 10143/2009, a participação de uma equipa multidisciplinar. A equipa da UCC onde se desenrolou a ação é coordenada por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e tem afetos a tempo inteiro: uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, uma Enfermeira Generalista, uma Assistente Técnica e uma Assistente Operacional. Estas efetuam 40 horas de trabalho semanal. Com uma contratualização de 6 horas semanais encontra-se um Médico, com 4 horas semanais um Terapeuta da fala e com 2 horas semanais cada, um Psicólogo e um Assistente Social.

O espaço físico do mencionado Centro de Saúde é partilhado pelas duas unidades funcionais de saúde: a UCSP e a UCC. A UCC fica situada na ala direita do referido edifício.

As instalações da UCC são bastante acolhedoras, agradáveis, com boa iluminação exterior e possuem mobiliário, equipamento informático e de comunicação adequado. Têm um gabinete de Saúde Pública, o gabinete da coordenadora, 2 gabinetes de enfermagem (um dos quais é partilhado com a administrativa), o cantinho da amamentação, uma sala de espera ampla, uma copa e uma casa de banho.

2.3 Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências

O exercício da profissão de enfermagem requer um corpo de conhecimentos específicos, que dão suporte à prestação de cuidados de enfermagem. O título profissional reconhece no enfermeiro “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril, p. 1742). É pois, através do exercício deste mandato social que o enfermeiro cria e estrutura o seu conhecimento e as suas competências.

Contudo, as situações de saúde que requerem cuidados de enfermagem desenvolvem-se numa realidade complexa, incerta e saturada de crenças, valores e histórias de vida, inseridas num contexto multicultural, social e político específico. Aliada a esta consciencialização da complexidade inerente ao contexto e processo de cuidados de enfermagem, surge a evolução das ciências sociais e a crescente tomada de consciência da comunidade acerca “das suas responsabilidades em saúde”, pretendendo “assumir um papel de parceiro ativo reivindicando o seu direito aos progressos científicos e tecnológicos” (OE, 2015, p.16481). Emergem assim, novos desafios à prática profissional de enfermagem exigindo “elevadas responsabilidades nas áreas da concepção, organização e prestação de cuidados de saúde proporcionados à população” (Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril, p. 1739). Assim sendo, é fundamental que o enfermeiro, na

sua formação profissional básica, especializada e contínua, privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde (OE, 2015, p. 16482).

Como resposta a um exercício da profissão notoriamente mais complexo, diferenciado e exigente, surge a formação de enfermeiros especialistas.

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, p. 8648).

O conjunto de competências do domínio do Enfermeiro Especialista é resultante do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, material-

zando-se, em competências comuns (semelhantes para todos os especialistas) e em competências específicas. As competências específicas dependem da área de intervenção de enfermagem desenvolvida.

O projeto de intervenção comunitária em avaliação integra as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. A aposta nesta área surge da atual transição epidemiológica resultante de alterações demográficas significativas. A redução da fecundidade e a diminuição da mortalidade, deram origem ao aumento da esperança média de vida e consequentemente a mudanças nos perfis epidemiológicos, que declaram a prevalência de doenças crónicas e o envelhecimento demográfico. Estes aspetos têm influências significativas na dinâmica da população, exigindo “novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão do risco, na prevenção da doença e de acidentes, nos cuidados de (re) adaptação e de suporte” (OE, 2015, p. 16481). O enfoque vai assim para a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O termo Saúde Pública refere-se

ao estado de saúde de um determinado grupo de pessoas e das atividades e condições governamentais (asseguradas pelo estado), com vista à promoção, proteção ou preservação da sua saúde. É o resultado da organização da sociedade, sob tutela do estado, no sentido de promover e defender a saúde dos seus cidadãos” (OE, 2015, p. 16482).

Por sua vez, a concetualização de Saúde Comunitária

refere-se ao estado de saúde de uma comunidade, como grupo definido de pessoas, e suas atividades e condições (públicas ou privadas) para promover, proteger ou preservar a sua saúde. É a taxa relativa de saúde numa comunidade, estado ou condições de uma comunidade, quanto aos níveis relativos de saúde e de doença” (OE, 2015, p. 16482).

Posto isto, podemos afirmar que o foco de atenção da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é a experiência da vivência de saúde humana, no seu continuum de vida, bem como os problemas de saúde de grupos, comunidade e população, visando desenvolver programas de intervenção que promovam a “capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (OE, 2011, p.8867). São competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (OE, 2011, p, 8867).

Ao analisar este perfil de competências verificamos que descrevem um conjunto de comportamentos mobilizados pelo enfermeiro na ação, ou seja,

a competência é uma combinação de conhecimentos, motivações, valores e ética, atitudes, emoções, bem como outras componentes de carácter social e comportamental que, em conjunto, podem ser mobilizadas para gerar uma acção eficaz num determinado contexto particular (Dias, 2010, p. 75).

Conclui-se que o processo de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista ocorre da mobilização de um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades (pessoais, sociais, académicas e profissionais) em contexto de prática clínica, em situações complexas e inesperadas que exigem uma tomada de decisão. É em situações da prática real que se ensaiam e aperfeiçoam fundamentos e princípios cientificamente comprovados e se desenvolve a competência, habilidade e perícia dos cuidados de enfermagem (Benner, 2001), sejam eles gerais ou específicos.

A componente pessoal que gere a tomada de decisão em enfermagem, torna o processo de aquisição de competências uma construção pessoal e única (Dias, 2010). A mesma autora afiança que a construção de competências não se limita à aplicação de conhecimentos, na medida em que lhe são inerentes as especificidades do contexto de ação, da singularidade do enfermeiro que toma a decisão, da problemática a resolver e do próprio processo de construção de conhecimento. Como nos afirma Tanner (2006), o ciclo de construção do conhecimento em enfermagem completa-se com a reflexão sobre a ação. Corroborando desta opinião, Queirós (2014, p. 779), refere que “se cria e recria o conhecimento em enfermagem na ação, em situações sociais” complexas e ambíguas, que não se podem solucionar pela simples “aplicação de conhecimentos científicos, já que o mundo do cuidado é demasiado fluído e reflexivo para permitir tal sistematização”.

O curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que deu origem ao Projeto de Intervenção Comunitária em meio escolar Comportamentos de risco na adolescência - O consumo de tabaco e o consumo de álcool, integrou unidades curriculares teórico-práticas onde se adquiriram, desenvolveram e aprofundaram conhecimentos referentes às competências comuns do Enfermeiro Especialista (1º

ano/1º Semestre) e saberes e técnicas do âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (1º Ano/2º Semestre). O culminar do curso e do processo de aquisição de competências de especialista, ocorreu na Unidade Curricular Estágio final (2º Ano/1º Semestre), que exigiu ao estudante a demonstração das competências adquiridas. Neste contexto, a realização e implementação do projeto de intervenção comunitária em meio escolar concebido, funcionou como porta de acesso para o exercício, aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O campo de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública junto dos adolescentes com comportamentos de risco exige o reconhecimento das especificidades desta fase do ciclo vital. A adolescência é uma fase de características muito particulares, na qual ocorrem inúmeras alterações, que são vividas de forma inigualável por cada indivíduo, que por sua vez está inserido num determinado contexto específico que vai influenciar toda esta experiência da sua vivência de saúde e desenvolvimento.

Entendida a peculiaridade individual e contextual, torna-se necessário compreender e reconhecer o que efetivamente é comportamento de risco e o que faz parte do desenvolvimento normal do adolescente, que se encontra numa fase de adaptação à independência e autonomia social. Para tal é necessário a realização de um diagnóstico de saúde, identificando quais os problemas que prevalecem, qual a sua precocidade de iniciação, bem como a adesão a múltiplos comportamentos de risco. É ainda imprescindível a identificação dos determinantes destes comportamentos. A interpretação do contexto real onde se vive a ação, do ponto de vista individual, familiar, escolar, cultural, social e económico, é fundamental para delimitar estratégias de intervenção eficazes. Mediante a descodificação deste cenário torna-se indispensável aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que centrados no foco de atenção – os adolescentes com comportamentos de risco, procurem envolver os amigos, a família, a escola e a comunidade enquanto parceiros de cuidados.

Tendo em conta a dificuldade de intervenção com esta faixa etária, Macêdo (2015), alerta para a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica com o adolescente, sobrevalorizando as dimensões de afetividade e tolerância, sentimentos importantes nesta fase do ciclo vital. As intervenções delineadas devem centrar-se em atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, através do empoderamento dos indivíduos, facultando-lhe os conhecimentos e as condições necessárias para a realização de escolhas conscientes e seguras.

A avaliação contínua do impacto das intervenções desenvolvidas é fundamental, pois permite ajustes eficazes e eficientes em tempo útil. Só assim é possível obter ganhos em saúde.

Contudo o processo de aquisição de competências só termina na reflexão sobre a ação, produzindo e construindo padrões de conhecimento, “numa interacção afectiva que possibilita o aprender a aprender” (Dias, 2010, p. 77).

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

A população é o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação” (Fortin, 1999, p. 373), sendo que, “uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente” e sobre os quais o investigador pretende efetuar generalizações. Por sua vez, a amostra ou estrutura amostral, corresponde ao “conjunto de sujeitos retirados de uma população”.

3.1 Caraterização Geral da População/Utentes

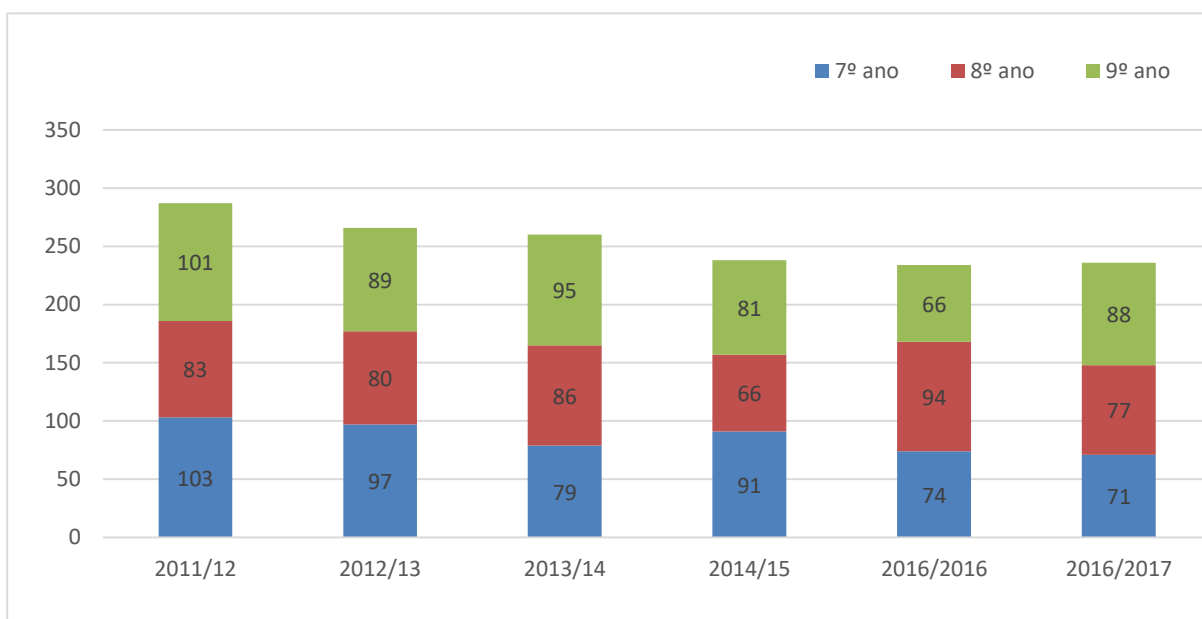
A população arrolada para a realização deste projeto de intervenção remete para os alunos da Escola A, localizada num concelho da região Alentejo. A referida escola acolhe alunos do 3º Ciclo, matriculados no ensino básico geral e artístico e nos cursos vocacionais, e ainda os alunos do ensino secundário matriculados nos cursos científico-humanísticos (Ciências e Tecnologias, Ciências Socioeconómicas, Artes Visuais, Línguas e Humanidades) e nos cursos profissionais e vocacionais.

De acordo com os dados colhidos junto da respetiva escola, no ano letivo 2016/2017 encontravam-se matriculados 716 alunos, dos quais 249 integravam o 3º Ciclo e 476 pertenciam ao Ensino Secundário. Dos 249 alunos que pertenciam ao 3º ciclo, 228 frequentavam o Ensino básico geral, sendo que 21 optaram pelos cursos vocacionais.

A população alvo para a realização do diagnóstico de saúde recai sobre os adolescentes do 3º Ciclo da Escola A, pelo que se abordam apenas os dados relativos a este equipamento educacional.

Ao analisarmos o Gráfico 1 podemos verificar que o número de alunos do 3º Ciclo teve um ligeiro decréscimo desde o ano letivo 2011/2012, até ao ano letivo 2014/2015. Nos últimos anos letivos parece verificar-se uma estabilização do número de discentes.

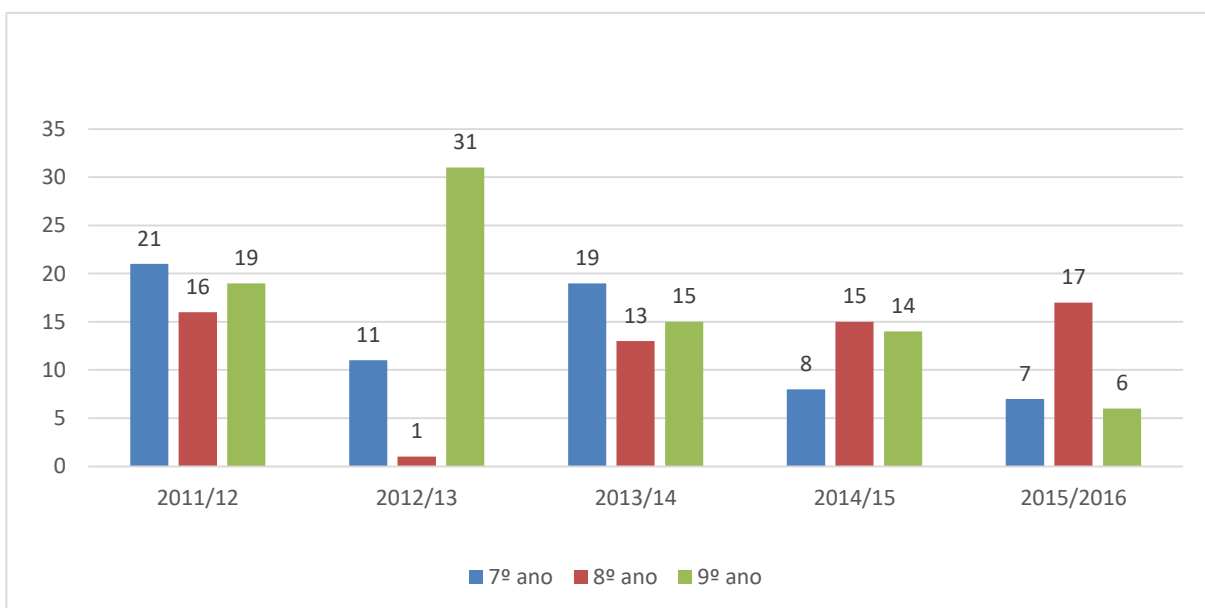
Gráfico 1: Número de alunos do 3º Ciclo da Escola A, por ano letivo



Fonte: <http://infoescolas.mec.pt/> e Dados fornecidos pelo Agrupamento de Escolas à UCC-RA onde ocorreu a ação. Elaboração própria.

No que concerne à taxa de abandono escolar e retenção da escola em análise, relativamente à faixa etária abordada neste projeto, verifica-se que esta apresenta um valor considerável (Gráfico 2).

Gráfico 2: Taxa (%) de retenção e desistência dos alunos do 3º Ciclo, da Escola A, por ano letivo



Fonte: <http://infoescolas.mec.pt/> Elaboração Própria.

3.2 Necessidades Específicas da População/Utentes

A caracterização das necessidades específicas de uma população remete-nos para a primeira etapa do planeamento em saúde - o diagnóstico de situação ou diagnóstico de saúde. Só após a realização do diagnóstico de saúde se pode iniciar a atuação. Este, “deve ser ao mesmo tempo suficientemente rápido para permitir a acção em tempo útil e suficientemente aprofundado para que as medidas de solução sejam pertinentes” (Imperatori & Giraldes, 1993 p. 44). Assim, podemos afirmar que o diagnóstico de saúde é o ponto de partida para qualquer intervenção, envolvendo a noção de causalidade e evolução prognóstica.

Para operacionalização do diagnóstico de saúde recorreu-se ao inquérito por questionário *Comportamentos de risco (Versão Portuguesa – 2007)* (Anexo 1). Os procedimentos formais e éticos inerentes a esta fase estão descritos no ponto 6.2.1 do presente relatório de estágio.

Após recolha dos questionários procedeu-se à sua análise, validação e codificação. Posteriormente e com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 24, foi criada uma base de dados para o tratamento estatístico dos dados coletados. De seguida, efetuou-se uma análise descritiva, onde se apurou a frequência numérica e percentual das variáveis categóricas. Para verificar a dependência entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado. Sempre que, pelo tamanho da amostra, não se garantiram os critérios de utilização do referido teste, com possibilidade de enviesamento de dados, foi verificada a existência de correlação linear de Pearson. O nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$).

Ao longo deste capítulo são descritos e analisados apenas os comportamentos de consumo de álcool e tabaco dos adolescentes, na medida em que foram estes os comportamentos considerados prioritários e alvo de intervenção no projeto em análise e reflexão. Os resultados remanescentes encontram-se descritos no Apêndice 1.

A caracterização dos comportamentos de consumo de tabaco foi efetuada com base nos seguintes indicadores: Experimentação de tabaco ao longo da vida (Experimentou? Com que idade? Com quem?), Consumo atual de tabaco (Consumiu nos 30 dias que antecederam a pesquisa?) e Exposição ao fumo de tabaco. No que diz respeito ao álcool a caracterização é fundamentada na prevalência de: Experimentação de álcool ao longo da vida (Experimentou? Com que idade? Com quem?), Consumo atual de álcool (Consumiu nos 30 dias que antecederam a pesquisa?) e Embriaguez nos últimos 30 dias. Após determinar o padrão de consumo de tabaco e álcool foi verificada a existência de correlação estatística significativa

com possíveis variáveis explicativas, tais como: idade, género, ano de escolaridade, estrutura familiar, reprovação escolar; grau de envolvimento com a família, com a escola e com os amigos. Por fim foi analisada a correlação entre os comportamentos de consumo de álcool e tabaco e outros comportamentos de risco averiguados no questionário utilizado.

3.2.1 Apresentação de Resultados

A nossa amostra foi constituída por 149 alunos, o que equivale a 65,35% dos alunos do 3º Ciclo da escola onde decorreu a investigação. A idade dos inquiridos instala-se entre os 12 e os 18 anos de idade, evidenciando uma moda e média de 14 anos de idade.

Como nos revela a Tabela 1, existe um predomínio do género feminino e semelhante distribuição da amostra pelo 8º e 9º ano de escolaridade, com menor representatividade de alunos do 7º ano.

Tabela 1: Caracterização da amostra

Variáveis categóricas	Frequência Numérica (N)	Frequência Percentual (%)
Género (N=149)		
Masculino	54	36,2
Feminino	95	63,8%
Ano de escolaridade (N=149)		
7º ano	36	24,2%
8º ano	56	37,6%
9º ano	57	38,3%
Com quem vive (N=149)		
Ambos os pais	117	78,5%
Apenas com o pai ou a mãe	25	16,8%
Outra situação	7	4,7%
Reprovação escolar (N=149)		
Sim	33	22,1%
Não	116	77,9%
Grau de envolvimento familiar (N=149)		
Baixo	18	12,1%
Médio	58	38,9%
Elevado	73	49%
Grau de envolvimento escolar (N=149)		
Baixo	40	26,8%
Médio	102	68,5%
Elevado	7	4,7%
Grau de envolvimento com os amigos (N=149)		
Baixo	35	23,5%
Médio	22	14,8%
Elevado	92	61,7%

A grande maioria, 78,5% da amostra, vive com ambos os pais e 49% exibe forte ligação familiar. A retenção escolar é confirmada por 22,1% da nossa amostra e o grau de envolvimento com a escola é maioritariamente mediano (68,5%). O alto envolvimento com os amigos foi concedido a 61,7% dos adolescentes inquiridos. No que concerne ao envolvimento com a família verificamos que este é maioritariamente elevado e mediano, com apenas 12,1% dos alunos a apresentarem uma baixa ligação com a família.

O comportamento de consumo de tabaco é evidenciado na tabela 2, onde se exibe uma taxa de prevalência de experimentação de tabaco de 43% dos adolescentes auscultados.

Tabela 2: Caraterização do comportamento de consumo de tabaco

Variáveis categóricas		Frequência Numérica (N)	Frequência Percentual (%)
EXPERIMENTAÇÃO DE TABACO (N= 149)	Já experimentaste fumar (mesmo 1 ou 2 passas)?		
	Sim	64	43%
	Não	85	57%
	Com que Idade de experimentaste fumar um cigarro inteiro?		
	Nunca fumei um cigarro inteiro	96	64,4%
	8 anos ou menos	2	1,3%
	9 a 10 anos	4	2,7%
	11 a 12 anos	17	11,4%
	13 a 14 anos	24	16,1%
	15 a 16 anos	5	3,4%
+ de 17 anos	1	0,7%	
Com quem experimentaste fumar? (N=149)		85	57%
	Nunca fumei	2	1,3%
	Com o(a) namorado(a)	58	38,9%
	Com amigos(as)	3	2%
	Com um familiar	1	0,7%
	Sozinho		
CONSUMO ATUAL DE TABACO	Fumaste nos últimos 30 dias?		
	Omisso	96	
	Sim	33	22,1%
	Não	20	13,4%
EXPOSIÇÃO AO FUMO PASSIVO	Exposição ao fumo de cigarros (N=149)		
	Sim	64	43%
	Não	85	57%

Dos 64 jovens que experimentou tabaco, 11,4% asseveraram tê-lo feito aos 11/12 anos de idade e 16,1% entre os 13 /14 anos. Estes dados confirmam que dos 53 alunos que afirma ter fumado um cigarro inteiro, 41(77,4%) fê-lo entre os 11 e 14 anos de idade. O intervalo compreendido entre os 11/14 anos é assim, um fator de risco acrescido na experimentação desta droga. Para 90,6% dos alunos a experimentação de tabaco efetivou-se na companhia de amigos. A confirmação do consumo atual de tabaco é ostentada por 22,1% dos adolescentes, o que equivale a 51,5% dos jovens que experimentaram fumar. A maioria da estrutura amostral (57%) afirma não estar exposto ao fumo passivo.

Ao analisar a dependência entre as variáveis de consumo de tabaco e as possíveis variáveis explicativas (Tabela 3), confirmou-se a associação significativa entre o ano de escolaridade e a experimentação de tabaco ($p < 0,0001$). À medida que ao ano de matrícula aumenta, sobe a percentagem de experimentação. Também a reprovação escolar é um fator de risco acrescido para a experimentação de tabaco, confirmada pela dependência entre estas variáveis ($p = 0,02$).

Apesar da ligação com a família apresentar valores de independência em relação à experimentação de tabaco ($p = 0,069$), verifica-se que a declaração de experimentação aumenta inversamente ao grau de envolvimento dos adolescentes com a família. São os alunos que têm baixa ligação familiar os que apresentam maior taxa de prevalência de experimentação de tabaco. O alto envolvimento com a família revela-se assim um fator protetor da experimentação de tabaco.

O grau de envolvimento com os amigos não revelou correlação significativa com a experimentação de tabaco ($p = 0,243$). No entanto, a influência dos amigos é confirmada na resposta à questão: Com quem experimentaste fumar?, na qual, 58(90,6%) dos 64 adolescentes que confirma ter concretizado esta experiência, a efetivou com o grupo de pares.

Confirma-se ligeiro predomínio do género masculino na experimentação de tabaco, no entanto, não se confirmou a dependência entre as duas variáveis.

Não se confirmou dependência entre o consumo atual de tabaco e as possíveis variáveis explicativas em estudo. Podemos, pois, assegurar que o grande fator de risco do consumo atual de tabaco é a sua experimentação.

Tabela 3: Comportamento de consumo de tabaco em relação ao género, ano de escolaridade, com quem vive, reprovação escolar, envolvimento com a família, com os amigos e com a escola.

Variáveis categóricas	Experimentação de tabaco (N=149)		Valor p	Consumo atual de tabaco (N=53)		Valor p
	Sim (N/%)	Não (N/%)		Sim (N/%)	Não (N/%)	
Género						
Masculino	26(48,1%)	28(51,9%)	0,334 [#]	10(47,6%)	11(52,4%)	0,075 [#]
Feminino	38(40%)	57(60%)		23(71,9%)	9(28,15)	
Ano de escolaridade						
7º ano	3(8,3%)	33(91,7%)	<0,0001 [#]	2(66,7%)	1(33,3%)	0,866 [#]
8º ano	28(50%)	28(50%)		12(66,7%)	6(33,3%)	
9º ano	34(59,6%)	23(40,4%)		19(59,4%)	13(40,6%)	
Com quem vive:						
Ambos os pais	51(43,6%)	66(56,4%)	0,486 [#]	24(57,1%)	18(42,9%)	0,355 ^{##}
Pai ou mãe	9(36%)	16(64%)		6(75%)	2(25%)	
Outra situação	4(57,1%)	3(42,95)		3(100%)	0(0%)	
Reprovação escolar						
Sim	20(60,6%)	13(39,4%)	0,02[#]	12(66,7%)	6(33,3%)	0,635 [#]
Não	44(37,9%)	72(62,1%)		21(60%)	14(40%)	
Envolvimento família						
Baixo (N=18)	11(61,1%)	7(38,2%)	0,069 [#]	6(75%)	2(25%)	0,405 ^{##}
Médio (N=58)	28(48,3%)	30(51,7%)		15(62,5%)	9(37,5%)	
Elevado (N=73)	25(34,2%)	48(65,8%)		12(57,1%)	9(42,9%)	
Envolvimento escolar						
Baixo (N=40)	22(55%)	18(45%)	0,123 ^{##}	13(61,9%)	8(38,1%)	0,810 ^{##}
Médio (N=102)	39(38,2%)	63(61,7%)		19((61,3%)	12(38,7%)	
Elevado (N=7)	3(42,9%)	4(57,1%)		1(100%)	0(0%)	
Envolvimento amigos						
Baixo (N=35)	11(31,4%)	24(68,6%)	0,243 [#]	5(62,5%)	3(37,5%)	0,725 ^{##}
Médio (N=22)	9(40,9%)	13(59,1%)		4(50%)	4(50%)	
Elevado (N=92)	44(47,8%)	48(52,2%)		24(64,9%)	13(35,1%)	

Teste Qui-Quadrado ## Correlação de Pearson

Na tabela 4, podemos observar o comportamento de consumo de álcool dos adolescentes, e verificar que, dos 149 adolescentes pesquisados 62,4% afirmou ter experimentado álcool. Destes, 16,8% garante tê-lo feito aos 11/12 anos de idade e 32,2% entre os 13 /14 anos. A idade entre os 11 e os 14 anos de idade constitui assim um fator de risco na experimentação de álcool. Ao considerar apenas os jovens que experimentaram álcool, constatamos que a ingestão da primeira bebida alcoólica ocorreu para 61,3% dos adolescentes na companhia de amigos e para 34,4% junto de familiares.

O consumo atual de álcool é confirmado por 39,6% dos adolescentes inquiridos, o que equivale a 63,4% dos jovens que afirmam ter bebido pelo menos uma bebida alcoólica. A embriaguez apresenta uma taxa de prevalência de 17,5%.

Tabela 4: Caracterização dos comportamentos de consumo de álcool

Variáveis Categóricas		Frequência Numérica (N)	Frequência Percentual (%)
EXPERIMENTAÇÃO DE ÁLCOOL (N= 149)	Já experimentaste álcool, além de goles?		
	Sim	93	62,4%
	Não	56	37,6%
	Com que Idade de experimentaste álcool?		
	Nunca bebi álcool (omisso)	56	
	8 anos ou menos	3	2%
	9 a 10 anos	8	5,4%
	11 a 12 anos	25	16,8%
	13 a 14 anos	48	32,2%
	15 a 16 anos	7	4,7%
+ de 17 anos	2	1,3%	
Com quem bebeste a 1ª bebida alcoólica?	Nunca bebi (Omisso)	56	
	Com o(a) namorado(a)	3	2%
	Com amigos(as)	57	38,3%
	Com um familiar	32	21,5%
	Sozinho	1	0,7%
CONSUMO ATUAL DE ÁLCOOL (N=149)	Bebeste, pelo menos 1 bebida, nos últimos 30 dias?		
	Omisso	56	
	Sim	59	39,6%
	Não	34	22,8%
EMBRIAGUEZ (N=149)	Bebeste 5 ou mais bebidas, sem espaço de 4 horas entre elas, nos últimos 30 dias?		
	Omisso	56	
	Sim	28	18,8%
	Não	65	43,6%
	Ficaste embriagado, nos últimos 30 dias?		
	Omisso	56	
	Sim	26	17,5%
Não	67	45%	

A relação de dependência entre os comportamentos de consumo de álcool e as possíveis variáveis explicativas em estudo, encontram-se na tabela 5.

Tabela 5: Comportamento de consumo de álcool em relação ao gênero, ano de escolaridade, com quem vive, reprovação escolar, envolvimento com a família, com os amigos e com a escola.

Variáveis categóricas	Experimentação de álcool (N=149)		Valor p	Consumo atual de álcool (N=93)		Valor p
	Sim (N/%)	Não (N/%)		Sim (N/%)	Não (N/%)	
Gênero						
Masculino (N=54)	33(61,1%)	21(38,9%)	0,804 [#]	23(69,7%)	10(30,3%)	0,353 [#]
Feminino (N=95)	60(63,1%)	35(36,9%)		36(60%)	24(40%)	
Ano de escolaridade						
7º ano (N=36)	7(19,4%)	29(80,6%)	<0,0001 [#]	0(0%)	7(100%)	0,001 [#]
8º ano (N= 56)	39(69,6%)	17(30,4%)		25(64,1%)	14(35,9%)	
9º ano (N= 57)	47(82,5%)	10(17,5%)		34(72,3%)	13(27,7%)	
Com quem vive						
Ambos os pais (N= 117)	73(62,4%)	44(37,6%)	0,880 [#]	46(63%)	27(37%)	0,969 [#]
Apenas pai/mãe (N=25)	16(64%)	9(36%)		10(62,5%)	6(37,5%)	
Outra situação (N=7)	4(57,1%)	3(42,9%)		3(75%)	1(25%)	
Reprovação escolar						
Sim (N=33)	23(69,7%)	10(30,3%)	0,328 [#]	16(69,6%)	7(30,4%)	0,482 [#]
Não (N=116)	70(60,3%)	46(39,6%)		43(61,4%)	27(38,6%)	
Envolvimento família						
Baixo (N=18)	12(66,7%)	8(44,3%)	0,299 [#]	9(75%)	3(25%)	0,666 [#]
Médio (N=58)	40(69%)	18(31%)		25(62,5%)	15(37,5%)	
Elevado (N=73)	41(56,2%)	32(43,8%)		25(61%)	16(39%)	
Envolvimento escolar						
Baixo (N=40)	28(70%)	12(30%)	0,268 ^{##}	23(82,1%)	5(17,9%)	0,052 ^{##}
Médio (N=102)	61(59,8%)	41(41,2%)		33((54,1%)	28(45,9%)	
Elevado (N=7)	4(57,1%)	3(42,9%)		3(75%)	1(25%)	
Envolvimento amigos						
Baixo (N=35)	16(45,7%)	19(54,3%)	0,025 [#]	7(43,8%)	9(56,3%)	0,027 ^{##}
Médio (N=22)	12(54,5%)	10(45,5%)		6(50%)	6(50%)	
Elevado (N=92)	65(70,7%)	27(29,3%)		46(70,8%)	19(29,2%)	

Teste Qui-Quadrado ## Correlação de Pearson

O ano de escolaridade revela dependência com a experimentação de álcool ($p < 0,0001$) e com o consumo atual desta substância ($p = 0,001$), evidenciando que à medida que o ano de escolaridade aumenta, sobe proporcionalmente a experimentação e consumo atual de bebidas alcoólicas. O alto envolvimento com os amigos também se revelou um fator de risco acrescido da experimentação de álcool ($p = 0,025$), bem como do consumo atual de álcool ($p = 0,027$), confirmado por um aumento proporcional de adolescentes que experimenta e consome bebidas

alcoólicas, em função do aumento de envolvimento com o grupo de pares. Este dado reforça a influência dos amigos na experimentação de álcool, revelada pela elevada percentagem de inquiridos que o fez pela 1ª vez na companhia amigos.

O envolvimento escolar não revela relação de dependência com a experimentação de álcool.

No que diz respeito à embriaguez foi confirmada a existência de correlação linear positiva significativa em relação ao grau de envolvimento com os amigos ($p=0,029$) e em relação ao ano de matrícula ($p=0,012$). Verifica-se que o relato de embriaguez aumenta proporcionalmente ao grau de envolvimento com o grupo de pares e ao ano de escolaridade.

Apesar da correlação entre o envolvimento com a escola e a embriaguez não se revelar significativa ($p=0,061$), a proximidade deste valor revela a influência do envolvimento escolar na taxa de prevalência de embriaguez. De facto, confirma-se um crescimento inversamente proporcional entre as duas variáveis.

Foi confirmada a dependência entre as variáveis experimentação de cigarros e experimentação de álcool ($p<0,0001$), bem como entre o consumo atual de tabaco e consumo atual de álcool ($p=0,008$), atestando a associação entre estes comportamentos de risco.

Averiguou-se a existência de correlação linear negativa significativa entre a experimentação de tabaco e o uso de capacete de proteção ao andar de bicicleta ($p=0,019$) e o uso de cinto de segurança ($p=0,001$). Verificou-se ainda a presença de correlação linear positiva significativa entre a experimentação de tabaco e o início precoce de relações sexuais ($p<0,0001$).

Constatou-se correlação linear negativa significativa entre a experimentação de álcool e o uso de capacete em bicicleta ($p=0,002$), o uso de capacete ao andar de mota ($p=0,002$) e o uso de cinto de segurança ($p<0,0001$). A experiência de consumo álcool diminui assim a adesão aos comportamentos de segurança. Confirmou-se ainda que, existe correlação linear positiva significativa entre a experimentação de álcool e o “andar armado com faca ou canivete” ($p=0,028$) e o início precoce da vida sexual ($p<0,0001$).

3.2.2 Discussão de Resultados

Os resultados aqui apresentados confirmaram a magnitude dos comportamentos de consumo de álcool e tabaco nos adolescentes que integraram a nossa amostra, demonstrando assim, a importância desta problemática na saúde e bem-estar da população em estudo.

Os comportamentos de consumo de álcool e tabaco dos alunos do 3º ciclo da escola em análise revelaram-se de causa multifatorial, tendo sido identificados fatores de risco pessoais,

familiares, escolares e contextuais. Este desfecho vai ao encontro de muitos outros estudos, que afirmam que o uso destas drogas lícitas, apesar de voluntário, não se reduz a aspetos pessoais/individuais, uma vez que os jovens recebem a influência de diversos contextos (Melo, Pichelli, & Ribeiro, 2016). “Assim, fatores ambientais, somados à história de vida e à personalidade destes adolescentes, além de alterações fisiológicas, são processos importantes que contribuem para o surgimento de determinados tipos de comportamento, dentro deles, a experimentação do uso de drogas” (Andrade, Micheli & Silva, 2014, p.25).

Não se encontraram diferenças significativas entre géneros o que confirma o referenciado no relatório European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) Portugal 2015, ao declarar que as disparidades das percentagens entre consumidores do género masculino e feminino, estão a desaparecer (Feijão, 2015). No entanto, o referido estudo também encontrou prevalência de consumo atual de tabaco ligeiramente superior nas raparigas.

A idade compreendida no intervalo entre os 11/14 anos revelou-se um fator de risco individual, transversal a todos os comportamentos de consumo. A idade de experimentação de álcool e tabaco encontrada neste estudo está de acordo com os dados nacionais revelados pelos estudos Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS) 2014 e ESPAD Portugal 2015 (Matos, 2015; Feijão, 2015). A experimentação de álcool e tabaco é um importante indicador de monitoramento (Malta *et al*, 2014), na medida em que possibilita perceber a precocidade do contacto com estas substâncias psicoativas. Na amostra em estudo, o consumo precoce destas substâncias é um facto confirmado, não apenas porque a maioria dos auscultados efetivou as experiências de consumo entre os 11 e os 14 anos de idade, mas também, porque ao observar os resultados percebemos que para alguns adolescentes o primeiro contacto com o álcool e o tabaco ocorreu antes dos 10 anos de idade. A relação entre a idade e o início do consumo demonstra o espírito aventureiro, a busca de novas experiências, de liberdade e transgressão, características próprias da faixa etária em análise. Crê-se que, na adolescência as áreas neurais responsáveis pela busca de prazer/novidades estão hiperativadas e que os sistemas de inibição e regulatório estão hipoativos. Acresce ainda a falta de maturação do córtex pré-frontal, encaminhando os jovens a tomadas de decisão impulsivas, precipitadas e arriscadas (Andrade *et al*, 2014). Podemos desta forma afirmar que, “o que no campo da saúde constitui risco, para adolescentes representa pura adrenalina” (Gomes & Mendes, 2009, p. 688). Mas, associar os comportamentos de consumo de álcool e tabaco apenas a aspetos fisiológicos e à

crise transitória da idade, seria negar a influência de fatores externos na tomada de decisão individual e desvalorizar este comportamento enquanto problema de saúde pública.

A iniciação precoce dos consumos é fator de risco agravante para continuidade de consumo (Sartes, Gumier, Fernandes & Ferreira, 2014), incitando situações de dependência futura (Loureiro, Barroso, Mendes, Rodrigues, Oliveira, & Oliveira, 2013), facto confirmado no nosso estudo ao verificar que, respetivamente, 51,5% e 63,4% dos alunos que experimentou tabaco e álcool, manteve o consumo.

O ano de escolaridade também se revelou um fator de risco relevante para a experimentação de tabaco, para a experimentação de álcool e para o consumo atual de álcool, verificando-se um aumento significativo das taxas de prevalência destes comportamentos na passagem do 7º para o 8º ano, e novo aumento, embora menos significativo, do 8º para o 9º ano. Estes dados reforçam a necessidade de intervenção precoce, pois, após a experimentação é consistente o aumento da vulnerabilidade do adolescente para o consumo atual. Há estudos que explicam a repetição dos comportamentos de consumo por parte dos adolescentes, pelo aumento dos níveis de dopamina no núcleo accumbens após a ingestão de uma substância psicoativa. Este aumento é muito superior ao habitual nesta faixa etária, conduzindo o adolescente a experienciar sensações de prazer muito mais intensas que um adulto (já habituado a níveis basais superiores de dopamina). Assim, o jovem mantém o comportamento, no intuito de repetir a experiência de prazer (Andrade *et al*, 2014).

A reprovação escolar apareceu-nos como um fator de vulnerabilidade indiscutível para a experimentação de tabaco, corroborando com outros estudos que revelam que o fracasso escolar, a falta de motivação para os estudos e o mau desempenho escolar são fatores de risco no uso de substâncias psicoativas (Sartes *et al*, 2014).

A amostra em estudo tornou visível o crescimento inversamente proporcional entre a experimentação de tabaco e o grau de envolvimento familiar. Este resultado vai ao encontro de outro estudo que revelou que “relações familiares regulares ou ruins podem estar associadas a adolescentes tabagistas” (Teixeira, Guimarães & Echer, 2017, p.7). A família é uma importante estrutura de suporte e apoio dos seus membros, e, a ligação familiar e o diálogo têm uma ação protetora na prevenção do uso de substâncias psicoativas (Sartes *et al*, 2014). No que diz respeito à experimentação de álcool, a influência da família para a experiência é suportada pelo relato de 32 adolescentes que confirmam ter experimentado álcool na companhia de familiares. A atitude positiva e permissiva da família diante do consumo destas substâncias constitui um

fator de risco no contacto precoce com estas e aumenta a probabilidade de continuidade do consumo (Sartes *et al*, 2014).

Também a pressão dos amigos é um forte fator desencadeante para o início do uso de drogas (Sartes *et al*, 2014). De facto, verificámos a importância desta influência ao atestar que a maioria dos inquiridos vivenciou a sua primeira experiência tabágica na companhia do grupo de pares. Mas esta influência não se aplica apenas à iniciação tabágica, o envolvimento com os amigos revelou-se uma variável dependente de todos os comportamentos de consumo de álcool aqui estudados, nomeadamente: experimentação, consumo atual e embriaguez. O elevado “envolvimento grupal é considerado como fator de risco quando os amigos e colegas são considerados como modelos” e têm atitude de aprovação em relação ao uso de álcool e tabaco (Sartes *et al*, 2014, p.99), reforçando a ideia de vulnerabilidade do adolescente ao meio a que pertence ou almeja pertencer (Melo *et al*, 2016).

Estes achados demonstram a influência e o poder do círculo de convivência dos adolescentes com a família e com os amigos no momento da tomada de decisão, instigando à reflexão e necessidade de desenvolver estratégias de ação preventivas centradas em aspetos individuais (reforço de competências sociais, autoestima, autocontrolo, responsabilidade e pensamento crítico) e contextuais (diminuindo a influência dos fatores externos encontrados).

As taxas de prevalência de experimentação de álcool, de experimentação de tabaco, de consumo atual de álcool, de consumo atual de tabaco e de embriaguez dos jovens indagados revelaram-se muito superiores às evidenciadas a nível nacional. Esta diferença confirma a influência do contexto social e ambiental nos comportamentos de consumo e pode justificar-se pelo relatado nos estudos HBSC/OMS 2014 e ESPAD Portugal 2015 que evidenciam prevalências de consumo superiores no território Alentejano. Constatou-se ainda que, na atual investigação, as taxas de prevalência dos comportamentos de tabaco, apesar de muito elevadas são inferiores às taxas de prevalência dos comportamentos de consumo de álcool, facto que se pode justificar pela maior aceitabilidade familiar e cultural do uso do álcool. No contexto sociocultural português, o consumo de álcool é muitas vezes iniciado no seio familiar e surge associado a celebrações religiosas, festas e acontecimentos recreativos (Barroso, Mendes & Barbosa, 2013). A este contexto familiar e social complacente e favorecedor do consumo de álcool coliga-se a expectativa de força, poder, liberdade, desinibição e descontração, patente nos mitos culturais, (Melo *et al*, 2016) que dirigem o adolescente a consumos de álcool abusivos e pesados. A taxa de prevalência de embriaguez encontrada nos jovens auscultados confirmou a atração pelo fenómeno *binge drink* (consumo de 5 ou mais doses de bebida numa só ocasião).

É do conhecimento atual que na adolescência este fenómeno está relacionado a deficits cognitivos (Andrade *et al*, 2014; Malta *et al*, 2014).

Não podemos também deixar de referir, a indiscutível influência da falta de responsabilidade social perante a lei do álcool e tabaco. A média de idade dos alunos entrevistados (14 anos), a legislação que proíbe a venda de álcool e tabaco a menores de 18 anos e as elevadas taxas de prevalência de consumo destas drogas, tornam notório o desinteresse social e local com esta problemática. Exige-se maior firmeza por parte das autoridades reguladoras competentes e debate sobre a necessidades de medidas políticas eficazes no combate à venda destas drogas a menores, afim de evitar prejuízos evitáveis na saúde da população.

Os dados aqui apresentados revelam-se preocupantes e inquietantes, divulgando a iniciação precoce do uso de álcool e tabaco, a manutenção do comportamento de consumo e a associação entre os comportamentos de consumo de álcool e tabaco, e entre estes e outros comportamentos de risco, tais como: não cumprimento de medidas de segurança rodoviária e comportamento sexual precoce. Vários autores afirmam que quando os comportamentos de risco se instalam e solidificam como estilos de vida, podem acarretar consequências nefastas a nível pessoal (como o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, a ocorrência de acidentes, a incapacidade e morte prematura), mas também a nível familiar e social (Gomes & Mendes, 2009; Feijó & Oliveira, 2001) que se traduzem na integração social e independência económica do indivíduo, não esquecendo ainda os impactos nos encargos económicos para a sociedade (Simões, 2005).

3.3 Recrutamento da População Alvo

A população alvo para realização do diagnóstico de saúde foram os alunos matriculados no 3º ciclo básico geral e artístico da Escola A, do agrupamento de escolas do concelho Alentejano abrangido pela UCC-RA onde se desenvolveu a experiência clínica. A seleção da população alvo, efetuada no intuito de intervir no 3º ciclo reflete o reconhecimento deste período etário da adolescência como crítico, onde habitualmente se iniciam os comportamentos prejudiciais à saúde. Concomitantemente a este facto a evidência científica tem demonstrado que a identificação e a intervenção precoce são uma mais-valia na obtenção de bons resultados. A escolha do 3º ciclo teve ainda subjacente a necessidade demonstrada pela equipa de saúde escolar, o que vai ao encontro das premissas requeridas com a proposta de realização do projeto

de intervenção: ser considerado pertinente e ir ao encontro das necessidades das entidades de acolhimento da mestranda e da população alvo, assegurando a assim a continuidade de implementação do projeto após o término do contexto académico que lhe dá início. Desta forma, em conjunto e em concordância com a Enfermeira supervisora e com o Diretor do agrupamento da Escola A, definiu-se que o diagnóstico de situação iria abranger os alunos do 3º ciclo básico geral e artístico. Não foram incluídos os alunos dos cursos vocacionais, pela sua baixa representatividade no universo populacional.

A escolha da Escola A prendeu-se ao facto de ser a única escola da área de abrangência da UCC-RA onde se desenvolveu a experiência clínica, que integra alunos a frequentar o 3º ciclo do Ensino Básico.

Por sua vez, a intervenção em contexto escolar é fundamentada com base em dados científicos, que demonstram resultados claramente positivos em programas desenvolvidos neste meio (Fuemmeler, 2004).

A escola é tida como um local privilegiado de intervenção comunitária. A valorização da escola, do domicílio e da comunidade enquanto estruturas favorecidas para as intervenções de promoção da saúde, é reconhecida em 1986, na 1ª conferência internacional sobre promoção de saúde - a carta de Ottawa. Esta define promoção da saúde como o processo que visa capacitar os indivíduos e as comunidades, possibilitando-lhe o controle da sua saúde, no propósito de a melhorar.

O ênfase da saúde escolar na promoção da saúde surge da atual situação epidemiológica, caracterizada pela prevalência das doenças crónicas, dando origem a uma mudança no paradigma da saúde escolar. Esta, inicialmente focada no controlo de doenças transmissíveis, reconhece agora que a saúde sofre a influência do ambiente onde o indivíduo se desenvolve e orienta estratégias de promoção da saúde atuando sobre os seus determinantes (DGS, 2015). Segundo a circular normativa nº 23/SEO, de 14 de setembro de 1989, citada por Rocha *et al* (2013, p.199),

a saúde escolar é entendida como um conjunto de actividades no âmbito dos cuidados de saúde primários; propõe-se melhorar o nível de saúde do grupo específico de crianças e adolescentes escolarizados – especificidade que lhe advém do ambiente escolar a que estão sujeitos. Deve para tal actuar sobre o conjunto ambiente escolar/população escolar (alunos, professores e empregados) e ter presente as influências que sobre este conjunto exercem a família e o meio.

Este conceito de saúde escolar demonstra a sua capacidade para promover a articulação entre os serviços de saúde, o ambiente escolar, a família e a comunidade. Esta articulação é

reforçada quando, em 1994, Portugal passa a integrar a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, o que implica a criação de uma parceria entre a saúde e a educação (DGS, 2015). A parceria efetuada tem como objetivo facilitar “a criação de condições para que os alunos e a comunidade educativa em geral desenvolvam plenamente as suas potencialidades e adquiram competências que lhes permitam fazer escolhas saudáveis” (Rocha *et al*, 2013, p.200).

As escolas promotoras de saúde (educação) e a saúde orientam a intervenção da saúde escolar pelos mesmos princípios: a equidade, a sustentabilidade, a participação democrática, a educação inclusiva e o *empowerment* de toda a comunidade educativa para a saúde e bem-estar (DGS, 2015).

A escola, reconhecida como local de eleição na implementação de ações de promoção da saúde, por permitir trabalhar o pessoal discente, docente, família/encarregados de educação e comunidade envolvente, visa a aquisição de um estilo de vida saudável e a prevenção de comportamentos nocivos, gerando ganhos efetivos na saúde e na qualidade de vida. Corroborado este facto, a circular Informativa n.º 6 de 10/02/2005, referida por Rocha *et al* (2013), faz referência à promoção da saúde em meio escolar como a estratégia mais eficaz na obtenção de ganhos em saúde, tanto a médio como a longo prazo. Mas para conseguir alcançar esta meta:

a intervenção da saúde na escola requer abordagens abrangentes e multissetoriais para além da saúde e educação, liderança para influenciar a sociedade como um todo, organização de recursos em prol da redução das desigualdades em saúde e corresponsabilização de todos pela sustentabilidade do processo (DGS, 2015, p.15).

O atual plano nacional de saúde escolar, enquanto documento orientador das políticas nacionais, no que diz respeito à promoção da saúde, integra os novos desafios colocados à saúde das crianças e jovens portuguesas (DGS, 2015). Por sua vez, tem por base um modelo holístico da saúde atuando nos seus determinantes da saúde, tanto a nível individual como coletivo, em seis eixos estratégicos: “Capacitação; Ambiente Escolar e saúde; Condições de saúde; Qualidade e Inovação; Formação e Investigação em saúde escolar; e Parcerias” (DGS, 2015, p. 21). Um dos eixos estratégicos do PNSE 2015 é capacitar a comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudáveis, em várias áreas de intervenção, das quais destaco: “saúde mental e competências socio emocionais; educação para os afetos e a sexualidade; alimentação saudável e atividade física, (...), prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância” (DGS, 2015, p.23). A escolha desta população enquadra-se assim num dos eixos estratégicos do PNSE 2015.

3.4 Estudos sobre Programas de Intervenção com a População Alvo

O consumo de álcool e tabaco são comportamentos de risco com grande impacto na saúde da população em geral. Contudo, é diferente falar deste comportamento em adultos e em adolescentes, pois são problemáticas que se revestem de especificidades que determinam a intervenção a realizar. Assim, mais do que apresentar estudos e dados epidemiológicos sobre o consumo de álcool e tabaco é relevante enquadrar esta problemática nas características singulares e próprias da faixa etária da adolescência. Só assim é possível a compreensão efetiva desta temática.

Neste sentido, inicialmente será realizada uma curta abordagem sobre a adolescência, seguindo-se uma análise da relação desta etapa do ciclo vital com os comportamentos de risco. Posteriormente efetua-se uma sucinta descrição epidemiológica do consumo de álcool e tabaco, onde é analisada a prevalência e prevalência destes comportamentos, os seus fatores de risco e de proteção e as suas consequências. Por fim, abordam-se as estratégias de prevenção ao uso de drogas e promoção da saúde dos adolescentes.

3.4.1 Adolescência

A palavra adolescência tem origem no latim *ad* (para) e *olescere* (crescer). Portanto, o adolescente é o indivíduo que está a *crescer para*. De acordo com Tavares & Alarcão (2002) citados por Costa (2009, p. 24) a adolescência é “crescer para a maturidade humana”, crescimento este que passa por três fases de maturação: a orgânica, a psicológica e a social. É pois, uma fase de transição, na qual o ser humano experiencia intensas transformações do ponto de vista biopsicossocial, alterações estas que estimulam o desenvolvimento e a construção da sua identidade (Faial, Silva, Pereira, Souza, Faial & Candengo, 2016) e autonomia.

O conceito de adolescência enquanto periodo do desenvolvimento humano só foi reconhecido no final do sec. XIX início do sec. XX (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias, & Silvares, 2010). Antigamente, entendia-se que o indivíduo passava diretamente da infância para a idade adulta. Contudo, esta passagem tinha um forte significado para os povos primitivos que efectuavam cerimónias de iniciação para marcar esta transição (Schoen-Ferreira *et al*, 2010).

É então no séc. XVIII que surgem as primeiras tentativas de concetualizar a adolescência (Lirio, 2012), contudo é Stanley Hall (considerado o pai da psicologia da adolescência) que, no início do séc. XX, legitima a adolescência enquanto etapa do desenvolvimento, fase esta que considera marcada por turbulência, contestações, crises, angústias e conturbações vinculadas à

sexualidade (Schoen-Ferreira *et al*, 2010). Vários autores referem que Hall defendia “que na adolescência o indivíduo passava por um novo nascimento, marcado por mudanças significativas, que culminavam numa nova personalidade, diferente da personalidade da infância” (Lirio, 2012, p. 76).

Surgem posteriormente várias teorias para explicar esta fase do desenvolvimento. Tal como Hall, também Freud descreve esta fase do desenvolvimento como um período confuso e problemático, fruto das transformações ocorridas ao nível psicosexual (Fernandes, 2012). Na teoria psicanalítica de Freud passa-se de um estágio de latência para um estágio genital, reestruturando-se a personalidade em função de novos conflitos, interesses e relações (Neeb, 2000).

Por sua vez, Erikson (1968), inclui no conceito de Freud a noção que cada ser é único. O mesmo defendia que formação da identidade pessoal é a tarefa mais importante da adolescência, considerando-a como o passaporte para a entrada no país dos adultos (Lirio, 2012). Refere que, em todas as etapas do desenvolvimento, o indivíduo enfrenta crises, precisando realizar com sucesso as tarefas de desenvolvimento de cada idade para atingir a fase seguinte. Assim, a crise da adolescência (Identidade VS confusão de papéis) seria típica, pois os adolescentes precisam de um período durante o qual experimentam as várias alternativas e se antecipam aos compromissos de adultos (Neeb, 2000).

Piaget, desenvolveu a teoria do desenvolvimento cognitivo, reportando à adolescência a aquisição das operações formais, através do desenvolvimento da capacidade de raciocinar, tomar decisões, aprender e planear o futuro (Neeb, 2000).

Muitas mais teorias há sobre o desenvolvimento humano. A maioria descrevem a adolescência como um período de grandes conflitos e turbulências. No entanto, a antropóloga Margaret Mead, nos seus estudos sobre alguns povos primitivos de Mares do Sul, entre eles os nativos da ilha de Samoa, conclui que o desenvolvimento da adolescência não é obrigatoriamente conturbado, podendo mesmo ser um período gradual e calmo (Lirio, 2012; Schoen-Ferreira *et al*, 2010; Ferreira & Nelas 2006). Estes estudos vieram realçar uma perspectiva sistémica do desenvolvimento humano, na qual é necessário compreender o indivíduo além das suas características motoras e cognitivas, valorizando os padrões relacionais e contextuais que o envolvem.

Atualmente a adolescência é concetualizada como a etapa mais rápida do desenvolvimento humano (OMS, 2017), situando-se entre a infância e a idade adulta. De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é o período compreendido entre os

10 e os 19 anos de idade (OMS, 2017) e tem início com a maturidade biológica (puberdade), à qual se segue a maturidade psicossocial. É assim uma fase complexa que exige múltiplas readaptações que ocorrem de forma gradual e progressiva.

As mudanças biológicas da puberdade são visíveis, refletindo as alterações físicas como o crescimento esquelético e o desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários e consequente maturação das funções reprodutoras. Apesar de universais, estas mudanças variam entre os indivíduos, em função de determinadas características internas (por exemplo o sexo – as alterações iniciam-se mais cedo nas raparigas) e externas (nutrição, ambiente abusivo, ...) (OMS, 2017). Ocorrem ainda mudanças no desenvolvimento neurológico, ocorrido em determinadas regiões do cérebro (como o sistema límbico), pela busca do prazer e processamento de recompensas, respostas emocionais e regulação do sono. Ocorrem, posteriormente, mudanças no córtex pré-frontal, a área responsável pelas chamadas funções executivas: tomada de decisão, organização, controle de impulsos e capacidade de fazer planos para o futuro (OMS, 2017). Associadas a estas alterações surgem mudanças psicológicas e cognitivas, na qual os adolescentes desenvolvem o pensamento abstrato, hipotético, lógico e moral (OMS, 2017). Nesta fase é frequente surgirem dificuldades e incertezas sobre como viver, o modo de ser e estar com os outros, dúvidas estas que para Saewyc (2013) citado por Macêdo (2015) dependem da capacidade de pensamento hipotético. Verifica-se o maior desejo de autonomia e independência (Ribeiro, 2011). Por sua vez, o ambiente social que envolve o indivíduo adolescente interfere com estas mudanças internas. As diferenças entre culturas e sociedades, impõem valores, normas, mudanças de papéis, responsabilidades, relacionamentos e expectativas.

A OMS (2017) afirma que a adolescência deve ser analisada para além da sua idade cronológica. Dá-se assim realce a esta fase enquanto processo de construção que sofre a influência das condições sociais, históricas e culturais onde se insere. De facto, reduzir a adolescência às suas mudanças psicobiológicas, sem olhar para o ambiente social que a envolve, seria uma visão bastante redutora desta fase do desenvolvimento.

Simultaneamente à proposta de universalidade do estágio da adolescência, verifica-se que a mesma tem uma inserção histórica e cultural, dando origem a diferentes formas de viver e pensar a adolescência, consoante o género, o grupo social, a geração, a família, a escola, (...). A diferentes concepções de adolescência ao longo da história, bem como a noção da influência do grupo social, cultural, económico, escolar, familiar e individual fornecem conhecimentos essenciais aos profissionais de enfermagem que cuidam de adolescentes, pois é fundamental a

sua compreensão como um todo, não esquecendo que o adolescente é um ser único que necessita de ser reconhecido na sua especificidade.

Posto isto, podemos caracterizar a adolescência como uma etapa do ciclo vital, imbuída de insígnias transformações físicas, cognitivas, psicológicas e sociais, que ocorrem associadas e interligadas, interagindo entre si. Estas mudanças instigam no adolescente sentimentos, sensações e emoções ambivalentes, exigido do mesmo um esforço acrescido no sentido de descobrir o ponto de equilíbrio. Este período de estruturação da personalidade e definição da identidade encaminha os adolescentes à realização de escolhas e decisões, adotando determinadas atitudes e comportamentos. Este processo manifesta-se de forma dissemelhante conforme a idade, o género e o contexto social no qual o adolescente se insere, determinando a sua interação na sociedade, a aquisição de estilos de vida e a sua situação de saúde.

3.4.2 Adolescência e Comportamentos de Risco

«O que no campo da saúde constitui risco, para adolescentes representa "pura adrenalina"» (Gomes & Mendes, 2009, p. 688).

Na adolescência os indivíduos buscam garantir a satisfação das suas necessidades humanas básicas, entre as quais: segurança, afeto, auto estima, sentimento de pertença, valorização pessoal e protagonismo social (Ferreira, 2014). Na indagação de novas formas de prazer e transgressão, da exploração de limites, de reconhecimento, identificação pessoal e autoafirmação (insígnias próprias desta complexa fase de crescimento e desenvolvimento, no qual se aperfeiçoa o raciocínio lógico e reflexivo), são por vezes tomadas decisões e realizados comportamentos nunca antes tentados e experienciados. De facto, o prisma da impulsividade, excitabilidade, imaturidade e espírito aventureiro (observado desde a antiguidade nesta fase do ciclo vital) coloca estes indivíduos numa posição vulnerável a diversas situações e comportamentos de risco. Como nos referem Gomes & Mendes (2009, p.689):

o termo risco, quando aplicado aos adolescentes, tem sido usado para designar um conjunto de comportamentos cuja natureza comum reside na exposição a uma maior probabilidade de sofrer danos físicos, psicológicos ou mesmo a morte. Risco pode ainda significar uma ameaça ao próprio futuro.

Assim, a expressão comportamentos de risco é “definida como a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental dos adolescentes” (Feijó & Oliveira, 2001, p. 125). Estes comportamentos iniciam-se, maioritariamente, pelo carácter exploratório dos adolescentes, atitude esta intercedida por múltiplos cenários que podem

influenciar a vulnerabilidade individual ou coletiva desta faixa etária. É, pois, frequente associar os comportamentos de risco a fatores biológicos, psíquicos, familiares, sociais, culturais, económicos, políticos, entre outros.

A adesão a comportamentos de risco na adolescência é considerada por vários autores como um processo de orientação biológica e normativa (Alves & Dell'Aglio, 2015). Apesar de envolverem algum perigo, determinados comportamentos não passam de simples experiências construtivas e saudáveis, próprias do crescimento normal de um adolescente. Como nos refere Simões (2005, p. 150),

estes comportamentos servem para experimentar novas componentes da vida não descobertas até então, (...) para ganhar aceitação e respeito dos pares, para ganhar autonomia dos pais, para manifestar rejeição pelas normas e valores convencionais, para lidar com a ansiedade, frustração e antecipação do fracasso, para confirmar para si próprio ou para os outros determinados atributos, para moldar a sua identidade, e ainda como prova de maturidade e transição para um estatuto mais adulto.

Desta forma, é fulcral diferenciar o comportamento típico e normativo da adolescência, do comportamento que pode conduzir a perdas no desenvolvimento dos jovens e conseqüente redução da qualidade de vida.

De acordo com Lerner & Galambos (1998), citados por Alves & Dell'Aglio (2015), algumas das especificidades dos comportamentos que trazem maiores prejuízos à saúde do adolescente são: a iniciação precoce de determinado comportamento; a manutenção desse comportamento; e a manifestação do comportamento de risco como estilo de vida através da associação simultânea de vários comportamentos de risco. Corroborando desta opinião, Braconnier & Marcelli (2000), alertam para a necessidade de monitorizar os aspetos quantitativos dos comportamentos de risco e intervir preventivamente aquando da repetição do comportamento de risco, da manutenção por mais de 3 a 6 meses de determinado comportamento e da acumulação de comportamentos de risco.

Quando os comportamentos de risco se instalam e solidificam como estilos de vida, podem acarretar conseqüências nefastas a nível pessoal (como o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, tais como doenças cardiovasculares, cancro e diabetes), mas também a nível familiar e social (Feijó & Oliveira, 2001; Gomes & Mendes, 2009; Simões, 2005), que se traduzem na integração social e independência económica do indivíduo, não esquecendo ainda os impactos nos encargos económicos para a sociedade (Simões, 2005).

Os comportamentos de saúde são classificados como positivos e negativos. Os comportamentos de saúde positivos revelam-se como comportamentos que cooperam para a

promoção da saúde, prevenção do risco e deteção precoce da doença ou deficiência. Em posição contrária temos os comportamentos de saúde considerados negativos (comportamentos de adição ou alta ação – conhecidos como comportamentos de risco) que constituem uma ameaça à saúde e bem-estar do indivíduo (Simões, 2005). Referindo Roysamb, Rise, & Kraft (1997), Simões (2005, p 149) adverte para as várias categorias de comportamentos de saúde, tais como: adição, alta ação, e proteção.

A adição engloba o consumo de álcool e tabaco, comportamentos de risco quando está embriagado (como nadar, andar de barco, de bicicleta ou de mota), e andar de carro embriagado ou com alguém que está a conduzir sob o efeito do álcool. A alta acção engloba comportamentos como conduzir a velocidades elevadas, andar de mota, desportos de risco (por exemplo, esqui ou mergulho), e a actividade física. Este último comportamento faz também parte dos comportamentos de protecção que incluem ainda, a utilização de equipamentos de segurança, a higiene oral e a dieta alimentar.

Os comportamentos de risco para a saúde considerados prioritários, isto é, os comportamentos inter-relacionados e evitáveis que cooperam nas principais causas de morbilidade e mortalidade entre jovens e adultos, adquirem-se e estabelecem-se durante a adolescência e transferem-se para idade adulta (Brener, Kann, Kinchen, Eaton, Hawkins & Flint, 2013), tornando-se mais difíceis de ser alterados.

Os dados epidemiológicos a nível nacional e internacional, revelam que a adoção de hábitos de vida não saudáveis como o uso de álcool, tabaco, alimentação inadequada e sedentarismo têm início na adolescência (Zappe & Dell' Aglio, 2016). Também Silveira Araújo, Blankb & Ramos (2009), referem que as primeiras experiências de fumo, de consumo de bebidas alcoólicas e drogas e de comportamentos sexuais de risco ocorrem maioritariamente na adolescência, em ambos os sexos e em idades muito precoces. Tomé, Camacho, Matos & Simões (2015), falam ainda de outros indicadores de saúde prevalentes na adolescência, tais como: taxas de homicídio, lesões não intencionais, condução sob o efeito do álcool e infeções sexualmente transmissíveis. Estes resultam de comportamentos de risco.

■ Comportamentos de Consumo de álcool

A ingestão de bebidas alcoólicas é um comportamento socialmente aceite em muitas culturas. Em Portugal as bebidas alcoólicas são comumente utilizadas durante as refeições, em festas e no convívio social, sendo a sua venda livre e legal a indivíduos maiores de idade. Apesar da venda ilegal a menores de 18 anos, a maioria dos jovens tem fácil acesso a este tipo de bebida, sendo o consumo de álcool nos adolescentes um importante problema de saúde pública a nível mundial. Na retaguarda do acesso do álcool a menores está, não só o

incumprimento da lei por parte de vendedores de estabelecimentos comerciais, mas também a aceitação e permissividade familiar, sendo muito comum que no género masculino, o primeiro contacto com esta bebida ocorra sob o incitamento do pai (Lopes, Bernardes, Acauan & Felipe, 2007).

O álcool, substância psicoativa existente nas bebidas alcoólicas é capaz de originar dependência e o seu uso nocivo pode ter efeitos graves na saúde do indivíduo, ou seja, consequências a nível físico, social e mental, salientando ainda os impactos económicos (OMS, 2014). As suas consequências nefastas têm particular relevo na adolescência, Como nos refere Malta *et al* (2014, p. 204), os malefícios resultantes do consumo de álcool em adolescentes divergem dos observados em adultos “seja devido a especificidades psicossociais existentes deste ciclo de vida, ou por questões neurológicas específicas em função do amadurecimento cerebral”. Facto é que, o consumo de álcool no decorrer da infância e adolescência provoca alterações ao nível do sistema nervoso central, originando lesões cerebrais, alterações estruturais e défices cognitivos, afetando assim o desenvolvimento e maturação cerebral.

Por outro lado, é referenciado na maior parte da literatura sobre esta temática, a associação significativa entre o consumo excessivo de álcool nos jovens e o envolvimento em variados comportamentos de risco, nomeadamente: a acidentes de trânsito, a homicídios e suicídios (Malta, Mascarenhas, Porto, Barreto & Neto, 2014), a evasão escolar, a distúrbios alimentares, à perceção negativa da saúde; à inatividade física (Bezzerra, Lopes, Hardman, Tassitano, Tenório & Barros, 2015), a relações sexuais desprotegidas, e consequente contágio de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada (OMS, 2014).

A OMS afirma que em 2010, o consumo mundial de álcool foi igual ou superior a 6,2 litros de álcool puro por pessoa com idade igual ou superior a 15 anos. Por sua vez, os dados da OMS, revelaram que a Europa liderava o consumo mundial de álcool, com uma média de consumo diário de 10,9 litros de álcool puro por habitante (OMS, 2014).

No que diz respeito ao consumo de álcool na faixa etária dos 15 aos 19 de idade a OMS volta a mostrar a liderança da Europa, divulgando, em 2010, uma prevalência de 31,2% de consumo episódico pesado de álcool, maioritariamente do sexo masculino.

Os dados de 2015 do sumário executivo ESPAD Portugal, revelam que: 71% dos jovens portugueses participantes no estudo asseveram já ter experimentado bebidas alcoólicas, sendo que destes, 62% declaram o consumo nos 12 meses antecedentes à coleta de dados. Quanto ao consumo atual (consumo nos 30 dias que precederam o inquérito do ESPAD), 43% dos rapazes e 41% das raparigas portuguesas mencionaram ter consumido bebidas alcoólicas no último mês.

No que diz respeito ao consumo excessivo/abusivo de álcool (5 ou mais bebidas na mesma ocasião), no mês anterior à inquirição, a prevalência averbada oscilou entre 4% em alunos de 13 anos e 36% nos jovens de 18anos (Feijão, 2015).

Os dados nacionais de 2014, desenvolvidos pelo estudo HBSC/OMS divulgam que 41,2% dos adolescentes auscultados já experimentaram álcool e que 17,2% alude já se ter embriagado. A média de idade apurada na experimentação de álcool foi de 12,8 anos de idade e a de embriaguez foi de 13,94 anos. Verificou-se ainda que, 4,2% dos jovens referem um consumo regular de álcool, e que 3,7% menciona ter-se embriagado 1 a 3 vezes no último mês (Matos *et al*, 2015).

Estes dados revelam que o consumo de álcool é um problema extremamente importante nos jovens portugueses, exigindo a identificação dos seus fatores de risco, no intuito de agir preventivamente. Como nos refere Brito *et al* (2015, p, 394), “para se compreender a constelação de fatores de risco e protetores do consumo abusivo de substâncias psicoativas devem ser tomados em consideração tanto os aspetos físicos, biológicos e psicológicos como os aspetos sociais, etno-culturais, económicos e políticos”. No estudo dos mencionados autores identificaram-se como fatores de risco para a experimentação do consumo de álcool: a idade (nomeadamente a adolescência), a influência do grupo de pares, a curiosidade, a expectativa de diversão, poucos conhecimentos sobre os efeitos nocivos do consumo, frequentes saídas recreativas, atitude de aceitação parental face aos consumos e oferta de bebida por parte de familiares e visualização do consumo como normativa social.

Por sua vez, os fatores de risco encontrados por Brito *et al* (2015) para o consumo regular de álcool foram: o prazer/sabor, a expectativa de diversão, a gestão de emoções negativas, a procura de desinibição, a baixa autoestima, a frequência de contextos recreativos, a pertença a um grupo de pares consumidores, a pressão do grupo de pares, a aquisição de estatuto social no grupo, a disponibilidade financeira; a norma social e a acessibilidade a bebidas alcoólicas.

Como fatores de proteção identificaram-se: a ausência de curiosidade, a existência de estratégias de divertimento alternativas, não apreciar o sabor ou efeito do consumo, conhecimentos e crenças, a prática de exercício físico, a portabilidade de doença prévia, estratégias de coping adequadas, experiências anteriores negativas com álcool, não frequência de contextos recreativos, pertença a grupo de pares não consumidores, história familiar de alcoolismo, indisponibilidade financeira; atitudes proibitivas/punitivas por parte dos pais face ao consumo e valores religiosos (Brito *et al*, 2015).

Assim, os fatores ambientais, económicos e culturais aliados à disponibilidade de acesso ao álcool e ao nível de eficácia das leis, podem explicar as diferenças na prevalência de consumo de álcool entre países e regiões.

■ Comportamentos de Consumo de Tabaco

A epidemia do tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública (OMS, 2017a).

A composição química do tabaco é rica em nicotina e em substâncias cancerígenas, tóxicas e mutagénicas. A nicotina é uma substância psicoativa que gera dependência (DGS, 2013).

Os dados do inquérito nacional de saúde 2005/2006, citados pela DGS (2013) revelam que a prevalência de consumo de tabaco na população portuguesa com idade superior ou igual a 15 anos é de 20,9% dos portugueses fumadores, com destaque no sexo masculino, que apresentam uma prevalência de 30,9%. O sexo feminino apresenta uma prevalência de 11,8% e existem 16,1% de ex-fumadores. O mesmo inquérito revela ainda que a maior taxa de prevalência de fumadores diários pertence à região Alentejo.

No que diz respeito ao consumo de tabaco na adolescência, os dados recolhidos em 2011 no âmbito do estudo ESPAD Portugal revelam que: dos rapazes com 18 anos, 64,6% responderam já ter consumido tabaco; 5,5% iniciaram o consumo antes dos 10 anos e 29,0% entre os 13 e os 15 anos. Das raparigas com 18 anos, 64,9% responderam já ter consumido tabaco; 3,5% iniciaram o consumo antes dos 10 anos (Brito *et al*, 2015).

Ao analisar a evolução da prevalência do consumo de tabaco ao longo da vida, verificou-se um decréscimo de 2001 para 2006, contudo verificou-se uma subida em 2011. Feijão (2015), divulga que, nos resultados obtidos no ESPAD Portugal 2015, as prevalências de consumos de tabaco diminuíram para quase todos os grupos etários dos 13 aos 17 anos de idade e estabilizaram nos 18 anos de idade. Os resultados supracitados, revelam que: a taxa de prevalência de experimentação de tabaco foi de 12% nos estudantes de 13 anos e de 59% nos alunos de 18 anos; a taxa de prevalência de consumos de tabaco recentes foi de 8% nos adolescentes de 13 anos e de 46% nos jovens de 18 anos; a taxa de prevalência do consumo atual de cigarros foi de 4% nos indivíduos de 13 anos e de 32% nos alunos de 18 anos (Feijão, 2015). Por sua vez, foi novamente na região Alentejo que se verificou a maior prevalência de consumo (últimos 12 meses), quer no 3º ciclo, quer no secundário (DGS, 2013).

Os resultados do HBSC/OMS Portugal 2014, revelam uma experimentação de tabaco de 22%, cuja média de idade de experimentação foi de 13 anos. A experimentação foi mencionada maioritariamente por adolescentes do sexo feminino (Matos *et al*, 2015).

Mas o tabagismo não pode ser observado apenas do ponto de vista individual do fumador, pois é um fenómeno social devido aos efeitos da inalação passiva na saúde.

Na Europa, segundo os dados do estudo Eurobarometro (European Commission, 2009) divulgados no Programa nacional de prevenção e controlo do tabagismo, 14% dos indivíduos não fumadores revelaram estar expostos diariamente ao fumo ambiental de tabaco. Valor mais baixo foi obtido na exposição ao fumo no domicílio, onde se verificou uma prevalência de cerca de 3% (DGS, 2013). Em Portugal os valores são superiores, revelando que 13% dos não fumadores assume estar exposto ao fumo de tabaco, diariamente no domicílio.

Por sua vez, a DGS (2013, p.14) avança que, num projeto de investigação de âmbito nacional, desenvolvido por Precioso *et al* (2012),

32,6% das crianças (com uma média de idades de 9 anos) que participaram neste estudo estavam expostas ao fumo no seu domicilio, diária (14,3%) ou ocasionalmente (18,3%). Das crianças participantes que costumavam viajar de carro, 29,1% afirmaram estar expostas ao fumo de tabaco na viatura onde habitualmente eram transportadas, 4,9% sempre e 24,2% ocasionalmente.

Fumar contribui assim para o agravamento de doenças crónicas não transmissíveis, tais como o cancro, das doenças respiratórias, cardiovasculares, diabetes, saúde sexual e reprodutiva, saúde oral, saúde ocular e envelhecimento da pele (OMS, 2017a). A mesma fonte afirma que o tabaco mata cerca de 7 milhões de pessoas por ano, das quais mais de 6 milhões dessas mortes resultam do uso direto do consumo do tabaco e as restantes (cerca de 890000) são resultantes da exposição ao fumo passivo. A DGS (2013) afirma que na Europa o consumo de tabaco foi considerado a 2ª causa de incapacidade expressos em *Dalys*, contribuindo com 12,3% do total de anos de vida perdidos. A mesma fonte faz referência ao total de mortes no país, afirmando que em Portugal cerca de 12600 pessoas morreram de doenças resultantes do consumo de tabaco o que corresponde 11,7%. Por sua vez a carga de doença atribuível ao tabaco, expressa em *Dalys* foi de 11,2%, dos quais 15,4% no sexo masculino e 4,9% no sexo feminino.

A taxa de prevalência dos consumos e as suas consequências exige o empenho de vários setores, com vista a alcançar ganhos na saúde dos adolescentes, visto ser nesta idade que maioritariamente se inicia o consumo, que geralmente se mantém na vida adulta, acarretando consigo perdas substanciais na qualidade de vida. A necessidade de um esforço multissetorial prende-se com o facto de haver vários fatores de risco e de proteção para o consumo de tabaco.

Num estudo dirigido a uma amostra de 3649 alunos de 9º ano foi encontrada uma correlação significativamente positiva entre o consumo dos pais e o consumo de tabaco nos

filhos, sendo de salientar uma associação mais forte ao nível da influência materna. A correlação é ainda mais elevada entre o consumo de tabaco pelos irmãos (Ferreira, Chitas, Silva & Silva, 2013). Os fatores familiares podem assim representar um fator de risco/proteção associado ao consumo de tabaco.

No que diz respeito aos fatores individuais, Ferreira *et al* (2013) referem que a imagem física e saúde são os que mais fortemente se associam ao consumo de tabaco. As autoras destacam ainda que “o conhecimento dos efeitos negativos na saúde associados ao consumo de tabaco tem uma relação inversa com este, ou seja, quanto maior o conhecimento dos malefícios menor o consumo” (Ferreira *et al*, 2013 p. 113). As autoras afirmam ainda que o fator de risco com maior associação ao consumo de tabaco é a relação com os pares, apontando que a influência social por meio da pressão e a ideia de que fumar é um fator de integração incentivam o consumo de tabaco e os comportamentos de risco. Observou-se ainda que os adolescentes com uma associação mais positiva com a escola consomem menos tabaco, promovendo a escola a fator protetor nos hábitos tabágicos.

Todos sabemos a forte influência que a publicidade tem no consumo social, seja ele do ponto de vista positivo ou negativo. É neste sentido que a OMS afirma os efeitos positivos das campanhas antitabaco, destacando a importância de políticas que proibam a publicidade e promoção do tabaco. Reconhecendo também a influência da acessibilidade ao produto foram determinadas algumas políticas de saúde, nomeadamente o aumento dos impostos sobre o tabaco.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) extensão e revisão a 2020 definiu como uma das metas a atingir: “reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental” (DGS, 2015^a, p. 12).

3.4.3 Estratégias de Prevenção ao Uso de Drogas e Promoção da Saúde do Adolescente

Os dados relativos aos consumos de álcool e tabaco em adolescentes a nível mundial, nacional e local têm impelido à elaboração de programas e projetos de prevenção primária e secundária, com o objetivo de diminuir a adesão desta faixa etária a estes comportamentos, e assim evitar as suas consequências nefastas. No entanto, durante décadas constatou-se alguma ineficácia e ausência de resultados positivos, facto associado ao uso de abordagens e modelos de intervenção focados no adolescente, sem contextualização do problema ao cenário local específico onde se pautava a ação. A abordagens pouco abrangentes associou-se a adoção de

um modelo de “combate ou guerra às drogas” (Casela, Monteiro, Freitas & Silveira, 2014, p.39), focadas em transmitir informação alarmista.

Atualmente a evidência científica defende que, a formulação de programas e projetos direcionados ao uso de drogas na adolescência deve privilegiar abordagens de educação e promoção da saúde com a finalidade de capacitar os adolescentes na tomada de decisão, pelo fortalecimento e desenvolvimento de habilidades e competências individuais e sociais. Isto é, os projetos de intervenção devem ter como meta reforçar as potencialidades dos adolescentes, ser criativos, interativos e dinâmicos, favorecendo o diálogo, o debate e a reflexão sobre a temática (Casela *et al*, 2014), procurando desenvolver a autonomia dos adolescentes e torná-los responsáveis pela sua saúde. Para tal é fundamental conhecer as necessidades da população alvo e as características do seu ambiente escolar, familiar e social, afim de demandar estratégias abrangentes e ajustadas aos determinantes identificados nessa população. Além da efetivação do diagnóstico de saúde específico, é defendido pela investigação a obtenção de resultados positivos com o estabelecimento de parcerias entre a saúde, a escola, a família, a comunidade e entidades sociais locais (Casela *et al*, 2014).

Barbosa, Pereira & Oliveira (2014) desenvolveram uma revisão sistemática no intuito de identificar quais os componentes que conduzem a intervenção em meio escolar a resultados positivos. De acordo com análise efetuada as intervenções em meio escolar, dirigidas a adolescentes que são eficazes e eficientes, ou seja, que funcionam, têm as seguintes características:

1. Envolve profissionais, incluindo professores, muito bem qualificados.
2. É baseada em um planejamento que assegura um equilíbrio harmonioso entre tempo destinado às intervenções, características da população alvo e objetivos.
3. Possui uma base teórica “sólida”.
4. É resultante de um processo longitudinal de desenvolvimento, que envolve um processo rigoroso, contínuo e circular de aplicação, avaliação, aprimoramento e nova aplicação.
5. Realiza intervenções que envolvem mais que informações; abarcam aquisição e/ou modificação de comportamentos e processos mentais.
6. Consegue integração com o currículo, seja por meio da transversalidade, da complementaridade e/ou da suplementaridade.
7. Considera os múltiplos contextos que influenciam o adolescente, especialmente a mídia, a família e o grupo de pares.
8. Valoriza os interesses e as experiências dos estudantes.
9. Envolve os pares ativamente como facilitadores, multiplicadores etc.
10. É interativa.
11. Realiza prevenção primária e/ou secundária.

12. Tem como foco, se adequada, a redução de danos.
13. Acompanha os efeitos das intervenções ao longo do tempo e, se necessário, retomam-nas.
14. Pode fazer uso de mediação tecnológica.
15. Pode ter a educação parental sobre drogas como um complemento.
16. Não é infalível (Barbosa *et al*, 2014, p. 59).

Pode assim considerar-se que as intervenções que funcionam são aquelas desenvolvidas por profissionais qualificados, suportados por bases sólidas, contudo em constante avaliação e aperfeiçoamento. Por outro lado, são ações que observam os adolescentes como indivíduos vulneráveis ao risco e ao perigo, mas também como seres com capacidades de aprendizagem, acrescentando à informação sobre drogas e suas consequências atividades que visam fortalecer habilidades de vida e a tomada de decisão, através da: desmistificação de crenças; fortalecimento da auto estima, confiança e autoconhecimento; reforço das habilidades interpessoais; e noção de responsabilidade (Franco & Rodrigues, 2014). Para tal é necessário valorizar os interesses e as experiências dos estudantes, promovendo a sua participação efetiva no decorrer do programa/projeto. A participação dos jovens “no debate e na construção de ações referentes ao fenómeno do uso/abuso de drogas caracteriza-se como uma importante ferramenta de fortalecimento da consciência destes e de todos os atores sociais envolvidos nesta temática” (Paiva & Costa 2014, p, 125). A ótica da inclusão e participação ativa dos jovens visa ainda reforçar a autoestima, autoeficácia e confiança, habilidades essenciais no momento de fazer frente à pressão do grupo de pares e comunidade. A acrescentar à participação ativa dos jovens surge o envolvimento da família, do grupo de pares, da escola e da comunidade no projeto, de forma a contribuírem para um ambiente envolvente saudável e favorável à adoção de comportamentos de saúde.

Os requisitos para a intervenção em comportamentos de risco na adolescência encontrados por Barbosa *et al* (2014) estão de acordo com as conclusões de Dryfoos (1990). Os autores descrevem que Dryfoos, após análise de 100 programas de intervenção a esta temática salienta vantagens no desenvolvimento de parcerias com instituições extraescolares. De facto, concordamos que a união de diferentes saberes proporciona distintas visões sobre a mesma problemática, enriquecendo assim a intervenção pela multiplicidade de abordagens.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

A fixação dos objetivos exige ultrapassar a anterior fase do planeamento em saúde - a definição de prioridades. O diagnóstico de saúde realizado permitiu identificar a adesão da população alvo a inúmeros comportamentos de risco. Perante este cenário, e não sendo possível dar resposta a todos num curto espaço de tempo, foi necessário estabelecer prioridades e definir qual a área de intervenção específica para implementação do projeto.

Após apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde a toda a equipa de enfermagem e da concordância da enfermeira supervisora com os diagnósticos de enfermagem encontrados na população em estudo, definiu-se que a realização da definição de prioridades junto da Equipa do PES (Equipa multidisciplinar, constituídas por várias entidades sociais, cujo objetivo é a sensibilização, a promoção e a adoção de medidas no âmbito da saúde em meio escolar).

Depois de apresentado o diagnóstico de saúde, de constatada a importância do mesmo e aceite o desenvolvimento do projeto na escola, procedeu-se à seleção das prioridades definidas. Existem vários critérios e técnicas para definição de prioridades, devendo esta ponderar vários aspetos, nomeadamente: a relevância do problema para a comunidade, a gravidade do problema, o impacto do mesmo na saúde da população, a possibilidade de prevenção, bem como os recursos humanos e materiais existentes, (...). No presente projeto de intervenção foram definidos, por consenso dos elementos da Equipa do PES presentes na reunião, como critérios de ponderação a gravidade do problema, tendo em conta a sua expressividade na amostra estudada. Posteriormente, utilizou-se a técnica de comparação por pares (Tabela 6). Esta técnica possibilita agrupar os problemas em pares (dois a dois) comparando-os. Cada problema é comparado com todos os outros. Para cada par foi indicado o problema de maior gravidade, e no fim feita uma ordenação, através do cálculo do número de vezes que cada problema foi selecionado como prioritário.

Os problemas foram identificados da seguinte forma:

- A - Comportamento de segurança rodoviária comprometido
- B - Risco de violência
- C - Risco de comportamento autodestrutivo
- D - Abuso de Tabaco
- E - Abuso de Álcool

F - Abuso de Substâncias ilícitas

G - Comportamento sexual comprometido

H - Comportamento alimentar comprometido

I - Comportamento de proteção solar comprometido

Tabela 6: Técnica de priorização de problemas - comparação por pares

Problema	Comparação								Resultado	
A	A B	A C	A D	A E	A F	A G	A H	A I	A = 3 8,33%	6°
B		B C	B D	B E	B F	B G	B H	B I	B = 1 2,77%	8°
C			C D	C E	C F	C G	C H	C I	C = 6 16,66%	3°
D				D E	D F	D G	D H	D I	D = 7 19,44%	2°
E					E F	E G	E H	E I	E = 8 22,22%	1°
F						F G	F H	F I	F = 5 13,88%	4°
G							G H	G I	G = 2 5,5%	7°
H								H I	H = 4 11,1%	5°
I									I = 0 0%	9°

Foi então considerado como problema prioritário: o uso de álcool, seguido do uso do tabaco e do comportamento Auto lesivo. Foi então unânime a opinião de todos os participantes na reunião priorizar os 2 problemas considerados prioritários, e assim deliberada uma intervenção focada no uso de tabaco e uso de álcool. Nesta reunião foi ainda considerado pertinente que a população alvo do projeto de intervenção fossem os alunos do 8º ano. Subjacente a esta decisão está a subida abrupta da taxa de prevalência de experimentação e consumo atual de tabaco e álcool do 7º para o 8º ano de escolaridade.

Relembramos que, o diagnóstico de saúde foi efetivado no ano letivo anterior (2016/2017) ao ano letivo de intervenção (2017/2018), pelo que, apesar do projeto de intervenção ter como população alvo os alunos do 8º ano, estamos a interceder junto dos alunos que no momento de resposta ao inquérito por questionário aplicado se encontravam no 7º ano de escolaridade. Pretende-se desta forma atuar precocemente, objetivando reduzir tendência

natural dos comportamentos de consumo de álcool e tabaco, que no diagnóstico realizado revelaram acentuada subida das taxas de prevalência destes comportamentos, aquando da transição de ano letivo.

Transposta a fase de definição de prioridades dirigimo-nos à etapa da fixação de objetivos. De acordo com Imperatori & Giraldes (1993, p.77) esta “é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”. Os autores (p.77) afirmam que esta etapa considera quatro aspetos:

- A selecção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários;
- A fixação dos objetivos a atingir a médio prazo;
- A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

4.1 Seleção dos Indicadores dos Problemas de Saúde Considerados Prioritários

Efetuada a priorização dos problemas identificados, foi necessário efetuar uma adequada interpretação dos indicadores dos problemas considerados prioritários. Por indicador entende-se a “relação entre uma situação específica (...) e uma população em risco” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.77).

Após análise e interpretação dos resultados do inquérito por questionário aplicado - *Comportamentos de risco (Versão Portuguesa - 2007)*, certificasse que os indicadores que determinam a dimensão dos problemas de saúde nos problemas aqui definidos como prioritários são as taxas de prevalência: da experimentação de tabaco, do consumo atual de tabaco, da experimentação de álcool, do consumo de álcool e da experimentação de embriaguez, nos alunos do 8º ano da escola em análise.

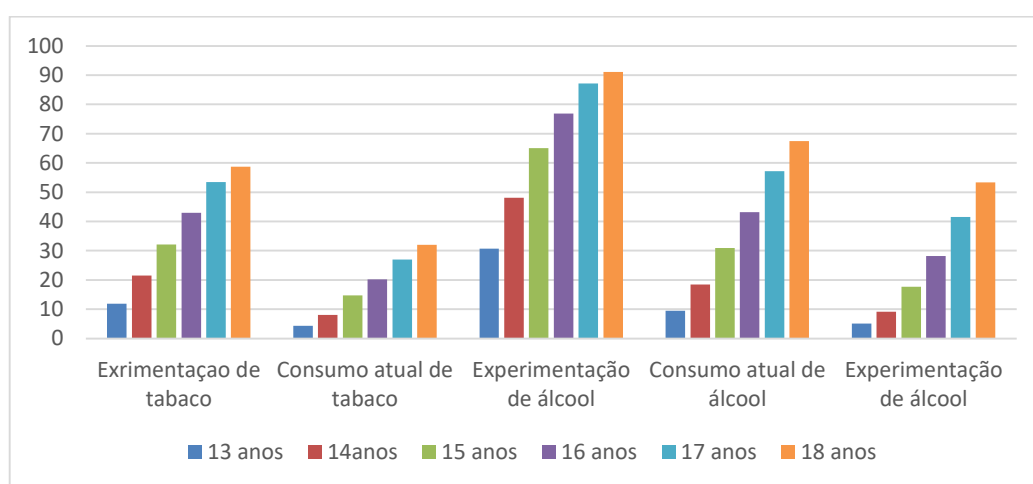
4.2 Tendência dos Problemas Prioritários

Para verificar a tendência dos problemas de saúde identificados e considerados prioritários na população estudada, ou seja, “a evolução natural do problema caso as condições actuais, tecnológicas e outras, se mantenham” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.78), foram considerados como valores de referência os resultados do diagnóstico de saúde efetuado, isto porque não existem outros dados regionais e locais disponíveis, relativos à população alvo. Os resultados das taxas de prevalência dos indicadores dos problemas de abuso de álcool e tabaco identificados no diagnóstico de saúde realizado divulgam a tendência de elevação repentina da

prevalência dos vários comportamentos de consumo destas substâncias, à medida que a idade e o ano de escolaridade aumentam.

Também o estudo efetuado ao nível do nosso país, pelo ESPAD-Portugal, revela a mesma propensão natural do problema, divulgando o crescimento das taxas de prevalência dos vários comportamentos do consumo de álcool e tabaco, à medida que se eleva a idade dos inquiridos.

Gráfico 3: Taxa de prevalência dos comportamentos de consumo de tabaco e álcool, ESPAD - Portugal 2015



Fonte: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Documents/2016/ESPAD-PT_%20ECATD_CAD-2015.pdf.

Elaboração própria

Verificada a tendência natural do problema em função da idade, importa agora analisar a evolução da taxa de prevalência dos comportamentos de consumo de tabaco e álcool nos últimos anos.

De acordo com o estudo do ESPAD Portugal, houve um decréscimo das taxas de prevalência dos comportamentos de consumo de tabaco de 2001 para 2006. Contudo, de 2006 a 2011 assistiu-se a uma nova subida. Os dados obtidos no ESPAD Portugal 2015 revelam que as prevalências de consumos de tabaco voltaram a diminuir para quase todos os grupos etários dos 13 aos 17 anos de idade, estabilizando nos 18 anos de idade (Feijão, 2015).

No que diz respeito ao uso de álcool, os resultados do ESPAD Portugal 2015, demonstram que os comportamentos de experimentação de álcool, de consumo atual de álcool e de embriaguez nos últimos 30 dias, diminuiram para quase todos os grupos etários, com exceção dos 17 e 18 anos, nos quais se constata estabilidade (Feijão, 2015).

Como verificamos, a tendência dos comportamentos de consumo de tabaco e álcool de 2011 para 2015, foi de descida. Todavia, as taxas de prevalência atingidas preservam níveis

alarmantes, “que exigem a continuação do empenho de todos até que sejam alcançados níveis que não prejudiquem a saúde dos adolescentes” (Feijão, 2015, p.14).

4.3 Fixação dos Objetivos

Após determinar a tendência natural dos problemas procede-se à fixação dos objetivos (Tabela 7). Entende-se por objetivo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.77).

Tabela 7: Objetivo geral e objetivos específicos para os diagnósticos: Abuso de tabaco e abuso e álcool

Diagnósticos: Abuso de Tabaco e Abuso de Álcool
Objetivo Geral: <ol style="list-style-type: none">1. Aumentar a não adesão a comportamentos de consumo de tabaco e de álcool, em pelo menos 10 % dos alunos que frequentam o 8º ano do 3º ciclo, da Escola A, até Junho de 2019
Objetivos específicos: <ol style="list-style-type: none">1.1. Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de tabaco, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, até junho de 20191.2. Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de consumo atual de tabaco, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, até junho de 20191.3. Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de álcool, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, até junho de 20191.4. Diminuir pelo menos 10 %, a taxa de prevalência de consumo atual de álcool, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, até junho de 20191.5. Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de embriaguez, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, até junho de 2019

4.4 Fixação dos Objetivos Operacionais/Metas

Após definir os supracitados objetivos há a necessidade de definir os objetivos operacionais ou metas, definidos por Imperatori e Giraldes (1993, p. 80) como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade”. O que distingue os objetivos gerais e específicos das metas prende-se com o prazo de avaliação dos seus indicadores, que no caso

dos indicadores de resultado ou impacto é efetuada a médio prazo e nos indicadores de atividade é feita anualmente.

Definem-se assim, os objetivos operacionais/metasp a atingir com a população alvo (Tabela 8):

Tabela 8: Definição dos objetivos operacionais/metasp a atingir

Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais/Metasp
1.1 Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de tabaco, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, até junho de 2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 85% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A participem em cada uma das sessões de educação para a saúde efetuadas ▪ Que 50% dos encarregados de educação, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, participem na sessão de educação para a saúde efetuadas; ▪ Que 80% das atividades propostas sejam efetuadas; ▪ Que 40% dos alunos consigam identificar 3 fatores de risco para a experimentação de tabaco; ▪ Que os panfletos sobre tabaco sejam distribuídos a 100% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A ▪ Que 80% das atividades realizadas sejam divulgadas no site da escola;
1.2. Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de consumo atual de tabaco, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, até junho de 2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 85% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A participem em cada uma das sessões de educação para a saúde efetuadas ▪ Que 50% dos encarregados de educação, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, participem na sessão de educação para a saúde efetuadas; ▪ Que 80% das atividades propostas sejam efetuadas; ▪ Que 40% dos alunos consigam identificar 3 consequências do consumo de tabaco; ▪ Que os panfletos sobre tabaco sejam distribuídos a 100% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A ▪ Que 80% das atividades realizadas sejam divulgadas no site da escola;
1.3. Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de álcool, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo, da Escola A, até junho de 2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 85% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A participem em cada uma das sessões de educação para a saúde efetuadas ▪ Que 50% dos encarregados de educação, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, participem na sessão de educação para a saúde efetuadas; ▪ Que 80% das atividades propostas sejam efetuadas; ▪ Que 40% dos alunos consigam identificar 3 fatores de risco para a experimentação de álcool; ▪ Que 80% das atividades realizadas sejam divulgadas no site da escola;
1.4. Diminuir pelo menos 10 %, a taxa de prevalência de consumo atual de álcool, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, até junho de 2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 85% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A participem em cada uma das sessões de educação para a saúde efetuadas ▪ Que 50% dos encarregados de educação, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, participem na sessão de educação para a saúde efetuadas; ▪ Que 80% das atividades propostas sejam efetuadas; ▪ Que 40% dos alunos consigam identificar 3 consequências do consumo de álcool. ▪ Que 80% das atividades realizadas sejam divulgadas no site da escola;
1.5. Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de embriaguez, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, até junho de 2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 85% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A participem em cada uma das sessões de educação para a saúde efetuadas ▪ Que 50% dos encarregados de educação, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A, participem na sessão de educação para a saúde efetuadas; ▪ Que 80% das atividades propostas sejam efetuadas; ▪ Que 40% dos alunos consigam identificar 2 consequências da embriaguez; ▪ Que 80% das atividades realizadas sejam divulgadas no site da escola;

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Depois de definidos os objetivos, tornou-se necessário selecionar as melhores estratégias para os atingir. A seleção de estratégias é a etapa do planeamento em saúde que permite delinear qual o processo mais adequado para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados como prioritários e assim atingir os objetivos delineados. Podemos definir “estratégia de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87).

Para delinear estratégias adequadas foi imprescindível identificar de forma precisa os fatores determinantes dos comportamentos de risco que se pretendem diminuir com o projeto de intervenção. Caso contrário correr-se-ia o risco de delinear atividades desfasadas e desajustadas ao cenário específico encontrado no diagnóstico de saúde efetuado e sob o qual assenta a intervenção.

A identificação e análise dos determinantes do consumo de álcool e tabaco na população alvo, evidenciaram que estes comportamentos de risco são um fenómeno complexo, de origem multifatorial, destacando: a influência da idade (11/14 anos de idade); o ano de escolaridade (o 8º ano surge como fator de risco relevante); a ligação e permissividade familiar; o envolvimento com o grupo de pares; e a inércia social. A compreensão destes determinantes e das suas relações, evidenciaram especificidades individuais e contextuais e conduziram ao (re)conhecimento da realidade local. Este, foi considerado no momento de demandar estratégias de promoção e prevenção da qualidade de vida do adolescente, e implementar ações de enfermagem diferenciadas e individualizadas à população alvo.

Por sua vez, para se conseguir atingir os resultados desejados e ganhos efetivos em saúde, foi fundamental sustentar a toda a intervenção num modelo de promoção da saúde, sob o risco de percorrer um caminho baseado apenas em dados empíricos isolados e descoordenados. “A utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas” (Vitor, Lopes & Ximenes, 2005, p. 236). Assim, o modelo que norteou a seleção de estratégias e o desenvolvimento da intervenção comunitária foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPS-NP).

O modelo teórico baseia-se no conceito de promoção da saúde, definido na Carta de Otawa como o processo que permite aumentar a capacidade e habilidades pessoais dos indivíduos, visando o controlo e autonomia sobre a sua saúde e melhorá-la. O MPS-NP, suportado pela perspectiva holística da enfermagem, pela teoria de aprendizagem social de Bandura e pelas teorias de expectativas-valor da motivação humana (Allgood & Tomey, 2011; Vitor *et al*, 2005), descreve os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, bem como “os complexos processos biopsicossociais que motivam os indivíduos a envolverem-se em comportamentos de saúde” (Pender *et al.*, 2011, p.44)

O diagrama de representação do modelo de promoção da saúde (Anexo 2) é composto por três grandes componentes:

1. As características e experiências individuais.

Este componente abrange duas variáveis: o comportamento anterior relacionado (o indivíduo, baseando-se nas experiências passadas, tem capacidade para gerar expectativas sobre as consequências das suas ações, atribuindo-lhe um valor subjetivo positivo ou negativo, sendo que o seu comportamento é o resultado da combinação entre o conhecimento prévio e a avaliação da situação presente) (Armas & Hernández, 2006) e os fatores pessoais preditivos de um determinado comportamento. Estes podem ser fatores biológicos (sexo, idade, agilidade, índice de massa corporal, estágio de desenvolvimento), fatores psicológicos (autoestima, Auto motivação, competência pessoal, estado de saúde percebido e definição de saúde) e fatores socioculturais (etnia, aculturação, educação, nível sócio económico) (Allgood & Tomey, 2011).

2. Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende atingir.

É o componente central do modelo e incorpora 8 variáveis: percebe benefícios para a ação (representações mentais positivas que impelem à adoção de um determinado comportamento de saúde); percebe barreiras para a ação (percepções negativas, custos pessoais - reais ou imaginários que restringem um comportamento de saúde); autoeficácia percebida (julgamento das capacidades pessoais para organizar e executar um comportamento de saúde. Quanto maior a autoeficácia percebida, menor percepção de barreiras para a adoção do comportamento); sentimentos relativos ao comportamento (reflete uma reação emocional subjetiva a um determinado comportamento, que pode ser positivo ou negativo, agradável ou desagradável. Quanto mais positivo for este sentimento maior o sentimento de autoeficácia);

influências interpessoais (o comportamento pode ser influenciado por: conhecimentos sobre o comportamento, crenças e atitudes do meio envolvente, expectativas das pessoas mais importantes, modelagem ou aprendizagem pela observação dos comportamentos de outros e apoio social, de caráter instrumental ou emocional. As principais fontes de influência interpessoal são a família, os pares e os prestadores de cuidados); influências situacionais (o ambiente envolvente pode facilitar ou impedir determinado comportamento) (Allgood & Tomey, 2011; Vitor *et al*, 2005).

3. O resultado do comportamento.

O último componente agrega 3 variáveis: o compromisso com o plano de ação (intervenções de enfermagem que possibilitam a manutenção de um comportamento de promoção de saúde); exigências e preferências imediatas (os indivíduos têm baixo controle sobre os comportamentos que exigem uma mudança imediata, contrariamente às preferências pessoais que têm elevado controle sobre a mudança de comportamento); comportamento de promoção de saúde (resultado esperado com implementação das intervenções) (Allgood & Tomey, 2011; Vitor *et al*, 2005).

O modelo aqui descrito enfatiza o papel ativo do indivíduo na gestão dos seus comportamentos de saúde. Isto é, a pessoa é o agente decisivo na adoção do comportamento de promoção de saúde, atingido pela autoconsciência reflexiva e valorização das suas competências pessoais e sociais. Reconhece, no entanto, que as variáveis que influenciam os comportamentos exibidos estão embrulhadas de grande significado motivacional, sustentado por crenças, expectativas e opções inerentes ao contexto familiar, social e político envolvente. Estas variáveis podem, no entanto, ser alteradas por ações de enfermagem direcionadas aos fatores e determinantes de um comportamento de saúde a atingir. As atividades devem considerar o indivíduo enquanto agente que interage com o meio envolvente, é influenciado e influencia.

A adoção deste modelo teórico de promoção da saúde possibilitou a compreensão dos determinantes de saúde específicos da população alvo e desencadeou o desenvolvimento de várias estratégias de intervenção que estimularam a adesão a comportamentos saudáveis, através de atividades que fomentam o **envolvimento e participação ativa dos alunos de 8º ano**.

Considera-se o envolvimento e participação ativa dos alunos de 8º ano como uma estratégia fundamental para a obtenção de resultados positivos. Esta estratégia reflete o reconhecimento das capacidades dos indivíduos enquanto agentes das suas próprias experiências e responsáveis pela sua saúde. Contudo, há experiências passadas e caraterísticas pessoais preditivas de determinados comportamentos não modificáveis, nomeadamente a idade e estágio de desenvolvimento, o sexo e o ano de escolaridade. O reconhecimento destas vulnerabilidades impôs a exibição de **estratégias de educação para a saúde** adequadas e adaptadas ao estágio de desenvolvimento do grupo populacional a encaminhar para comportamentos de promoção de saúde.

A educação para a saúde aparece-nos assim como a principal estratégia de promoção da saúde dos adolescentes. De acordo Tones e Tilford (1994), citados por Carvalho & Carvalho (2006, p. 21) a educação para a saúde define-se como:

toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

Esta definição evidencia a existência de fatores internos e externos inerentes à tomada de decisão e pressupõe a capacitação dos indivíduos para uma mudança de comportamento. Contudo, e lembrando que os alvos são adolescentes, para promover este empoderamento, tanto a nível individual como coletivo “a educação em saúde não pode ser reduzida apenas às atividades práticas que se reportam em transmitir informação em saúde” sendo indispensável desenvolver um trabalho desvinculado das práticas educacionais impositivas (Salci, Maceno, Rozza, Silva, Boehs & Heidemann, 2013, p. 225). Como nos afirma Carvalho & Carvalho (2006, p.19),

educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde. Isto exige dinâmica de trabalho.

Também Stanhope & Lencaster (2011, p. 634) aludem ao facto dos adolescentes terem “mais probabilidade de ser responsáveis pela escolha de um estilo de vida saudável se participarem em atividades de educação para a saúde”. As dinâmicas de grupo interativas são métodos elegidos como estratégias de intervenção a desenvolver. Pretende-se promover a participação ativa e estimular a reflexão sobre a ação (desenvolvendo sentimentos positivos

relativos ao comportamento de saúde) e assim promover o (re)conhecimento de uma situação específica e persuadir de forma positiva a tomada de decisão (autoeficácia e percepção de benefícios para a ação).

No intuito de diluir a transmissão de informação, tornando-a mais atrativa, progressiva e favorecedora de sentimentos positivos, decidiu-se desenvolver o projeto em torno de duas áreas temáticas, nas quais se pretendeu dar ênfase, desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre os fatores que influenciam “As nossas escolhas...”, evidenciando ainda que, “As nossas escolhas ... têm consequências...”. Pretendeu-se com estas mensagens incitar a responsabilidade dos indivíduos perante as suas decisões e aumentar autoeficácia na resolução de problemas através do reforço da confiança e autoestima.

As mensagens constituíram as temáticas chave abordadas nas sessões de educação para a saúde, bem como áreas a desenvolver nas campanhas de sensibilização através da fixação de cartazes e divulgação nas redes sociais. “A educação está presente no contato pessoal, em que qualquer e todo ambiente pode ser considerado propício para esse fim e, também na impessoalidade através da comunicação de massa” com o auxílio das redes sociais (Salci *et al*, 2013, p. 225).

As sessões de educação dos alunos e afixação de cartazes com o mesmo tema, posteriormente às sessões efetuadas, funciona como estratégia de marketing social, mantendo a ligação aos conteúdos abordados. Pretende-se desta forma dar continuidade à reflexão no intuito de promover e reforçar atitudes e comportamentos saudáveis.

Os cartazes pretendem influenciar o pensamento reflexivo e crítico dos alunos do 8º ano, mas também incitar o **envolvimento, consciencialização e sensibilização de todos os alunos da escola**, pelo que a sua afixação deve localizar-se num espaço comum e partilhado por toda a comunidade escolar. Este envolvimento inclui ainda a efetivação de ações realizadas pelos alunos do 8º ano dirigidas à restante comunidade escolar, bem como atividades realizadas por outros alunos, em favor da motivação e participação dos alunos do 8º ano. Estas estratégias estão de acordo com os resultados apurados por Barbosa *et al* (2014), que declaram efeitos positivos em abordagens que envolvem os pares como facilitadores e multiplicadores.

Outra estratégia de intervenção incluiu a **participação e envolvimento da família**, enquanto lugar privilegiado de apoio e suporte à vida e saúde dos seus membros (Figueiredo, 2012). Mas o indivíduo não faz parte apenas de uma família, esta está inserida num contexto ambiental e social específico que não pode ser descurado. Desta forma, foram incluídas estratégias que facilitem a **inclusão, mobilização e sensibilização da comunidade envolvente**.

Estas estratégias de atuação visam mobilizar de forma positiva as influências situacionais e interpessoais dos alunos do 8º ano.

O **estabelecimento de parcerias** com diferentes setores sociais constituiu uma estratégia exímia na consecução do projeto pois permitiu a conjugação de saberes e experiências disciplinares distintas, tornando as intervenções mais eficazes, mas também mais eficientes.

6. ANALISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

6.1 Metodologia

Para a operacionalização e monitorização dos comportamentos de saúde e comportamentos de risco dos adolescentes do 3º ciclo da Escola A, foi utilizado a Metodologia do Planeamento em Saúde.

O planeamento em saúde “é uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real”, é um método indissociável do contexto sociocultural onde se atua, o que inclui os vários determinantes de saúde e as características específicas de uma população e impele à cooperação entre os vários setores sociais (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 21). A sua aplicação visa “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sócio-económicos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 23).

O referido processo tem várias fases (Figura 1), que serviram de orientação no desenvolvimento deste projeto.

Figura 1: Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde.



Fonte: Adaptado de Imperatori & Giraldes (1993)

De acordo com Tavares (1990), é esta a metodologia indicada para a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

A efetivação da primeira etapa, o diagnóstico de situação, ocorreu no Estágio I. As restantes etapas do planeamento em saúde foram desenvolvidas no decurso do Estágio Final. O presente relatório de estágio visa a descrição, reflexão e análise das atividades desenvolvidas e competências adquiridas, ao longo do Estágio Final. Contudo, e considerando que os dois estágios são complementares e que a fundamentação das atividades e competências desenvolvidas no Estágio Final carecem da justificação das atividades decorridas no estágio I, opta-se por realizar uma exposição de todo o percurso desenvolvido.

6.2 Fundamentação das Intervenções

6.2.1 Fase de Diagnóstico de Saúde

A primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, onde se pretende caracterizar as necessidades de uma população. Como nos refere Imperatori & Geraldles (1993, p. 47) esta etapa é “um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados”.

O diagnóstico de situação foi desenvolvido no decorrer do Estágio I - Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 1º ano 2º semestre do Mestrado em Enfermagem em Associação, entre os dias 2 de maio e 17 de junho de 2017, numa UCC-RA. A sua operacionalização teve inerentes várias atividades.

■ Pesquisa de consenso junto da equipa de enfermagem da UCC, através da técnica de *brainstorming*

A técnica *brainstorming* é uma abordagem de interação grupal, que propõe a reunião de um grupo de pessoas, no intuito de recolher ideias e sugestões de soluções para determinados problemas ou situações de trabalho. São tidas em consideração as ideias de todos os participantes, sem críticas ou julgamentos.

A utilização desta técnica teve como finalidade identificar as áreas de saúde que, na opinião da equipa de enfermagem da UCC de acolhimento da mestranda, necessitavam de um projeto de intervenção, em conformidade com as necessidades da UCC e da população do concelho. A pesquisa de consenso junto de um grupo de profissionais conhecedores dos

problemas da população em análise constitui uma mais valia, pois permite a adequação, viabilidade e continuidade do projeto.

Esta atividade foi desenvolvida no Estágio I, no dia 3 de maio de 2017. A reunião foi conduzida pela enfermeira Mestranda, ocorreu na UCC, e contou com a participação das 4 enfermeiras que constituem a equipa de enfermagem. No início da reunião foi realizada uma breve apresentação dos objetivos do estágio, das linhas de investigação definidas para o ramo de especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (as necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas), bem como do seu enquadramento nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na missão da UCC. Esta pequena introdução foi indispensável, de forma a gerar adequação nas ideias e sugestões transmitidas.

Posteriormente, foi sugerido que cada um dos elementos do grupo referisse uma área de cuidados, que na sua opinião, necessitavam de intervenção. Em seguida, cada um dos participantes da reunião justificou e defendeu as suas ideias.

A partir desta reunião, foi estabelecida como área de atuação a área da Saúde Escolar, direcionando a intervenção para os comportamentos de risco na adolescência. A vulnerabilidade percebida desta faixa etária e a inexistência de uma monitorização e de um diagnóstico efetivo destes comportamentos de risco na UCC onde decorreu a experiência clínica, tornaram visível a necessidade de realização de um diagnóstico de saúde direcionado aos comportamentos de risco dos adolescentes.

■ Reunião com o Diretor Coordenador do Agrupamento de Escolas

Foi efetuada uma reunião com Diretor do Agrupamento de Escolas, com a finalidade de apresentar os objetivos do projeto de intervenção escolar e obter consentimento para implementação do projeto de intervenção. O diretor do agrupamento manifestou interesse e motivação, emitindo um parecer favorável ao desenvolvimento do mesmo.

Nesta reunião foi estabelecido, em concordância com a enfermeira mestranda, com a enfermeira coordenadora da UCC e com o diretor do agrupamento, que a população alvo deste projeto seriam os alunos do 3º ciclo do ensino básico e artístico, da Escola A, única escola do concelho que acolhe alunos do 3º ciclo do ensino básico. A intervenção no 3º ciclo revela a necessidade de intervenção precoce.

■ Realização do diagnóstico de saúde da população do Ensino Básico - 3º ciclo da Escola A

Caraterização da população alvo e respetiva amostra

A população alvo sob a qual assentou a investigação remete-nos para a totalidade dos alunos do 3º ciclo do ensino básico geral e artístico da Escola A.

A amostra, isto é, a seleção do “conjunto de sujeitos retirados de uma população” foi realizada através do método de amostragem não probabilística (a seleção de sujeitos feita a partir de uma população utilizando-se procedimentos não aleatórios) por conveniência (escolhida em função da presença num local, num dado momento) (Fortin, 1999, p. 363). Assim, a amostra ficou constituída pelos alunos do 3º ciclo do ensino básico e artístico, que obrigatoriamente conjugaram os seguintes critérios de inclusão: a entrega, em tempo útil, do Termo de Consentimento Informado devidamente assinado e autorizado pelos encarregados de educação; aceitar participar no estudo; e estar presente no momento da colheita de dados.

Questões Éticas

Os estudos que envolvem seres humanos devem garantir totalmente a proteção dos direitos dos indivíduos. Como nos ressalta Fortin (1999), devem-se assegurar os princípios éticos e morais, destacando como direitos fundamentais: o direito à autodeterminação, através do respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito à intimidade, à vida privada e à confidencialidade dos dados pessoais obtidos; o respeito pelo princípio da justiça e equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; minimização dos inconvenientes; e otimização das vantagens.

No decorrer de todo o projeto foram respeitados estes princípios, tendo sido solicitada a aprovação à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora (Anexo 3), para realização do diagnóstico de saúde. De seguida, e porque a amostra é constituída por alunos menores de idade, foram enviados aos encarregados de educação o termo de consentimento informado, livre e esclarecido sobre todos os procedimentos inerentes, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos (Apêndice 2). No momento de aplicação dos questionários aos alunos que entregaram o respetivo consentimento devidamente preenchido, foram reforçados os objetivos da sua aplicação, assim como garantida a confidencialidade e anonimato.

Garantiram-se assim os princípios éticos referidos, assegurando, ao longo de todas as fases efetuadas, os direitos humanos dos envolvidos.

O Instrumento de Recolha de Dados

A colheita de dados foi feita através do inquérito por questionário, por ser este o método considerado mais eficaz na obtenção dos objetivos delineados. O questionário permite efetuar uma colheita de factos, ideias, comportamentos, sentimentos, expectativas, atitudes e preferências junto dos inquiridos, e ainda, uma recolha rigorosa dos dados, bem como a organização, normalização e controlo dos mesmos, através da avaliação de variáveis mensuráveis (Fortin, 1999).

O questionário utilizado no estudo é o questionário Comportamentos de risco (*Versão Portuguesa – 2007*), traduzido e validado por Santos (2008). Esta, é a tradução e validação do questionário Youth Risk Behavior Survey (YRBS) desenvolvido pelo Centers for Disease Control and Prevention em 1991, nos EUA. A autora da tradução do respetivo questionário inclui ainda no questionário questões relacionadas com a família, os amigos e o ambiente escolar, itens estes adaptados da versão para adolescentes da Nova Zelândia, desenvolvida por Carter *et al* (2007). A utilização do respetivo questionário foi devidamente autorizada pela autora, Dr^a Olga Santos. Foi ainda solicitado à autora a alteração da questão 6, para os anos correspondentes ao 3º ciclo escolar, na qual se obteve parecer favorável (Anexo 4).

A versão portuguesa do questionário é composta por 106 questões organizadas em 18 domínios: Características sociodemográficas; Estrutura familiar; Perceção do desempenho escolar; Ambiente escolar; Adaptação social; Suporte social pelos pais, amigos, pares, agentes educativos e outros adultos; Saúde e bem-estar; Altura e peso corporal; Segurança e acidentes; Comportamentos de violência; Humor depressivo e ideação suicida; Consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas; Comportamento sexual; Perceção do peso corporal e hábitos alimentares; Atividade física; VIH/ SIDA; Uso de serviços de saúde dentária; Proteção solar.

O questionário permite o cálculo de subescalas para avaliar o grau de envolvimento dos alunos com a escola, a família e amigos. Para efetuar o cálculo das subescalas adotou-se o procedimento seguido por Santos (2008), que por sua vez foi o mesmo utilizado pelos autores da versão do YRBS da Nova Zelândia, apresentada por Carter *et al* (2007) e se encontra descrito no Apêndice 1.

Procedimentos de colheita de dados

A coleta de dados foi efetuada conforme a disponibilidade de horário de cada diretor de turma. A aplicação dos questionários foi realizada em sala de aula, na presença da investigadora e do diretor de cada turma, entre os dias 1 e 17 de junho de 2017. Nesta fase foram identificados

os critérios de inclusão e exclusão e entregues os questionários aos alunos que preencheram os requisitos de inclusão.

Tratamento de Análise dos Dados

De acordo com Fortin (1999), o investigador deve começar a analisar os dados desde a fase da recolha dos mesmos, examinando-os e organizando-os de forma a poder compreendê-los. Desta forma, após recolha dos questionários procedeu-se à sua análise e validação. Nesta fase ficaram considerados inválidos 2 questionários que patenteavam múltiplas respostas em questões que requeriam apenas uma. Posteriormente procedeu-se à codificação dos questionários considerados válidos. Depois e com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 24, foi criada uma base de dados para o tratamento estatístico dos dados coletados.

Apresentação de resultados

A apresentação dos resultados encontra-se descrita no Apêndice 1. Da análise e discussão dos dados recolhidos, confirmou-se a participação dos alunos do 3º ciclo da Escola A em inúmeros comportamentos de risco, expondo-os a possíveis danos físicos, psicológicos e até morte. Identificaram-se assim vários problemas/diagnósticos de enfermagem, que carecem de uma intervenção urgente, afim de minimizar malefícios na saúde da população em estudo. Destacam-se do diagnóstico de situação efetuado os seguintes problemas de saúde:

- Comportamento de segurança rodoviária comprometido: Padrão de segurança diminuído nos alunos do 3º ciclo da Escola A, manifestado pela não adesão a medidas de segurança, como o uso de capacete e cinto de segurança, e adesão a conduzir alcoolizado ou andar de carro com alguém alcoolizado.
- Risco de violência: Padrão de violência presente nos alunos do 3º ciclo da Escola A, manifestado pelo uso de “armas”, facas ou canivetes e elevado envolvimento em lutas.
- Risco de comportamento autodestrutivo: Padrão autodestrutivo comprometido nos alunos do 3º ciclo da Escola A, manifestado pela referência a ideação de automutilação e ideação suicida.
- Abuso de Tabaco: Uso de tabaco presente nos alunos do 3º ciclo da escola A, revelado pela elevada taxa de experimentação e elevada taxa de consumo atual de tabaco.
- Abuso de Álcool: Uso de álcool presente nos alunos do 3º ciclo da Escola A, revelado pela elevada taxa de experimentação de álcool, elevada taxa de experimentação de embriaguez e elevada taxa de consumo atual de álcool.

- Abuso de substâncias ilícitas: Uso de substâncias ilícitas presente nos alunos do 3º ciclo da Escola A, revelado pela elevada taxa de experimentação das mesmas.
- Comportamento sexual comprometido: Comportamento sexual comprometido revelado pela ausência de uso de preservativo na última relação sexual, pela não utilização de qualquer método contraceptivo e pelo envolvimento sexual sob o efeito de álcool.
- Comportamento alimentar comprometido: Padrão alimentar comprometido nos alunos do 3º ciclo da Escola A, manifestado pelo diminuído consumo diário de hortícolas, leite e frutas.
- Comportamento de proteção solar comprometido: Padrão de proteção solar comprometido pela baixa adesão ao uso de protetor solar e baixa adesão ao uso de chapéu e roupa com forma de se proteger do sol.

6.2.2 Fase de Definição de Prioridades

■ Reunião com a enfermeira supervisora do Estágio Final

Esta reunião foi efetuada no intuito de apresentar os resultados da avaliação diagnóstica de saúde e verificar a concordância da enfermeira supervisora no que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem encontrados na população em estudo. Os resultados obtidos e a análise e discussão dos mesmos foram previamente disponibilizados à enfermeira supervisora, em formato digital. Foi uma conversa informal que ocorreu no gabinete da enfermeira supervisora, onde se constatou a importância do diagnóstico efetuado para a compreensão dos comportamentos desta faixa etária, bem como a necessidade de um projeto de intervenção comunitária em meio escolar, dirigido aos comportamentos de risco. Uma vez que o diagnóstico de saúde efetuado revelou a adesão a múltiplos comportamentos de risco, e não sendo viável dar resposta a todos, concordou-se que teriam que ser definidas prioridades de intervenção. Por ser um projeto de intervenção em meio escolar, circunscreveu-se que a definição de prioridades seria efetuada na reunião de Equipa do PES, através da auscultação dos vários setores sociais presentes.

■ Apresentação dos resultados à equipa de enfermagem da UCC-RA onde decorreu a experiência clínica

Os resultados do diagnóstico de saúde foram apresentados e disponibilizados à restante equipa de enfermagem no propósito de apresentar as linhas orientadoras do futuro projeto, a pertinência do mesmo, bem como o enquadramento do tema no âmbito do Plano Nacional de Saúde em vigor.

■ Reunião com os parceiros do PES,

Esta reunião ocorreu no dia 11 de outubro no gabinete de reuniões da Escola A. Esteve presente o diretor coordenador do agrupamento, a subdiretora do agrupamento, a professora responsável pelos PES, o representante da Escola Segura, o representante do GAAP (Gabinete de apoio ao adolescente e família) entidade pertencente à Escola A, um representante da CPCJ, um representante da Câmara Municipal, duas enfermeiras a representar a UCC (uma das quais responsável pela saúde escolar) e a enfermeira mestranda.

Nesta reunião foram discutidos os vários projetos de saúde escolar em curso, definindo aqueles que se iriam manter no respetivo ano letivo 2017/2018.

No decurso desta reunião foi realizada a apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde efetuado no intuito de revelar os dados referentes aos múltiplos comportamentos de risco avaliados no diagnóstico de saúde, as principais linhas orientadoras e a pertinência do mesmo, para posterior permissão para a implementação do projeto (Apêndice 3). Foi unânime a opinião dos participantes sobre a importância do estudo efetuado, pois forneceu dados específicos da população alvo. Não obstante, todos os presentes consideraram o diagnóstico de saúde como uma mais valia para a implementação de um projeto direcionado e específico àquela população, bem como uma ferramenta de suporte e apoio para a continuação de projetos já existentes.

Procedeu-se em seguida à seleção de prioridades, seguindo os critérios e técnicas para definição de prioridades, já descritos no ponto 4. Foi então circunscrito a realização de um projeto de intervenção direcionado aos comportamentos de risco na adolescência - o consumo de tabaco e o consumo de álcool. O desenvolvimento de um projeto de intervenção direcionado à promoção e prevenção do consumo das duas drogas em simultâneo vai ao encontro do relatado num estudo desenvolvido por Lopes, Cunha, Zibetti & Bizarro (2014, p. 448), que sugerem que as ações de prevenção dirigidas a adolescentes devem abranger as duas drogas, isto porque, “a exposição a uma delas servirá de “gatilho” para o uso da outra”. De facto, a relação de dependência entre os comportamentos de consumo destas substâncias foi verificada no estudo efetuado e aqui em análise.

Nesta reunião, foi ainda definido e fundamentado nos resultados apresentados e nos programas e projetos já existentes, que o presente projeto seria direcionado aos alunos do 8º ano do 3º Ciclo.

Findada esta reunião, teve lugar um período de reflexão e análise exaustiva dos indicadores que, no diagnóstico de saúde efetuado, caracterizavam os comportamentos de consumo de álcool e tabaco. Esta interpretação foi fundamental e revelou-se imprescindível

para delimitar os objetivos e enquadrá-los nas especificidades encontradas na população a intervir.

6.2.3 Fase de Seleção de Estratégias

Determinados os objetivos, foram eleitas as melhores estratégias para lhe dar resposta e efetuado um esboço das atividades, recursos e parcerias necessárias para as materializar. Esta fase exigiu uma pesquisa sobre: as estratégias desenvolvidas em grupos populacionais semelhantes; o modelo de promoção da saúde mais adequado aos objetivos traçados e à população abrangida; as técnicas e práticas de educação para a saúde mais eficazes; os determinantes e fatores de risco da população.

Para verificar a concordância dos parceiros acerca das estratégias definidas e apresentar e confirmar a aplicabilidade das atividades que lhe dariam forma, foram efetuadas várias reuniões, com a enfermeira supervisora, com o coordenador do agrupamento de escolas, com a professora responsável pelo PES e com o AJE Livre.

Nestas reuniões foram definidas as atividades mais adequadas e as parcerias mais eficazes e eficientes para conseguir alcançar resultados positivos.

■ Reunião com a enfermeira supervisora para apresentação e discussão das estratégias delineadas

Esta reunião foi efetuada no dia 11 de outubro e teve lugar no Gabinete da enfermeira coordenadora da UCC onde se desenvolveu a ação. Durante a reunião foram apresentadas à enfermeira supervisora do estágio final as estratégias escolhidas e consideradas mais eficientes e eficazes, para atingir os objetivos traçados e previamente acordados. Procedeu-se ainda à exposição das possíveis atividades a desenvolver para dar consecução às estratégias acionadas. Foi num ambiente muito acolhedor, dinâmico, participativo e criativo que foram alinhavadas as atividades a desenvolver, de acordo com os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis. Esta interação e programação das atividades envolveu a reflexão sobre práticas e técnicas que garantissem o envolvimento ativo dos alunos, dos pais, da escola e da comunidade. Para a realização de cada uma das atividades, foram analisadas potenciais parcerias de colaboração no projeto.

Durante esta reunião foi agendada uma reunião com a direção do Agrupamento de Escolas e com a Professora responsável pelo PES.

Terminada esta reunião foi apresentado o esboço das estratégias e das atividades a desenvolver à enfermeira responsável pela saúde escolar e à restante equipa de enfermagem.

■ Reunião com a direção do agrupamento de Escolas e com a Professora responsável pelo PES

No dia 12 de outubro decorreu a supracitada reunião, que contou com a presença da enfermeira mestranda, da enfermeira supervisora, da professora responsável pelos PES e da subdiretora do agrupamento de escolas. Este encontro teve como objetivos: apresentar e discutir as atividades selecionadas para a execução do projeto, obter apoio, promover o envolvimento dos envolvidos no projeto, transmitir informação e uniformizar conteúdos e práticas.

Foi apresentado o esboço do projeto a desenvolver, as estratégias acionadas e as atividades a desenvolver e consequentemente evidenciado o seu papel enquanto parceiros do projeto.

O projeto foi acolhido com entusiasmo e interesse pelas participantes na reunião, que disponibilizaram recursos humanos e materiais para a realização das atividades a desenvolver. Efetuou-se de imediato o contato com o professor de multimédia e com professor de informática, no sentido de pedir colaboração no desenvolvimento de algumas atividades. Foi ainda pedida a colaboração de cada diretor de turma dos alunos do 8º ano do 3º ciclo, na realização de atividades dinâmicas com a turma.

A aceitação e o empenho demonstrado pelos intervenientes da reunião, foi sem dúvida uma mais valia para a operacionalidade e continuidade futura do projeto em análise.

■ Reunião com o AJE Livre

O AJE livre é uma Associação de Apoio a Jovens Estudantes, constituída por várias entidades do concelho onde se desenvolveu o projeto de intervenção comunitária, nomeadamente: Agrupamento de Escolas, CPCJ, Escola Segura, GAAF, UCC, CRI Alentejo Central, Câmara Municipal.

Esta reunião teve como objetivo apresentar o projeto a desenvolver e obter parceria por parte dos intervenientes. Foi feita uma exposição do projeto, das estratégias e das atividades a desenvolver, bem como as formas de avaliação do projeto. O projeto foi considerado pertinente pelos envolvidos que se disponibilizaram para estabelecer parceria. Foram então discutidas as atividades a desenvolver em colaboração e consideradas propostas para a sua realização, garantindo desta forma a eficácia das intervenções.

6.2.4 Elaboração do Projeto e Preparação da Execução

Após a tomada de decisão sobre quais as estratégias mais adequadas e as atividades a efetuar pelos diferentes setores e destas serem aceites por parte dos intervenientes, foi necessário passar à formulação do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

O “projecto é uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.129). A sua realização comporta o estudo pormenorizado das atividades necessárias na execução das estratégias selecionadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta fase do planeamento pretende “mostrar as inter-relações entre as diferentes atividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar, em suma, a realização das atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.149).

Assim, foi definido especificamente quais, quando, onde e como as atividades programadas deveriam ser concretizadas, bem como a quem se dirigem e qual o responsável pela sua execução. Foi ainda especificado minuciosamente para cada atividade os objetivos a atingir e determinados os recursos humanos e materiais necessários para a sua execução. Concomitantemente, foram avaliados os recursos financeiros indispensáveis à sua realização. Por fim, foi estabelecido um cronograma detalhado da execução do projeto.

O resultado final, ou seja, o projeto Comportamentos de Risco na Adolescência - O consumo de Tabaco e o consumo de Álcool a desenvolver, encontra-se disponível no Apêndice 4. No entanto, como nos lembra Imperatori & Giraldes (1993) a especificação detalhada das intervenções não é definitiva, podendo ser sujeita a modificações no decurso do projeto.

6.2.5 Fase de Intervenção

■ Criação do nome do projeto

O nome de um projeto é a sua identidade. O mesmo deve transmitir uma mensagem direcionada e adequada a uma determinada população e ao mesmo tempo dar resposta e enquadrar-se nos objetivos a atingir.

Pretendeu-se assim que o nome do projeto se enquadrasse nas expectativas e interesses da população alvo – os adolescentes. Como forma de dar resposta a este objetivo, definiu-se que o nome do projeto seria sugerido e proposto pelos alunos das 3 turmas de 8º ano da escola onde decorre a ação.

Esta atividade contou com a colaboração dos diretores das turmas de 8º ano. Pediu-se aos professores diretores de cada turma, depois de apresentado o projeto e a atividade a desenvolver, que promovessem em sala de aula um debate sobre o consumo de álcool e tabaco na adolescência, e que após reflexão e discussão em grupo sobre a temática, cada turma apresentasse uma proposta para o nome do projeto a desenvolver.

A atividade foi acolhida de forma positiva pelos professores e alunos de todas as turmas, que mostraram interesse e participaram de forma entusiasta na seleção de um nome para o projeto.

Surgiram assim três hipóteses para o nome do projeto:

- Dá à vida uma oportunidade merecida.
- Liberta-te! Diz não ao vício.
- JUCAT - Jovens unidos contra Álcool e Tabaco.

O nome vencedor do projeto foi decidido através de votação por parte dos parceiros. Decidiu-se assim que o nome do projeto seria: JUCAT- Jovens unidos contra Álcool e Tabaco. A escolha deste nome em detrimento dos outros remete ao facto do mesmo pressupor que os indivíduos atuem juntos para alcançar o comportamento de saúde. Como nos refere a OE (2015, p. 16485)

o empowerment para a saúde da comunidade pressupõe que os indivíduos actuem em conjunto para alcançar uma maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e a qualidade de vida da sua comunidade, sendo este um importante objetivo da mobilização comunitária para a saúde.

Apenas uma das propostas podia ser seleccionada, no entanto, foi reconhecido e valorizado o potencial dos outros nomes sugeridos, que se revelaram uma mais valia e fizeram parte da mensagem transmitida no cartaz de sensibilização efetuado e exposto na escola.

Consideramos que esta atividade e a abordagem utilizada foi ao encontro de uma das estratégias definidas no projeto: sensibilizar e promover o envolvimento e participação ativa dos alunos no projeto, motivando e estimulando-os à exibição de um determinado comportamento. Visou-se ainda fortalecer, desenvolver e reforçar a autoconfiança, a autoestima e a responsabilidade dos alunos, inspirando de forma positiva as suas escolhas, decisões, atitudes, crenças e comportamentos.

■ Elaboração do Logotipo do projeto

Também o logotipo define a identidade do projeto de intervenção comunitária aqui em análise. Pretende-se que através de linhas, cores e imagens um logotipo transmita uma mensagem simples e objetiva à população.

Com o intuito de harmonizar o logotipo às expectativas dos alunos, definiu-se que o logotipo seria elaborado pelos alunos do curso de multimédia. Esta atividade teve a participação do professor de Multimédia, que deliberou a realização desta atividade. Esta estratégia visou envolver a participação de outros alunos da escola no projeto, mas também exercer alguma influência e motivação através do grupo de pares. A evidência científica revela que a influência do grupo de pares é de extrema importância nas expectativas, atitudes e comportamentos dos adolescentes.

O resultado obtido foi um logotipo bastante colorido, atrativo e representativo da união e trabalho conjunto dos jovens, transmitindo uma mensagem positiva (Anexo 5).

■ Comemoração do dia Mundial do Não fumador

O dia Mundial do não fumador comemora-se no dia 17 de novembro.

Para assinalar o mesmo foram determinadas várias atividades, que pretendiam abranger toda a comunidade escolar, contribuindo desta forma para a promoção de um ambiente escolar saudável.

Esta atividade envolveu a realização e distribuição de folhetos aos alunos da escola, professores e assistentes operacionais (Apêndice 5).

Foi ainda, previamente pedido aos diretores de turma dos alunos do 8º ano que propusessem aos seus discentes a elaboração de frases sobre o consumo de tabaco (Apêndice 6). Após a recolha das frases produzidas foi realizada a seleção das mesmas. Posteriormente, as frases selecionadas foram trabalhadas informaticamente pelos alunos do curso de multimédia e aplicadas em panos de tabuleiro (Anexo 6). Os respetivos panos de tabuleiros foram colocados no tabuleiro de refeição durante o almoço escolar do dia 17 de novembro de 2017.

Esta atividade teve como finalidade a participação ativa dos alunos do 8º ano, mas também de outros alunos no projeto, bem como o envolvimento de toda a comunidade escolar. Como nos referem Barbosa *et al* (2014), as conclusões de Dryfoos (1990) defendem que o envolvimento dos pares constitui uma das exigências para o sucesso das intervenções direcionadas aos comportamentos de risco na adolescência.

■ Sessão de educação para a saúde sobre o álcool e o tabaco dirigida aos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A “As nossas escolhas...”

A realização desta sessão ocorreu nos dias 28 e 29 de novembro de 2017 em três tempos letivos diferentes, um para cada turma de 8º ano. Esta atividade decorreu com base na descrição do planeamento da sessão (Apêndice 7) e contou com a colaboração e parceria do Coordenador do CRI Alentejo Central.

Ao longo da sessão foram transmitidos de forma interativa e participativa conhecimentos sobre as drogas (nomeadamente o álcool e o tabaco) e os seus efeitos ao nível do Sistema Nervoso Central. Mas, a sessão não se resumiu a transmitir informação, pois de forma dinâmica foram identificadas as convicções pessoais dos alunos relativamente a estas drogas, assim como as suas crenças, expetativas e dúvidas. Estas foram esclarecidas, e de forma indireta foi incorporada a reflexão sobre os fatores de risco do consumo de álcool e tabaco, permitindo uma reflexão crítica individual sobre os motivos que os levam à experimentação e consumo destas substâncias. Esta atividade visou promover o autoconhecimento, reforçar competências pessoais e sociais, melhorar a autoeficácia percebida, a autoestima e a perceção de benefícios no comportamento se saúde a adotar. De acordo com Meyer & Cahill (2004), um dos princípios que devem nortear a educação sobre drogas é a utilização de técnicas interativas e centradas no estudante para desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e valores.

No final da sessão foi distribuído pelos alunos um questionário (Apêndice 8), no sentido de avaliar os conhecimentos adquiridos e avaliar a satisfação dos alunos no que respeita à sessão de educação, atividade desenvolvida. Os resultados obtidos divulgaram a aquisição de conhecimentos por parte dos alunos. Estes declararam ainda a adequação da atividade às suas expetativas. (Apêndice 9).

■ Realização e afixação do cartaz “As nossas escolhas...”

A afixação do cartaz elaborado (Apêndice 10), impresso em vinil e aplicado em capa rígida (tamanho 120X60cm), ocorreu após o término da última sessão de educação para a saúde sobre “As nossas escolhas...” e foi colocado estrategicamente no espaço de convívio dos alunos. Foi ainda disponibilizada, num formato mais pequeno (tamanho A3), uma cópia a cores do cartaz, para exposição nas salas de aula dos alunos do 8º ano.

A elaboração deste cartaz teve implícito dar continuidade à reflexão iniciada durante a sessão de educação anterior, transmitindo mensagens centradas no próprio indivíduo de forma a promover o desenvolvimento da autoestima, da responsabilidade e de habilidades interpessoais e comunicativas. A afixação do cartaz funcionou também como estratégia de

marketing social, mantendo a ligação aos conteúdos abordados. Pretendeu-se desta forma incitar a reflexão crítica sobre escolhas positivas, no intuito de promover e reforçar atitudes e comportamentos saudáveis.

A exposição do cartaz no espaço de convívio partilhado por alunos, professores e pessoal auxiliar, permite ainda a reflexão da restante comunidade educativa.

■ Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais/ encarregados de educação dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A: “Sabia que...”

A sessão de educação para a saúde foi agendada estrategicamente nas datas marcadas pelos docentes diretores de turma para a entrega de avaliação letiva dos alunos do 8º ano. Este subterfúgio permitiu a maior adesão dos pais/encarregados de educação, que por motivos laborais, muitas vezes não têm disponibilidade de comparecer. As sessões das diferentes turmas ocorreram nos dias 19 e 20 de dezembro, no início da reunião destinada aos encarregados de Educação, tendo decorrido de acordo com o planeamento da sessão (Apêndice 11).

A realização desta atividade constituiu-se de grande importância, pois permitiu apresentar o diagnóstico de saúde efetuado, divulgar o projeto de intervenção em meio escolar em curso, envolver a família dos adolescentes no projeto, reforçar os conhecimentos sobre as consequências do consumo de álcool e tabaco na adolescência e reforçar a importância da família na prevenção dos consumos de substâncias psicoativas (Apêndice 12).

A importância da família nos cuidados de saúde é explorada por Figueiredo (2012, p. 47) ao afirmar que "o sistema de valores desenvolvido, expresso pelas crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, influencia também a forma como se desenvolvem os processos de saúde dos mesmos".

Foi enfatizado a importância da família promovendo o reforço dos fatores de proteção familiar.

■ Sessão de educação para a saúde sobre álcool dirigida aos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A: “As nossas escolhas... e os conhecimentos e expectativas acerca do álcool e tabaco”

A realização desta atividade não estava inicialmente proposta. No entanto do decorrer da 1ª sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos, foram identificadas dúvidas, crenças e mitos enraizados, aos quais não foi possível dar resposta, uma vez que o tempo disponibilizado para a realização da atividade foi de 45 minutos. Desta forma, e reconhecendo que um dos princípios da educação sobre drogas é proporcionar a aquisição de informações

confiáveis adaptadas ao contexto de intervenção e desenvolver atividades que facilitem aprendizagens significativas que combatam mitos sobre o uso destas substâncias (Meyer & Cahill, 2004), foi programada esta sessão de educação para a saúde.

A atividade ocorreu nos dias 9, 10 e 11 de janeiro de 2018, decorreu de acordo com o planeamento da sessão (Apêndice 13) e corporizou-se através de um jogo interativo - “Mitos e Verdades” (Apêndice 14). Cada turma formou 2 grupos, que responderam a um questionário. Um grupo respondeu sobre Mitos e Verdades sobre o álcool e o outro grupo retorquiu sobre Mitos e Verdades sobre o tabaco. A cada resposta correta foi atribuída pontuação, de acordo com as regras do jogo previamente divulgadas aos alunos.

Os alunos foram bastante participativos e avaliaram a sessão de forma positiva. Esta atividade possibilitou, de forma lúdica, descontraída e divertida, o debate e reflexão sobre crenças e mitos social e culturalmente adquiridos. Foram ainda transmitidos conhecimentos que permitem uma tomada de decisão consciente, bem como transmitidos saberes que viabilizam a redução de danos em situações de embriaguez ou consumo excessivo de álcool.

No final do jogo foi distribuído o questionário de avaliação da sessão (Apêndice 15), para posterior análise. Os resultados obtidos revelaram que para os alunos a atividade foi uma mais valia (Apêndice 16).

■ Realização e Afixação: O estendal dos “Mitos e Verdades sobre o Álcool e Tabaco”

Os mitos e verdades trabalhados com os alunos de 8º ano, em sala de aula, através do jogo “Mitos e Verdades” foram à posteriori difundidos a toda a comunidade escolar, possibilitando alargar os conhecimentos e as informações transmitidas a todos os alunos, professores e auxiliares educativos, reconhecendo estes enquanto fatores determinantes dos comportamentos de saúde e promovendo um ambiente favorável a comportamentos de saúde.

■ Sessão de educação para a saúde sobre o álcool e o tabaco dirigida aos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A: “As nossas escolhas... têm consequências”

O cumprimento desta sessão ocorreu nos dias 23, 24 e 25 de janeiro de 2018, em três tempos letivos diferentes, um para cada turma de 8º ano. A consecução da atividade deu-se com base na descrição do planeamento da sessão (Apêndice 17).

No início da sessão foi desenvolvida uma dinâmica de grupo, com o objetivo de consciencializar os jovens acerca das grandes consequências que podem surgir de pequenas e simples ações. Surgiu posteriormente uma pequena partilha, na qual os alunos verbalizaram

algumas experiências. A sessão terminou com o visionamento de um pequeno filme e consequente reflexão individual e em grupo.

Como sabemos, na adolescência prevalece o sentimento de invulnerabilidade, pelo que se tentaram abordar e enfatizar a reflexão de consequências a curto prazo e assim reforçar a responsabilidade individual e a perceção positiva do comportamento de saúde. As informações sobre as consequências a longo prazo foram transmitidas através da distribuição de panfletos (Apêndice 18).

No término da sessão foi distribuído pelos alunos um questionário (Apêndice 19), com a finalidade de avaliar os conhecimentos adquiridos e avaliar a sessão de educação. Os resultados obtidos revelaram a aquisição de conhecimentos, assim como a apropriação da atividade relativamente às expectativas dos alunos (Apêndice 20).

■ Realização e afixação de cartaz: “As nossas escolhas... têm consequências”

A afixação do cartaz desenvolvido e intitulado “As nossas escolhas... têm consequências” (Apêndice 21) sucedeu ao término da última sessão de educação para a saúde sobre a mesma temática. O cartaz impresso em vinil e aplicado em suporte rígido (tamanho 120X60cm) foi aplicado no espaço de convívio da escola, procedendo-se à afixação de uma cópia a cores do cartaz, num formato mais pequeno (tamanho A3), nas salas de aula dos alunos do 8º ano.

Com a exposição deste cartaz pretendeu-se dar continuidade à reflexão iniciada durante as sessões de educação para a saúde, transmitindo mensagens de forma a promover o desenvolvimento da responsabilidade e do pensamento crítico, como forma de promover escolhas positivas.

■ Criação de uma página no site da escola

A concretização desta atividade teve a parceria e colaboração do professor de informática da Escola A. O mesmo acrescentou um item na página do Agrupamento de Escolas para a divulgação do presente projeto de intervenção em meio escolar a todos os alunos, pais/encarregados de educação e comunidade em geral.

■ Divulgação do projeto e das atividades desenvolvidas na pagina da Escola

Foram publicados vários artigos (Apêndice 22) na página da escola, através dos quais se apresentou o projeto, a sua pertinência e as atividades desenvolvidas no seu decurso.

A comunicação para a saúde é, corroborando com a OE (2011, p. 14),

uma estratégia chave destinada a informar a população sobre questões de saúde (...). A utilização dos meios de comunicação e multimídia e outras inovações tecnológicas para disseminar informação de saúde entre a população, aumenta a consciência sobre aspectos específicos da saúde individual e coletiva e sobre a importância da saúde no desenvolvimento.

A mesma entidade afirma que a utilização das novas tecnologias de informação em programas de promoção da saúde reforça as mensagens de saúde e estimula a procura de mais informação, potenciando estilos de vida saudáveis.

Assim, o cumprimento desta atividade é considerado uma mais valia para a obtenção de resultados seguros e benéficos, na população alvo de intervenção com a implementação do projeto “JUCAT”.

■ Realização de um Artigo Científico

Foi elaborado um artigo científico (Apêndice 23) com o objetivo de divulgar o diagnóstico de saúde efetuado e comunicar as conclusões e os conhecimentos implícitos à investigação realizada.

6.3 Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

A implementação de um projeto de intervenção exige a mobilização de recursos humanos e materiais e financeiros. A otimização da sua utilização garante a eficácia e eficiência das atividades desenvolvidas e impede a obtenção de resultados positivos e favoráveis aos objetivos e metas traçadas. Desta forma, a previsão dos recursos, de natureza material e humana, assume um papel preponderante no sucesso de um projeto de intervenção.

No planeamento em saúde a definição e concordância entre os recursos humanos, materiais e financeiros é imprescindível (Imperatori & Giraldes, 1993). A elaboração do projeto de intervenção aqui apresentado impôs assim a realização de uma estimativa dos recursos necessários para efetivação das intervenções e atividades propostas. Este cômputo revelou-se uma mais valia, pois permitiu: a racionalização dos custos (pela otimização dos recursos auferidos); a reflexão sobre a mobilização, necessidade e imprescindibilidade de vários setores sociais (tendo em conta as necessidades identificadas na população, os objetivos almejados e as estratégias de ação); bem como a confirmação da operacionalidade e viabilidade do projeto.

Como **recursos humanos** na efetivação do projeto temos:

- A mestranda
- A coordenadora da UCC e Supervisora do Estágio Final

- A enfermeira da UCC responsável pelos Projetos de Saúde Escolar
- A equipa de enfermagem da UCC
- Diretores Coordenadores do Agrupamento de Escolas
- Professora responsável pelos PES
- Os elementos da equipa PES
- Os parceiros do AJE Livre
- Os professores/diretores de turma dos alunos envolvidos;
- Os alunos da Escola A
- Professor do Curso de Multimédia
- Professor de informática

Os **recursos materiais** envolvidos na consecução do projeto foram:

- Salas de aula das turmas envolvidas
- Sala de reuniões da UCC
- Computador portátil e ligação à internet
- Data show
- Máquina Fotográfica
- Câmara de Vídeo
- Impressora e fotocopadora
- Cartazes e Folhetos de informação e divulgação
- Viatura ligeira

6.4 Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

Reconhecendo que o adolescente, a par de todos os indivíduos, vive em constante interação com o meio que o rodeia, hospedando valores pessoais, fruto de influências familiares, escolares, sociais, políticas, económicas e culturais, próprias do contexto onde se insere, tornou-se inevitável a necessidade de estabelecer contactos, articulações e parcerias com outros profissionais e entidades ligadas ao setor da saúde e à comunidade. De facto, o elenco de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, reconhece que o enfermeiro em cuidados de saúde primários,

pela natureza dos cuidados que presta, actua adoptando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais.

Reconhece ainda a importância dos saberes/competências e conjugação dos esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo de saúde da população alvo, privilegiando o efetivo trabalho em equipa e em parceria (OE, 2015, p. 16482).

Os contactos com os mais diversificados setores e entidades foram estabelecidos desde o início da implementação deste projeto. Inicialmente, estabeleceu-se contacto e parceria com a Escola A, espaço considerado privilegiado para intervenções de promoção da saúde. Foram efetuadas várias reuniões com o diretor e/ou subdiretor do agrupamento de escolas que integra a Escola A e com a professora coordenadora do PES da referida escola, que decorreram em estreita articulação e colaboração. Esta parceria e intervenção em meio escolar permitiram articular com o pessoal docente, discente, família/encarregados de educação e comunidade envolvente. Foram ainda efetuadas reuniões e parcerias com outras entidades sociais de apoio a jovens, nomeadamente o AJE Livre (composto por vários setores da comunidade, tais como: UCC, Escola Segura, CPCJ, Agrupamento de escolas, GAAF e CRI Alentejo Central).

As parcerias efetuadas permitiram ainda a rentabilização de recursos (humanos, materiais e financeiros) e a reunião de esforços na procura de um objetivo comum. Acrescenta-se que, o cuidado em parceria efetiva possibilitou integrar diferentes perspetivas através da partilha de conhecimentos, saberes, experiências, capacidades e habilidades entre os mais diversos setores envolvidos. Como defendem (Gottlieb & Feely, 2005), esta partilha favorece o enriquecimento de todos os atores intervenientes no processo.

Consideramos assim que, com os contactos e entidades envolvidas, se garantiu uma abordagem sistémica e abrangente, o que contribuiu para o sucesso deste projeto de intervenção.

6.5 Análise da Estratégia Orçamental

A exequibilidade de qualquer projeto depende muito dos recursos financeiros disponíveis. Assim, é fundamental a determinação do custo real e totais do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

A estratégia orçamental utilizada baseou-se essencialmente na otimização dos recursos já existentes. Delinearam-se atividades com vista à utilização de material de apoio existente nas instituições envolvidas e foram atribuídos ao projeto recursos humanos já afetos ao programa de saúde escolar da UCC, à escola e à equipa do PES. Para o desenvolvimento e operacionalização inicial do projeto foram utilizadas as horas de enfermagem prestadas pela mestranda durante a realização do estágio. Estas estratégias permitem assim a viabilidade e continuidade do projeto, mesmo após o término do estágio final.

Após a análise dos recursos necessários foram determinados os custos de execução e operacionalização do projeto, como consta na Tabela 9.

Tabela 9: Orçamento afeto ao projeto

Recursos	Especificação (quantidade)	Orçamento
Material de Didático	Folhas de papel A4 (2000)	3,19€ x 4(resmas) = 12,76€
	Impressão a Cores (500)	300€
	Impressão a Preto e Branco (1000)	150€
	Cartazes (2)	100€
	Plastificação (20)	30€
Material de Apoio	Máquina Fotográfica (1)	Escola
	Câmara de Vídeo (1)	Escola
	Computador Portátil (1)	Escola
	Ligação à Internet	Escola/UCC
	Data Show (1)	Escola
Viatura ligeira	Combustível	0,36€/Km = 50€
Humanos	Enfermeiros (4h * 42sem)	10€/ hora = 1680€
TOTAL		2322,76€

O custo do projeto parece-nos assim diminuto quando comparado aos ganhos em saúde visados com a sua implementação. O investimento na promoção da saúde dos adolescentes é garantidamente uma mais valia para a Saúde Pública.

A adolescência é uma fase de experimentação natural, de crises, de conflitos, de ambivalências, de independência familiar e de associação ao grupo de pares. É ainda uma etapa marcada por novas oportunidades, às quais os adolescentes aderem pela sua perceção de invulnerabilidade e necessidade de desafios e confronto com o perigo (Silveira Araújo *et al*, 2009). Tudo isto pode acarretar consequências sociais e perdas em saúde, facto este evidente nos dados epidemiológicos que revelam que a maior parte dos problemas de saúde dos adolescentes são resultantes de comportamentos de risco adotados pelos mesmos.

Os dados da OMS (2017b) revelam que a maioria das causas de morte nos adolescentes são evitáveis e que grande número de mortes não tem origem biomédica, mas sim origem comportamental. Conclui-se, portanto, que são causas passíveis de prevenção através de boas políticas, bons cuidados de saúde, educação e apoio social.

De ressaltar ainda que, muitos dos comportamentos de risco que afetam a saúde não têm visibilidade imediata, de entre os quais se destaca a inatividade física, a alimentação

desadequada, o consumo de tabaco e o consumo de álcool. Estes indicadores de saúde são importantes para definir prioridades de saúde pública na adolescência. Os dados de morbidade permitem avaliar as muitas doenças e condições não fatais que se desenvolvem na adolescência e têm repercussões ao longo da vida ou então só se revelam tardiamente.

Em Portugal, entre os principais fatores de risco associados à carga de doença estão os hábitos alimentares, o fumo do tabaco e o consumo de álcool (DGS, 2015b).

Estes indicadores de saúde vão ao encontro do que a Dr^a Flavia Bustero (Diretora Geral adjunta da OMS), quando afirmou que os adolescentes estiveram ausentes dos planos nacionais de saúde durante décadas. A mesma alude que pequenos investimentos centrados na adolescência trarão resultados positivos no futuro, pelo desenvolvimento de adultos e gerações futuras saudáveis e capacitadas (OMS, 2017b).

A adolescência é, pois, um momento importante para promover estilos comportamentais saudáveis, pelo seu impacto na idade adulta. Muitos comportamentos relacionados à saúde e as condições subjacentes às principais doenças não-transmissíveis começam ou são reforçados durante este período de vida.

6.6 Cumprimento do Cronograma

Os cronogramas são gráficos bidimensionais, que representam e relacionam o horizonte temporal e as atividades que incorporam o projeto, possibilitando a visualização conjunta das diferentes tarefas que integram o mesmo “informando-nos, na fase preparatória, da acumulação ou distribuição de tarefas em determinados períodos e, durante a execução, do atraso e do avanço existentes na realização” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 155).

A realização do cronograma na fase de elaboração do projeto e preparação para a execução envolveu a reflexão aprofundada sobre os objetivos traçados e o tempo disponível para a sua realização. Tentou-se também contornar aspetos de sobrecarga de informação num curto espaço de tempo, sob o risco de desmotivação da população abrangida nas atividades. A data de cada atividade planeada foi criteriosamente definida, de forma a aumentar o interesse e a promover a adesão e a participação da população alvo. Teve-se ainda, em consideração, a premissa de iniciar as atividades partindo de conhecimentos gerais acerca do tabaco e do álcool, particularizando para sessões específicas onde se reflete sobre as escolhas e fatores que as condicionam, seguindo posteriormente para sessões onde se debatem sobre as consequências das nossas decisões. Estas estratégias organizacionais visaram a motivação dos envolvidos e a adesão ao projeto e consequentemente a comportamentos de saúde.

No decurso da operacionalização do projeto houve necessidade de alterar a data de uma sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos. A atividade estava programada para dezembro, no entanto, por culminar com o final do período letivo algumas turmas ainda se encontravam em fase de realização de exames e outras tinham agendadas atividades curriculares desportivas, inicialmente não previstas. Assim, considerando a participação em atividades desportivas uma mais valia e um fator protetor do consumo de substâncias e respeitando o bom funcionamento do calendário de exames escolares, houve necessidade de adiar a sessão programada para o mês consecutivo - janeiro.

Por ser considerado necessário esclarecer dúvidas e desmistificar crenças e mitos persistentes após a 1ª sessão, foi agendada e planeada à posteriori uma sessão de educação extra dirigida aos alunos do 8º ano. Esta foi implementada entre as duas sessões planeadas previamente, no sentido de manter a continuidade sequencial de conhecimentos.

Algumas atividades foram planeadas para decorrerem após o período de estágio da mes-tranda, pela dimensão que apresentam e pela necessidade de organização entre os vários setores. Fala-se do encontro/jornadas temáticas sobre o consumo de álcool e tabaco na adolescência. No entanto, as diligências necessárias para a sua prossecução foram iniciadas durante o período do estágio e estão a decorrer com a respetiva normalidade. Por necessidade de vários parceiros foi adiada a sua execução para o mês de maio/junho em data por definir.

Apenas uma atividade planeada não foi cumprida – a divulgação do projeto na rádio. Este cancelamento teve inerente inúmeras condicionantes inesperadas no decorrer do projeto. No entanto considera-se que este facto em nada prejudicou o sucesso das atividades e estratégias acionadas.

Posto isto, considera-se que o cronograma inicialmente definido foi maioritariamente cumprido, contando apenas com uma atividade planeada não cumprida. A análise detalhada do cumprimento do cronograma encontra-se no Apêndice 24.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE

Ao fundamentar a nossa intervenção no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender pretendeu-se mobilizar os adolescentes para a adoção de comportamentos de promoção da Saúde e desta forma alcançar resultados positivos na saúde e qualidade de vida da população alvo. Para conseguir este desfecho é fundamental capacitar os indivíduos, intervindo ao nível pessoal e individual, mas também ao nível de fatores ambientais (família, escola, comunidade, ...), reconhecendo nestes a influência para o compromisso com o comportamento de saúde. Assim, o sucesso do projeto, ou seja, o alcance dos objetivos propostos depende da qualidade da intervenção executada e do compromisso de todos os intervenientes com o plano de ação.

Evidenciou-se assim a necessidade de estabelecer um processo de avaliação contínua que permitisse refletir sobre as atividades desenvolvidas e os avanços conseguidos, rumo às metas e objetivos traçados. Como nos afirma Capucha (2008, p. 45) “a avaliação é o principal instrumento de apoio à replicação e reprodução alargada das boas práticas, porque permite compreender tanto os sucessos como os insucessos”. Em última instância, a avaliação serve “para alimentar os processos de planeamento e de decisão nas instituições. Retroalimentam-se com informações que permitem os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos pretendidos” (Campos, Faria & Santos, 2010, p.83).

7.1 Avaliação dos Objetivos

Na fase de realização do projeto, foram definidos indicadores de avaliação do mesmo. De acordo com Imperatori & Geraldi (1993, p.178) os indicadores “são os dados referentes às variáveis em estudo disponíveis através da captação direta do observador” e permitem-nos a conhecer a realidade e medir os avanços alcançados. Os mesmos autores fazem referência a vários tipos de indicadores: indicadores de impacto ou resultado (medem o resultado das atividades desenvolvidas). e indicadores de execução ou atividade (medem as atividades desenvolvidas).

Procede-se em seguida à avaliação dos objetivos operacionais/metapreviamente definidos, através dos indicadores de atividade estipulados, permitindo-nos uma avaliação global das atividades realizadas (Tabela 10).

Tabela 10: Avaliação dos objetivos operacionais

Objetivo Operacional/Meta	Indicador de atividade	Resultado
Participação de 85% dos alunos na Sessão de educação para a saúde: “As nossas escolhas...”	Percentagem de adesão da população alvo na sessão: Nº de alunos participantes/Número de alunos total X 100= = 62/62 X 100	100%
Participação de 85% dos alunos na Sessão de educação para a saúde: “As nossas escolhas... e os conhecimentos e expectativas acerca do álcool e tabaco”	Percentagem de adesão da população alvo na sessão: Nº de alunos participante/Número de alunos total X 100= = 62/62 X 100	100%
Participação de 85% dos alunos na Sessão de educação para a saúde: “As nossas escolhas... têm consequências”	Percentagem de adesão da população alvo na sessão: Nº de alunos participante/Número de alunos total X 100= = 62/62 X 100	100%
Participação de 50% dos encarregados de educação Sessão de educação para a saúde: “Sabia que...”	Percentagem de adesão da população alvo na sessão: Nº de encarregados de educação presentes/Número de total de encarregados de educação X 100 = 39/62 X 100	62,9%
Realização de 80% das atividades propostas	Percentagem de atividades realizadas: Nº de atividades realizadas/Nº de atividades planeadas X 100 = 11/10 X 100	110%
Distribuição de panfletos sobre tabaco a 100% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A	Percentagem de panfletos distribuídos Nº de panfletos distribuídos ao 8º ano/Nº de atividades total de alunos X 100 = 62/62 X100	100%
Que 40% dos alunos consigam identificar 3 fatores de risco para a experimentação de tabaco	Percentagem de alunos com resposta correta Nº alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100 = 59/62 X 100	95,16%
Que 40% dos alunos consigam identificar 3 fatores de risco para a experimentação de álcool	Percentagem de alunos com resposta correta Nº alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100 = 60/62 X 100	96,77%
Que 40% dos alunos consigam identificar 3 consequências do consumo de tabaco	Percentagem de alunos com resposta correta Nº alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100 = 57/62 X 100	91,94%
Que 40% dos alunos consigam identificar 3 consequências do consumo de álcool	Percentagem de alunos com resposta correta Nº alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100 = 61/62 X 100	98,39%
Que 40% dos alunos consigam identificar 2 consequências da embriaguez	Percentagem de alunos com resposta correta Nº alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100 = 60/62 X 100	96,77%
Que 80% das atividades desenvolvidas sejam divulgadas no site da escola	Percentagem de atividades divulgadas Nº de atividades realizadas/Nº de atividades divulgadas X100 = 7/10 X 100	70%

Ao observar a Tabela 10 constata-se que os objetivos operacionais propostos foram atingidos.

As avaliações dos indicadores de atividade referentes à adesão da população alvo revelaram resultados positivos. Para cada uma das sessões, direcionadas aos alunos do 8º ano, definiu-se uma meta de participação de 85% da população alvo, tendo sido atingida uma adesão

da totalidade dos alunos. No que diz respeito aos pais/encarregados de educação a meta pretendida foi de 50% de adesão, tendo-se conseguido uma participação superior, pelo que se considera ter alcançado o objetivo estabelecido. Constata-se desta forma, que as metas de adesão às atividades estabelecidas foram atingidas.

Na fase de elaboração do projeto foram programadas várias atividades, que envolveram várias técnicas e métodos de divulgação de conhecimentos e informação, de forma a criar um ambiente favorável à saúde dos adolescentes. Foi planeada a realização de 10 atividades durante a realização do estágio final. Das 10 atividades para este período apenas uma não foi executada – a divulgação do projeto na rádio. Assim, das atividades inicialmente propostas, foram realizadas 9, ou seja 90% das atividades delineadas no projeto. No entanto, pelas razões já descritas neste relatório foram efetivadas mais duas atividades que as calendarizadas inicialmente, surgindo uma taxa de realização de atividades efetuadas de 110%. O indicador de produtividade previsto foi desta forma atingido.

Foram ainda definidos indicadores de resultados das atividades efetuadas, resultantes da demonstração de conhecimentos dos alunos sobre álcool e tabaco. Também esta avaliação revelou resultados favoráveis e o cumprimento das metas estabelecidas.

Os resultados apresentados divulgam o sucesso das atividades implementadas no projeto desenvolvido. Importa agora verificar o impacto da intervenção executada nas taxas de prevalência dos comportamentos de consumo de álcool e tabaco, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola A.

Os objetivos propostos visam a diminuição das taxas de prevalência de comportamentos de consumo de álcool e tabaco, em pelo menos 10%, até 2019. Desta forma, e no intuito de observar as mudanças nos comportamentos e atitudes dos adolescentes envolvidos no projeto, e de verificar a necessidade de introdução de medidas corretivas, foi efetuada uma avaliação intermédia através da aplicação do questionário utilizado no diagnóstico de saúde.

Os resultados da avaliação intermédia efetuada junto da população alvo do projeto de intervenção comunitária em meio escolar implementado, revelam que: as taxas de prevalência dos comportamentos de consumo de álcool e tabaco dos alunos que na avaliação diagnóstica se encontravam no 7º ano de escolaridade e que no ano letivo em curso frequentam o 8º ano de escolaridade, são mais elevadas (Tabela 11).

Tabela 11: Comparação das taxas de prevalência dos comportamentos de consumo de álcool e tabaco obtidas no diagnóstico de saúde com os resultados alcançados na avaliação intermédia do projeto de intervenção implementado

	Prevalência em 2017 (Diagnóstico de saúde – alunos do 7º ano de escolaridade)	Prevalência em 2018 (Avaliação intermédia do projeto JUCAT – alunos do 8º ano de escolaridade)
Experimentação de tabaco	8,3%	29,09%
Consumo atual de Tabaco	5,6%	16,36%
Experimentação de álcool	19,4%	49,09%
Consumo atual de Álcool	0%	23,63%
Experimentação de Embriaguez	0%	7,27%

Estes resultados certificam a tendência de evolução natural dos indicadores dos problemas considerados prioritários e alvo de intervenção. E, apesar da ascensão das taxas de prevalência de todos os comportamentos de consumo em análise, consideram-se que os resultados obtidos foram bastante positivos, revelando o sucesso das estratégias de intervenção acionadas. De facto, e considerando como ponto de referência, as taxas de prevalências dos alunos do 8º ano de escolaridade, obtidas na primeira etapa do planeamento em saúde, depreendemos que as taxas de prevalência dos comportamentos de consumo analisados e conquistados na avaliação intermédia foram inferiores às taxas de prevalência estimadas/previstas para o respetivo ano de escolaridade (Tabela 12).

Tabela 12: Comparação das taxas de prevalência dos comportamentos de consumo de álcool e tabaco obtidas na avaliação intermédia com as taxas de prevalências estimadas e previstas

	Prevalência Estimada para 2018 (segundo a tendência de evolução natural)	Prevalência Desejavel (diminuição de 10%)	Prevalência Obtida 2018
Experimentação de tabaco	50%	40%	29,09%
Consumo atual de Tabaco	21,4%	12,4%	16,36%
Experimentação de álcool	69,6%	59,6%	49,09%
Consumo atual de Álcool	44,6%	34,6%	23,63%
Experimentação de Embriaguez	14,2%	4,2%	7,27%

De facto, a análise dos indicadores de impacto alcançados durante a avaliação intermédia revela a diminuição das taxas de prevalência, relativamente ao esperado para o 8º

ano de escolaridade, para todos os comportamentos de consumo. Apesar de não se ter atingido ainda os objetivos desejados no que concerne às taxas de prevalência do consumo atual de tabaco e da experimentação de embriaguez, a obtenção destes resultados é um dado adquirido e revelador do sucesso do modelo de intervenção acionado, na medida em que estes resultados, bastante positivos, foram atingidos num curto espaço de tempo.

Contudo, a obtenção destes resultados não deve diminuir o compromisso de todos os intervenientes com o plano de ação estipulado, mas sim reforçar o investimento em atividades que envolvam de forma mais ativa a comunidade envolvente e as autoridades reguladoras competentes, de forma a garantir o encaixe dos objetivos definidos.

7.2 Avaliação da Implementação do Programa

A efetivação do diagnóstico de saúde efetuado tornou visível a necessidade de uma intervenção comunitária em meio escolar direcionada aos adolescentes do 3º ciclo. A elevada adesão dos adolescentes a comportamentos de consumo de álcool e tabaco, expondo-os a possíveis danos físicos, sociais, mentais e psicológicos, bem como a análise dos determinantes destes comportamentos exigiu uma intervenção multissetorial, articulada e com um objetivo comum: criar um ambiente favorável à saúde, mobilizando os adolescentes a adoção de comportamentos de saúde.

Ao apresentar o projeto de intervenção comunitária em meio escolar: Comportamentos de risco na adolescência - o consumo de tabaco e o consumo de álcool à equipa de enfermagem da UCC, este foi valorizado e aceite como uma mais valia para os projetos da unidade. Esta concordância teve por base a necessidade anteriormente percebida da equipa de enfermagem da UCC, consubstanciada à inexistência de uma monitorização destes comportamentos de risco na unidade onde decorreu a intervenção. De facto, o diagnóstico de saúde efetuado permitiu o reconhecimento de especificidades individuais e contextuais locais, essenciais no momento de demandar estratégias de promoção e prevenção da qualidade de vida do adolescente e dirigir e implementar ações de enfermagem direcionadas a estes e outros comportamentos de risco identificados. A continuidade da implementação do projeto é uma garantia da enfermeira coordenadora da UCC e da Enfermeira responsável pela Saúde Escolar.

A aceitação, empenho e disponibilidade do agrupamento de escolas, da equipa do PES e de todos os parceiros sociais envolvidos também foi revelador do reconhecimento das potencialidades do projeto desenvolvido. Foi sem dúvida esta visão multifacetada da situação

que potenciou o desenvolvimento de estratégias abrangentes e dinâmicas e garantiu o alcance dos objetivos traçados.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) a qualidade dos cuidados prestados pode-se calcular em várias dimensões: a eficácia (a melhoria do estado de saúde da população na prática), a eficiência (relação entre os resultados e os recursos utilizados), a adequação (pertinência das atividades relativamente às necessidades da população), satisfação (se os cuidados agradam aos seus destinatários). Face ao exposto neste relatório podemos afirmar que a intervenção acionada foi eficaz (avaliada pela diminuição das taxas de prevalências dos comportamentos de consumo de álcool e tabaco), eficiente (pela rentabilização de recursos exercida) e adequada (pela ação direcionada aos determinantes identificados no diagnóstico de saúde). Ao analisar os resultados dos questionários de avaliação das sessões, podemos também declarar que as atividades efetuadas agradaram à população alvo.

7.3 Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas

Avaliar “implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 169). A avaliação contínua de um projeto de intervenção permite que, durante a fase de execução, sejam implementadas medidas corretivas para melhorar a qualidade, eficácia e eficiência das intervenções planeadas.

A avaliação do presente projeto de intervenção foi efetuada de forma contínua e materializada no final de cada atividade executada. Desta forma, ao realizar a avaliação da primeira sessão de educação para a saúde, foi notória a necessidade de planear uma sessão de educação para a saúde intermédia. Apesar da sessão ter tido uma avaliação positiva da parte dos alunos, foi visível a permanência de dúvidas no final da sessão, bem como a existência de expectativas positivas face ao álcool e ao tabaco, fruto de crenças, mitos e conhecimentos culturalmente enraizados. Foram então planeadas mais duas atividades, uma dirigida aos alunos do 8º ano do 3ºciclo (sessão de educação para a saúde intitulada “As nossas escolhas... e os conhecimentos e expectativas acerca do álcool e tabaco”) e outra direcionada a toda a comunidade escolar (estendal dos “mitos e verdades sobre o álcool e o tabaco”). Deu-se assim resposta a uma lacuna identificada.

A reflexão sobre o melhor momento para a realização das sessões, de forma a garantir a participação e motivação da população foi uma constante. Pelo que, pela imprevisibilidade de alguns acontecimentos houve a necessidade de reajustar a data de uma das sessões de educação para a saúde inicialmente programada e de adiar a data do encontro temático programado.

Como nos recorda Imperatori & Giraldes (1993) a especificação detalhada das atividades de um projeto não é definitiva, assumindo uma dimensão dinâmica e flexível, permitindo modificações no seu decurso como forma de luta contra o inesperado e imprevisível.

A avaliação intermédia efetuada revelou um aumento da adesão dos alunos do 8º ano a comportamentos de saúde. No entanto, isso não indica o fim da avaliação constante, exigindo um compromisso persistente na implementação das intervenções programadas ao longo do período de implementação do projeto.

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

É pela tomada de decisão e na ação que nascem e se desenvolvem competências.

Ser competente permite ao sujeito ser autónomo em relação ao uso do saber, possibilita-lhe activar recursos (conhecimentos, capacidades, estratégias) em diversos tipos de situações, nomeadamente situações problemáticas. Ser competente será ser capaz de recorrer ao que se sabe para se realizar o que se deseja/projecta. O indivíduo competente será aquele que, num determinado domínio, enfrenta eficazmente uma situação inesperada, mobilizando e conjugando saberes, saberes-fazer e técnicas (Dias, 2010, p. 75).

O conjunto de competências do domínio do Enfermeiro Especialista corporiza-se na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e competências específicas numa área de intervenção de enfermagem.

Em seguida é efetuada uma análise reflexiva e crítica sobre o processo de mobilização, desenvolvimento e aquisição de competências comuns do domínio do Enfermeiro Especialista e de competências específicas do domínio do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no decorrer da Unidade Curricular Estágio Final.

8.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista enquadram-se num conjunto de competências partilhadas por qualquer enfermeiro detentor do título de especialista, independentemente do contexto de prestação de cuidados de saúde.

De acordo com o regulamento nº 122/2011 da OE são quatro os domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente: “responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2011, p. 8649).

No decurso da experiência clínica aqui em reflexão e análise foram mobilizadas competências de todos os domínios acima referidos.

O cuidado de enfermagem consiste na prestação de cuidados de enfermagem a um indivíduo, grupo ou comunidade. Esta intervenção profissional fundamenta-se numa tomada de decisão e concretiza-se numa ação. É pela decisão e pela ação que o enfermeiro responde no âmbito da responsabilidade profissional em enfermagem (Fernandes, 2010). Todas as tomadas

de decisão inerentes à implementação do projeto de intervenção comunitária em meio escolar Comportamentos de risco na adolescência - o consumo de tabaco e o consumo de álcool, tiveram como base os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. De facto, o projeto de intervenção comunitária foi submetido à aprovação da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora que emitiu parecer favorável. Não obstante foram ainda, promovidas práticas que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nomeadamente através do recurso ao consentimento informado aos pais/encarregados de educação e aos adolescentes no momento da aplicação dos questionários, bem como da garantia de confidencialidade e anonimato.

O consentimento informado “decorre do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa. Está assim ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal” (OE, 2015, p. 227) e constitui o Artigo 84º do Código deontológico do enfermeiro (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro). Por sua vez, o Artigo 85º do referido código deontológico exige do enfermeiro o dever de sigilo (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro). Assim, todo o processo de tomada de decisão intrínseco à realização do projeto Comportamentos de risco na adolescência - o consumo de tabaco e o consumo de álcool foi gerido, junto da equipa multidisciplinar, de forma a manter a segurança, a privacidade e a dignidade das pessoas envolvidas.

Foi ainda, com o respeito permanente pelos direitos humanos e pelas responsabilidades inerentes à profissão que se executaram todas as intervenções de enfermagem, fundamentadas em evidência científica e avaliadas sistematicamente, garantindo as melhores práticas de promoção da saúde e prevenção da doença.

Considera-se assim, que no exercício da prática clínica divulgada foram mobilizados os saberes do primeiro domínio de competências comuns do Enfermeiro Especialista, “o *domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*” (OE, 2011, p. 8649).

O diagnóstico de saúde efetuado permitiu a caracterização das necessidades específicas da população estudada, bem como reconhecimento de especificidades do cenário local. A partir desta identificação foram definidas prioridades, definidos objetivos, traçadas metas e definidas estratégias com vista à melhoria contínua da qualidade. A compreensão dos determinantes identificados e a evidência das especificidades individuais e contextuais possibilitou ainda a reavaliação de projetos em curso, no sentido de implementar medidas de melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Considera-se assim, que foi desempenhado um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação

clínica, pela conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria da qualidade, bem como pela criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro. Isto é, foram recrutados conhecimentos e desenvolvidas “*competências do domínio da melhoria contínua da qualidade*” (OE, 2011, p. 8649).

A incorporação dos conhecimentos relativos à “*competência do domínio da gestão dos cuidados*” (OE, 2011, p. 8649), foi uma constante durante todo o processo de intervenção, na medida em que foram otimizadas as respostas da equipa de enfermagem e efetuada uma adequada rentabilização de recursos humanos, materiais e financeiros, sem nunca descurar a qualidade dos cuidados.

A natureza dos cuidados de enfermagem assenta no relacionamento interpessoal. Este relacionamento surge como resposta disciplinar e profissional à vivência/experiência de saúde de indivíduos, famílias, grupos e/ou comunidades. No desenrolar desta relação enfermeiro-utente, o enfermeiro

mobiliza conhecimentos teóricos, mas também se utiliza a si próprio como instrumento terapêutico (...). Assim, poderemos distinguir o domínio técnico, onde incluímos o conhecimento adquirido e perícia e o domínio de ordem pessoal que compreende as características de cada um, dado que a relação interpessoal pressupõe que o enfermeiro se implique com aquilo que é como pessoa (Pereira & Botelho, 2014, p.62)

Também Tanner (2006) faz referência a vários fatores que influenciam o conhecimento que se desenvolve na ação cuidativa. Ela refere que a tomada de decisão e os cuidados prestados sofrem a influência do conhecimento do enfermeiro (diferente no enfermeiro principiante e no enfermeiro experiente), mas também das suas perspetivas filosóficas e dos seus valores.

No decurso da unidade curricular Estágio Final, a consciencialização da influência do “eu” na relação profissional exigiu (e exige no dia-a-dia profissional) uma reflexão constante, no intuito de identificar fatores de interferência na relação enfermeiro-utente e na relação com a equipa multidisciplinar e parceiros sociais. De facto, a identificação de sentimentos de insegurança provocados pela inexperiência em cuidados de saúde primários, enquanto limite e possível fator perturbador da relação estabelecida com os adolescentes, equipa de enfermagem, professores e parceiros foi essencial no decorrer de todo o processo, pois conduziu à manifestação de medos e receios com a equipa de enfermagem, ao esclarecimento de dúvidas e a um investimento acentuado sobre as melhores práticas e técnicas de promoção da saúde. O reconhecimento dos limites, dos recursos, das capacidades e habilidades da mestranda foi fundamental para o sucesso da relação interpessoal estabelecida, mas também uma mais valia e uma

garantia na excelência dos cuidados de enfermagem. Aliado a este autoconhecimento surgiu a constante atualização técnico científica e a permanente busca de conhecimento com vista a uma tomada de decisão e a uma ação fundamentada em padrões de conhecimento atuais e pertinentes. A importância da reflexão sobre a ação e da atualização contínua e formação permanente é circunscrita no Artigo 88º do código deontológico, onde se assume a excelência do exercício como um dever do enfermeiro (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro).

Desta forma, e reconhecendo que este percurso está apenas no início e nunca terá fim, considera-se ter adquirido e demonstrado “*competências do domínio das aprendizagens profissionais*” (OE, 2011, p. 8649).

8.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Aliadas às competências comuns de especialista, adquiriram-se, mobilizaram-se e demonstraram-se saberes do perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Na retaguarda desta mobilização esteve a articulação entre o conhecimento adquirido no período de formação teórica e o exercício profissional desenvolvido em contexto real de prática de cuidados (Unidade Curricular Estágio Final), cujo produto final foi a conceção e implementação do projeto de intervenção comunitária em meio escolar Comportamentos de risco na adolescência - O consumo de tabaco e o consumo de álcool.

A prestação de cuidados do detentor profissional do título académico de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tem como foco de atenção

as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e *Empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (OE, 2015, p. 16482).

A primeira competência atribuída ao Enfermeiro Especialista do referido campo de atuação é: “*Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*” (OE, 2011, p. 8667). A efetivação desta competência engloba todas as etapas da metodologia do Planeamento em Saúde, sob as quais foi desenvolvido e implementado o Projeto JUCAT.

Através da elaboração do diagnóstico de saúde direcionado aos comportamentos de risco dos alunos do 3º ciclo da Escola A, foi possível avaliar o estado de saúde deste grupo

populacional e identificar os seus determinantes, dos quais se destacaram fatores individuais, familiares, escolares e sociais. Foram assim, identificados indicadores epidemiológicos, determinadas as necessidades de saúde deste grupo populacional e reconhecidas as relações de causalidade entre os diferentes comportamentos de risco avaliados. Em seguida, foram definidas prioridades de intervenção em saúde, sob a tutela de critérios objetivos e previamente definidos e em conformidade com as orientações estratégicas do PNS Revisão e Extensão a 2020 e do PNSE 2015. Na definição de prioridades foi considerada a opinião dos vários setores sociais e estruturas de apoio à adolescência.

Terminada a definição de prioridades foram formulados objetivos pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, como forma de calcular mudanças na melhoria do estado de saúde da comunidade. Para dar resposta aos objetivos propostos foram definidas estratégia de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas, promovendo a participação ativa do grupo populacional envolvido e estabelecendo parcerias de atuação com diversos setores da sociedade, com a finalidade de promover a eficácia das intervenções. A elaboração de estratégias firmou-se nos determinantes identificados, nos aspetos socioculturais da comunidade onde se interveio e na rentabilização de recursos disponíveis, abonando assim, a favor da eficiência da implementação do projeto. A monitorização e avaliação do projeto de intervenção implementado foi uma constante, com recurso a indicadores de atividade e resultado, de forma a equacionar reformulações e quantificar a obtenção de ganhos em saúde. Conclui-se assim com sucesso, a mobilização da primeira competência específica do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

A conceção e implementação do Projeto JUCAT, colimou: “*Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades*” (OE, 2011, p. 8667), segunda competência atribuída ao ramo de especialidade em Enfermagem Comunitária de Saúde Pública.

A capacitação e empoderamento de grupos e comunidades tem como finalidade promover a aquisição de habilidades pessoais e sociais em grupos e comunidades de forma a aumentar a sua autoeficácia na gestão e controlo da sua própria saúde. Nesta perspetiva

o cidadão, entendido como central no Sistema de Saúde, é um importante agente de participação e de mudança. Por isso, tem o direito e o dever de influenciar as decisões em política de saúde que afetam coletivamente a população (...). Do mesmo modo, o cidadão deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva. Para exercê-la, o cidadão tem que estar informado, tem que interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e, quando for o caso, na gestão da sua doença (DGS, 2015a, p. 14)

Como bilhete de acesso à capacitação da população de adolescentes para o exercício da cidadania, desenhou-se o projeto de intervenção JUCAT. O mesmo visou uma abrangência multissetorial, através de parcerias entre a rede social, escolar e saúde. Estas, permitiram desenvolver competências de gestão, liderança e desenvolver um papel dinamizador, envolvendo todos os parceiros em torno de um objetivo comum. O assumir deste papel exigiu a aquisição e o desenvolvimento de competências comunicacionais, garantindo a boa transmissão de informação (resultados, reflexões, conclusões, ...) e a participação e motivação dos agentes sociais recrutados.

O recurso às novas tecnologias e a estratégias de marketing como instrumentos de disseminação de informação permitiram o enlace com a faixa etária abordada, motivando a participação de todos. A informação transmitida colidiu com as necessidades específicas identificadas numa perspetiva de aproximação às expectativas dos adolescentes, promovendo a reflexão pessoal e em grupo. A avaliação do processo e dos resultados das atividades de informação obteve resultados positivos. Fica assim demonstrada a aquisição da segunda competência específica do domínio da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O Projeto JUCAT aqui exposto e alvo de reflexão, foi concebido, planeado e implementado em consonância com o Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Este tem como objetivo “maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis” (DGS, 2015a, p. 8) e uma das metas estabelecidas para 2020 é “reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental” (DGS, 2015a, p. 23). Também o PNSE 2015, considera imprescindível “a necessidade de assegurar um elevado nível de saúde da comunidade escolar, através da orientação e coordenação das atividades de promoção da saúde e prevenção da doença em contexto escolar” (DGS, 2015, p. 20). Um dos eixos estratégicos do PNSE é a “capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável” (DGS, 2015, p. 23), em diversas áreas de intervenção, nomeadamente a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas.

Verificando que uma das unidades de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é participar na “coordenação, promoção e implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2011, p. 8669), considera-se desenvolvida, adquirida e mobilizada a terceira competência específica: “*Integra a coordenação dos Programas de*

Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2011, p. 8667).

Por fim, no que diz respeito à competência: “*Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico*” (OE, 2011, p. 8667), podemos afirmar que a sua mobilização foi uma importante ferramenta de apoio no desenrolar de todo o projeto implementado. No sentido de contextualizar a excelência do auxílio obtido, procede-se à concetualização de epidemiologia:

A Epidemiologia estuda as manifestações de doença e de saúde, bem como os seus determinantes, nas populações e em grupos, através do modo como se distribuem nestes; mas actualmente, a sua definição inclui também a aplicação do conhecimento obtido, no controlo das doenças e na protecção e na promoção da saúde das populações (Briz, 2009, p. 42).

Assim, através da realização do diagnóstico de saúde efetuado, procedeu-se à vigilância epidemiológica dos comportamentos de risco nos alunos do 3º ciclo da Escola A. E, pela interpretação dos indicadores fornecidos, e com recurso a técnicas estatísticas específicas, foram identificados problemas prevalentes, reconhecidos determinantes e fatores de risco, considerados fundamentais no momento da tomada de decisão sobre as estratégias e as intervenções a aplicar para diminuir a adesão da população estudada a comportamentos de risco. A monitorização do perfil epidemiológico deve continuar com os resultados obtidos com a intervenção efetuada e a sua divulgação pode gerar conhecimento em saúde pública.

Terminado todo este processo de mobilização de saberes e habilidades pessoais e profissionais, em torno do contexto específico onde decorreu a ação, na resolução de uma problemática complexa, consideram-se adquiridas as competências comuns e específicas do domínio do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Considera-se que a reflexão sobre a ação, exigida com este relatório, contribuiu de forma profunda para a consciencialização da mestranda no que diz respeito às competências adquiridas, assim como para criar, mobilizar e divulgar conhecimentos em enfermagem.

8.3 Competências de Mestre em Enfermagem

A atribuição do grau de mestre é concedida a quem possui conhecimentos e capacidade de compreensão, desenvolvida e aprofundada em contextos de investigação; sabe aplicar os seus conhecimentos, a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em contextos

complexos e multidisciplinares na sua área de atuação; a quem é capaz de integrar conhecimentos e lidar com questões complexas e desenvolver soluções; a quem é capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara; e a quem demonstre competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada e autónoma (Decreto-Lei Nº115/2013 de 7 de agosto).

Pelo exposto ao longo deste relatório consideram-se adquiridas e mobilizadas as competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

9. CONCLUSÃO

A adolescência compreende uma faixa etária onde ocorrem grandes transformações físicas. Começa-se a delinear o tão almejado corpo de adulto, desenvolve-se a capacidade de raciocínio e assumem-se novas posições sociais. A procura desmedida de independência, autonomia e identidade pessoal, juntamente com o desejo de experienciar novas sensações, coloca o adolescente numa posição vulnerável para determinados comportamentos de risco. De facto, são inúmeros os comportamentos de risco associados à adolescência, nomeadamente: envolvimento em situações de violência, tentativas de suicídio, consumo de tabaco, consumo de álcool e drogas ilícitas, hábitos alimentares desadequados, atividade física reduzida, entre outros. Estes comportamentos de risco têm associação com as características pessoais dos adolescentes, bem como com particularidades familiares, escolares, sociais e ambientais.

Pode desta forma dizer-se que, os comportamentos de risco são as ações de um determinado indivíduo, exercidas sob influências internas e externas, que por sua vez podem acarretar consequências físicas, sociais e mentais negativas.

De facto, os indicadores de morbidade e mortalidade dos adolescentes revelam estreita relação com os comportamentos adotados, exigindo a monitorização contínua destes comportamentos de risco, a identificação e compreensão dos determinantes dos mesmos, a realização de um diagnóstico de saúde específico, para posterior conceção, planeamento, participação, coordenação, dinamização e avaliação de projetos de intervenção, que invistam na capacitação e empoderamento individual e coletivo das comunidades estudadas. Este é o papel a desempenhar pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo sido estes os objetivos propostos para a realização do Estágio Final.

Assim, utilizando a metodologia de planeamento em saúde identificou-se a prevalência de vários comportamentos de risco na comunidade escolar onde decorreu a experiência clínica e efetuou-se um diagnóstico de saúde. A amostra, constituída por 149 adolescentes do 3º ciclo da Escola A, com uma média de idade de 14 anos, exibiu adesão a múltiplos comportamentos de risco. Foi determinada a relação entre estes comportamentos e várias variáveis explicativas (idade, sexo, ano de escolaridade, reprovação escolar, envolvimento com a escola, a família e os amigos), constatando-se que, os comportamentos de risco apresentados têm associação com características pessoais dos adolescentes, bem como com particularidades familiares, escolares,

sociais e ambientais. Verificou-se ainda a relação e sobreposição de alguns comportamentos de risco, o que tornou este fenómeno bastante preocupante.

Após criteriosa análise e reflexão sobre os problemas de saúde encontrados, foi necessário estabelecer prioridades e definir qual a área de intervenção específica para implementação do projeto. As elevadas taxas de prevalência de experimentação e consumo atual de tabaco e de álcool e experimentação de embriaguez na população em estudo, muito acima dos valores apresentados a nível nacional, bem como a sua associação na adoção de outros comportamentos de risco à saúde e a sua influência nos indicadores de morbidade e mortalidade desta faixa etária, estimularam ao desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária em contexto escolar direcionado aos Comportamentos de risco na adolescência - O consumo de tabaco e o consumo de álcool.

Assim, definiu-se como objetivo geral do projeto implementado: aumentar a não adesão a comportamentos de consumo de tabaco e de álcool, em pelo menos 10 % dos alunos que frequentam o 8º ano do 3º ciclo, da Escola A, até junho de 2019. No intuito de o alcançar foram aclamadas estratégias de promoção da saúde, que incluíram o envolvimento ativo dos adolescentes e a participação e sensibilização da escola, da família e da comunidade. Podemos pois, afirmar que os pontos fortes deste projeto foram a inclusão e participação efetiva dos adolescentes e o envolvimento participativo de outros alunos da escola, proporcionando uma cultura escolar favorável à adoção de comportamentos de saúde. Acreditamos que a participação dos jovens nas ações implementadas foi uma mais valia, permitindo a aquisição de conhecimentos e competências e fortalecendo a consciência crítica e reflexiva, tão importante no momento de decidir e enfrentar os múltiplos fluxos sociais. Outro fator de sucesso e fundamental foi o desenvolvimento de parcerias com entidades locais, consideradas elementares para uma abordagem abrangente, eficaz e eficiente.

Considera-se ainda que o presente estudo constituiu uma mais valia para a comunidade em estudo, na medida em que não se encontrou nenhum estudo sobre esta problemática na escola em análise. No entanto, considera-se que o desenvolvimento do estudo apenas a uma escola se declarou como uma limitação, pois impossibilitou o realce de alguns apanágios específicos do cenário escolar em causa.

Os resultados da avaliação efetuada foram bastante positivos. Todavia, o projeto carece de mais investimento em atividades de sensibilização da comunidade envolvente e de decisores públicos, no sentido de dificultar o acesso fácil a estas drogas. Algumas atividades para colmatar esta carência estão programadas, no entanto, por limitação de tempo não foram

realizados no decurso do Estágio Final. A continuidade do projeto é, no entanto, uma garantia da equipa da UCV-VV.

Pelo exposto, consideram-se atingidos os objetivos propostos, cruciais para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, assim como do Grau de Mestre em Enfermagem. A prevenção de comportamentos de consumo de álcool e tabaco é um desafio para os enfermeiros. Estes, têm o dever de assumir uma atitude proactiva através da investigação e formação contínua nesta área, afim de melhorar a qualidade dos cuidados.

Este relatório de estágio é uma retrospectiva, reflexiva e crítica das atividades desenvolvidas e do seu contributo na aquisição, mobilização e desenvolvimento de competências na área específica do conhecimento em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Foi um período envolvido num turbilhão de medos e emoções, avanços e recuos. A dificuldade em conseguir realizar os objetivos em tão curto espaço de tempo foi bastante ampliado pela demora da autorização para utilização e aplicação do questionário. Porém, é assumido um balanço positivo deste percurso, pelo desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional adquiridos, bem como pela mobilização de competências específicas essenciais para o início do caminho da excelência dos cuidados de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2011). *Modelos e Teorias em Enfermeria*. 7ª Edição. Barcelona: Elsevier Espanha S.L.
- Alves, C. F., & Dell’Aglío, D. D. (2015). Apoio Social e Comportamentos de Risco na Adolescência. *Psico Porto Alegre*. 46(2), 165-175. Acedido a 21 de maio de 2017, disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/18250>
- Andrade, A.L.M., Micheli, D. & Silva (2014). Neurociências do abuso de drogas em adolescentes. In T.M. Ronzani & P.S. Silveira (organizadores). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar (25-37)*. Juiz de Fora: Editora UFJF
- Armas, E.G & Hernández, H.M. (2006). *Porque hacemos lo que hacemos? Dimensiones básicas de la motivacion*. Santa Cruz de Tenerife: Edições Ideia.
- Barbosa, A.J.G., Pereira, C.E.S. & Oliveira, J.C. (2014). Prevenção escolar ao uso de drogas por adolescentes: Intervenções que funcionam. In T.M. Ronzani & P.S. Silveira (organizadores). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar (49-64)*. Juiz de Fora: Editora UFJF
- Barroso, T.M.M.D.A., Mendes, A.M.O.C. & Barbosa, A.J.F. (2013). Programa De Prevenção Do Uso/Abuso De Álcool Para Adolescentes Em Contexto Escolar: Parar Para Pensar. *Escola Anna Nery revista de Enfermagem*. 17(3), 466-473
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bezzerra, J., Lopes, A. S., Hardman, C. M., Tassitano, R. M., Tenório, M. C. M. & Barros, M. V. G. (2015). Consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo: associação com inatividade física no lazer e comportamento sedentário. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*. 8(1), 1-6.

- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Brener, N., Kann, L., Shanklin, S, Kinchen, S., Eaton, D., Hawkins, J., & Flint, K. (2013). Methodology of the youth risk behavior surveillance system-2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 62(1), 1-23. Acedido 25 de maio de 2017, disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6201a1.htm>
- Brito, I., Precioso, J. A. G., Correia, C., Albuquerque, C. Samorinha, C., Cunha-Filho, H. & Becoña, H. (2015). Fatores associados ao consumo de álcool na adolescência em função do género. *Psicologia, Saúde & Doenças*.16(3), 392-410. Acedido a 10 de junho de 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/42424>
- Briz, T. (2009). Epidemiologia e Saúde Pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (Número especial 25 anos), 31-50. Obtido em Fevereiro de 2017. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-25-anos/03%20aniv.pdf>
- Campos, F.C.C., Faria, H.P. & Santos, M.A. (2010). Planejamento e avaliação das ações em saúde. Editora Coopmed. 2º edição. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>
- Capucha, L. (2008). *Planeamento e Avaliação de Projetos - Guião pratico*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/planeamento_e_avaliacao_de_projects_-_guiao_pratico_capucha_2008.pdf
- Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Association with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*. 30, 51-62.
- Casela, A.L.M., Monteiro, E.P., Freitas, J.V.T. & Silveira, P.S. (2014). As práticas de prevenção ao uso de drogas no Brasil. In T.M. Ronzani & P.S. Silveira (organizadores). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar* (39-48). Juiz de Fora: Editora UFJF

- Carvalho, A., Carvalho, G.S. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures. Lusociência. Acedido em 13 de outubro de 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/5396>
- Costa, P.M.A. (2009). *Comportamentos de Saúde dos Adolescentes Escolarizados: um estudo efectuado com alunos do 3º ciclo e do ensino secundário*. (Dissertação de mestrado em Educação Área de Especialização Educação para a Saúde, ministrado pela Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia). Disponível no repositório da Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/11520>
- Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril. (1998). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República 1.ª Série – A, N.º 93, 21 de abril de 1998. (1739-1755).
- Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho (2006). Equipa de cuidados continuados integrados. Diário da República 1.ª Série – A, N.º 109, (06-06-2006) 3856-3865. Acedido a 7 de abril. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/18627/38563866.pdf>
- Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. Diário da República 1.ª Série, N.º 38, (22-02-2008) 1182-1189. Acedido a 7 de abril. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>
- Decreto-Lei nº115/2013 de 7 de agosto (2013). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República 1.ª Série, N.º 151 (07-08-2013) 4749-4772
- Dias, I.S. (2010), Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. 14(1), 73-78.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2013). Programa Nacional Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 22 de maio de 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo.aspx>

- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). *Plano Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 22 de maio de 2017. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015a). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 18 de março de 2018. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015b). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 18 de março de 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>
- Faial, L.C.M., Silva, R.M.C.R.A., Pereira, E.R., Souza, L.M.C., Faial, C.S.G. & Candengo, E.S.N. (2016). Vulnerabilidades na adolescência: Um campo oportuno para a prática da saúde: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 10(9), 3473-3482. DOI: 10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201636
- Feijão, F. (2015). *Estudos sobre os consumos de Álcool, Tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências – 2015*. Sumário Executivo. EDATD_CAD/2015 (ESPAD-Portugal/2015). Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Documents/2016/SICAD_ECATD_15_Sumário_Executivo.pdf
- Feijó, B.R. & Oliveira, É. A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria* (77) (2), 125-134. Acedido em 5 de junho de 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54698/000386001.pdf>
- Ferreira, M. & Nelas, P.B. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Millenium- revista do ISPV*. 32, 141-162 <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf>
- Ferreira, S. M. O. (2014). *Promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco para a saúde na adolescência*. (Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Instituto Politécnico de Santarém – ago-18 | Página 111

- Escola Superior de Saúde de Santarém). Disponível no repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/1202>
- Ferreira, M., Chitas, V., Silva, S. & Silva, R. (2013). Hábitos tabágicos dos jovens do 9º ano: estereótipos sobre fumadores, fatores familiares, escolares e de pares e a relação com o consumo de tabaco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31(1), 108-114.
- Fernandes, S.J.D. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: Do Problema aos Fundamentos para o Agir*. (Tese de Doutoramento). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>
- Fernandes, M. A. M. (2012). *A influencia da auto estima, das competências emocionais e dos comportamentos de saúde no bem-estar psicológico do adolescente*. (Dissertação de mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Filosofia de Braga.). Disponível no repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/13655>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Família – Uma Abordagem Colaborativa em enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociências.
- Franco, G.R. & Rodrigues, M.C. (2014). Ensino de Habilidades de vida: uma estratégia de prevenção e promoção da saúde na adolescência. In T.M. Ronzani & P.S. Silveira (organizadores). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar* (71-90). Juiz de Fora: Editora UFJF
- Fuemmeler, B. (2004). Promotion of Health Behaviours. In R.T. Brown (Editor). *Handbook of Pediatric Psychology in School Settings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. <https://the-eye.eu/public/Books/Medical/texts/Handbook%20of%20Pediatric%20Psychology%20in%20School%20Settings%20-%20R.%20Brown%20%28ed.%29%20%28LEA-2004%29%20WW.pdf>
- Gomes, V.L.O. & Mendes, F.R.P. (2009). Representações de adolescentes Luso brasileiros acerca do conceito de “Risco”: Subsídios para actuação de enfermagem. *Revista*

- Eletrônica de Enfermagem*. 11(3), 688-694. Acedido em 5 de junho de 2017. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a29.pdf
- Gottlieb, L., & FEELY, N. (2005). *The collaborative partnership approach to care: a delicate balance*. Toronto: Elsevier Canada
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.^a ed., Lisboa: Obras avulsas.
- Lei n.º111/2009 de 16 de setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril. Diário da Republica I Série, Nº 180 (16-09-2009) 6528-6550
- Lirio, L.C. (2012). A construção histórica da adolescência. *Revista Eletrônica do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Protestantismo da Faculdades EST*. 28, 72-79. Acedido em 21 de maio de 2017, disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/nepp>
- Lopes, F.; Cunha, S.M.; Zibetti, M. & Bizarro, L. (2014). Padrão de consumo e expectativas em relação ao cigarro entre universitários. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*. 15(2), 439-453. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n2/v15n2a09.pdf>
- Lopes, G.T., Bernardes, R.M., Acauan, L.V. & Felipe, I.C.V. (2007). Álcool e Tabaco na Adolescência: Modelo de Prevenção Primária. *Interagir: pensando a extensão*. 11, 29-35.
- Loureiro, L.M.J., Barroso, T.M.M.D.A., Mendes, A.M.O.C., Rodrigues, M. A. Oliveira, R.A.A.N. & Oliveira, N.R.N. (2013). Literacia Em Saúde Mental De Adolescentes e Jovens Portugueses Sobre Abuso De Álcool. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 17 (3). 474-481. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452013000300474&script=sci_abstract&tlng=pt
- Macêdo, V. P. R. (2015). *Família e comportamentos de Risco*. (Dissertação de mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, em Ciências de Enfermagem). Repositório Aberto da Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/81915>

- Malta, D.C., Machado, I.E., Porto, D. L., Silva, M.M.A., Freitas, P.C., Costa, A.W.N. & Oliveira-Campo, M. (2014). Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 203-214. DOI: 10.1590/1809-4503201400050016
- Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Porto, D. L., Barreto, S. M. & Neto, O. L. M. (2014). Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*. 48(1), 52-56.
- Matos, M.G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & Equipa Aventura Social (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão – Dados nacionais de 2014*. Equipa Aventura Social. Lisboa.
- Melo, C.C., Pichelli, A. A. W. S. & Ribeiro, K.C.S. (2016). Um estudo comparativo entre o consumo de álcool e tabaco por adolescentes: fatores de vulnerabilidade e suas consequências. *Inter Scientia*. 4(1), 21-30
- Meyer, L, & Cahill, H. (2004). *Principles for school drug education*. Canberra, Austrália: Department of Education, Science & Training. Acedido a 20 de março de 2018. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED536216.pdf>
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures, Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8653. Disponível em: <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento n.º 128/2011 - Regulamento das Competências Comuns Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011) 8667-8669.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (19 de junho de 2015). Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série, N.º 118 (19-06-2015) 16481-16486.

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. ISBN 978-989-8444-30-1.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg: Switzerland. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS], (2017). Adolescent health. Acedido a 3 de junho de 2017, disponível em: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2017a). Tobacco. Acedido a 3 de junho de 2017. disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2017b). More than 1.2 million adolescents die every year, nearly all preventable. Acedido a 3 de junho de 2017. disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearly-adolescent_deaths/en/
- Paiva, F.S. & Costa, P.H.A. (2014). Participação Juvenil: uma alternativa para se abordar o uso de drogas no espaço escolar. In T.M. Ronzani & P.S. Silveira (organizadores). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar* (113- 132). Juiz de Fora: Editora UFJF
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Practice Nursing*. 6ª Edição. Pearson
- Pereira, P. & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. 18 (2 2), 61-73. Disponível em:
http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4_61_73.pdf
- PORDATA (2018). Acedido em 2 de fevereiro de 2018. Disponível em:
<https://www.pordata.pt/>
- Queirós, P.J.P. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(3), 776–781. Acedido a 1 de abril de 2018. Disponível em;
http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00776.pdf

- Rocha, A., Capela, A., Grilo, C., Almeida, C., Valente, G. & Coimbra, J. (2013). Evolução da saúde escolar em Portugal: Revisão da legislação no âmbito da saúde. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 45(18), 193210. Acedido a 27 de Março de 2017. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8162>
- Ribeiro, S. R. T. (2011). *Percepção da pressão de pares na tomada de decisão dos adolescentes*. (Dissertação de mestrado Integrado em Psicologia – Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, ministrada na Universidade de Lisboa faculdade de Psicologia). Disponível no repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/4856>
- Salci, M.A., Maceno, P., Rozza, S.G., Silva, G.M.G.V., Boehs, A.E. & Heidemann, I.T.S.B. (2013). Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*. 22(1), 224 - 230. Acedido em 10 de outubro de 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27
- Stanhope, M., Lencaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na comunidade Centrados na População*. (7ª ed.). Loures: Lusociência
- Sartes, L.M.A., Gumier, A.B., Fernandes, L.R. & Ferreira, L.M. (2014). *Fatores de risco e proteção para o uso de álcool e outras drogas*. In T.M. Ronzani & P.S. Silveira (organizadores). *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar* (91-111). Juiz de Fora: Editora UFJF
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M. & Silvares, E.F.M. (2010). Adolescência através dos Séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 26(2), 227-234. Acedido a 20 de maio de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a04v26n2.pdf>
- Silveira Araújo, E.D., Blankb, N. & Ramos, J.H. (2009). Comportamentos de risco à saúde de adolescentes do ensino médio. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 22(3), 164-171. Acedido a 21 de maio de 2017, disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40812007006>
- Simões, S. M. R. (2005). *Comportamentos de Risco na Adolescência - Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. (Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor no ramo de

- Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação). Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em UTL repositório. <http://hdl.handle.net/10400.5/6812>
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*. July. 45(6), 204-11
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Teixeira, C.C., Guimarães, L.S.P. & Echer, I.C. (2017). Fatores associados à iniciação tabágica em adolescentes escolares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 38(1), 1-9.
- Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. G. & Simões, C. (2015). Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco – Modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 16(1), 23-34.
- Vitor, J. F., Lopes, M.V.O. & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*. 18(3), 235-240.
- Zappe, J.G. (2014). *Comportamentos de risco na adolescência: aspetos pessoais e contextuais*. (Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de psicologia). Disponível no Repositório Digital UFRGS Lume. <http://hdl.handle.net/10183/115076>
- Zappe, J. G. & Dell' Aglio, D. D. (2016). Adolescência em diferentes contextos de desenvolvimento: risco e proteção em uma perspectiva longitudinal. *Psico Porto Alegre*. 47(2), 99-110. Acedido a 20 de maio de 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.21494>

ANEXOS

Anexo 1

Inquérito por Questionário Comportamentos de Risco (Versão Portuguesa 2007)

**Questionário de Comportamentos de Risco
(Versão Portuguesa 2007)**

Este questionário é sobre comportamentos de Saúde. Foi feito para que tu nos digas o que fazes que pode afetar a tua saúde. A informação que nos darás irá ser usada para melhorar a Educação para a Saúde no contexto escolar.

O que te pedimos é que penses um pouco sobre cada questão e respondas com o máximo de rigor, objetividade e honestidade. Só assim os resultados terão interesse efetivo.

O questionário é **anónimo e confidencial** – em nenhuma parte escrevas o teu nome ou qualquer outra informação que permita identificar-te individualmente.

Não respondas o que pensas que deves responder. Por favor responde com base no que realmente fazes.

PODES COMEÇAR!

1. **Que idade tens?** _____ anos.

2. **Qual o teu sexo?**

Feminino

Masculino

3. **Qual a situação dos teus pais?**

Vivem juntos/ casados

Vivem separados

Estão divorciados

Outra. _____

4. **Qual a escolaridade dos teus pais?**

Pai Mãe

 Sem instrução

 Não completou a primária

 Completou a primária

 Completou o 6º ano

 Completou o 9º ano

 Completou o 12º ano

 Completou um curso técnico-profissional

 Completou um curso superior

 Não sei

5. **Com quem vives?**

Com ambos os pais

Apenas com um dos pais. Qual? _____

Com um dos pais e uma nova família

Com familiares próximos

Colégio

Outra situação

6. **Em que ano estás matriculado?** _____ ano de escolaridade.
7. **Durantes os últimos 12 meses, como é que descreverias o teu rendimento escolar?**
- Muito bom
 - Bom
 - Suficiente
 - Insuficiente
8. **Já reprovaste alguma vez?**
- Sim
 - Não
9. **Se SIM, em que ano(s)?**
- 1º ciclo (1º, 2º, 3º, 4º)
 - 2º ciclo (5º, 6º)
 - 3º ciclo (7º, 8º, 9º)
10. **Quanto é que pensas que as pessoas na Escola (ex. professores, funcionários ou outros adultos) se preocupam contigo?**
- Nada
 - Mais ou menos
 - Muito
11. **Este ano, sentes que fazes parte da escola?**
- Sim, sempre
 - Por vezes
 - Nunca
12. **Com que frequência os professores da escola tratam os alunos de forma justa?**
- Quase nunca
 - Por vezes
 - Na maioria das vezes
13. **Este ano, na Escola, tens tido problemas a relacionar-te com outros alunos?**
- Com todos eles
 - Com alguns deles
 - Com um ou dois
 - Não, eu dou-me bem com os outros alunos
14. **Este ano, na Escola, já te sentiste provocado ou ameaçado por outros estudantes?**
- Sim, frequentemente
 - Sim, algumas vezes
 - Não, nunca

15. **Com quem é que tu falas quando tens um problema ou quando te sentes preocupado com alguma coisa?** *(Assinala a(s) resposta(s) adequadas a ti)*

- Mãe ou Madrasta
- Pai ou Padrasto
- Irmã
- Irmão
- Tio ou Tia
- Avô ou Avó
- Outro parente
- Amigo
- Professor
- Psicólogo
- Padre/ Pastor/ Sacerdote
- Outro. _____
- Com ninguém

16. **Quem repara em ti (ex. quem te compreende, conforta pergunta o que está a correr mal) quando estás preocupado ou zangado com alguma coisa?**

- Mãe ou Madrasta
- Pai ou Padrasto
- Irmã
- Irmão
- Tio ou Tia
- Avô ou Avó
- Outro parente
- Amigo
- Professor
- Psicólogo
- Padre/ Pastor/ Sacerdote
- Outro. _____
- Com ninguém

17. **Em geral como diras que é a tua saúde?**

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Fraca
- Muito fraca

18. **Quanto medes?** _____

19. **Quanto pesas?** _____

As próximas 6 questões referem-se à tua segurança.

- 20. Quando andaste de mota, nos últimos 12 meses, quantas vezes usaste capacete?**
- Eu não andei de mota nos últimos 12 meses
 - Nunca usei capacete
 - Raramente usei capacete
 - Algumas vezes usei capacete
 - Na maioria das vezes eu usei capacete
 - Usei sempre capacete
- 21. Quando andaste de bicicleta, nos últimos 12 meses, quantas vezes usaste capacete?**
- Eu não andei de bicicleta nos últimos 12 meses
 - Nunca usei capacete
 - Raramente usei capacete
 - Algumas vezes usei capacete
 - Na maioria das vezes eu usei capacete
 - Usei sempre capacete
- 22. Com que frequência usas cinto de segurança quando conduzes um carro?**
- Eu não conduzo carros
 - Eu nunca uso cinto de segurança
 - Raramente uso cinto de segurança
 - Algumas vezes uso cinto de segurança
 - Na maioria das vezes uso cinto de segurança
 - Eu uso sempre cinto de segurança
- 23. Com que frequência usas cinto de segurança quando é outra pessoa que vai a conduzir o carro?**
- Nunca
 - Raramente
 - algumas vezes
 - Na maioria das vezes
 - Sempre
- 24. Nos últimos 30 dias, quantas vezes andaste de carro ou outro veículo que era conduzido por uma pessoa que tinha bebido álcool?**
- 0 vezes
 - 1 vez
 - 2 ou 3 vezes
 - 4 ou 5 vezes
 - 6 ou mais vezes
- 25. Nos últimos 30 dias, quantas vezes conduziste um carro ou outro veículo quando tu tinhas bebido álcool?**
- 0 vezes
 - 1 vez
 - 2 ou 3 vezes
 - 4 ou 5 vezes
 - 6 ou mais vezes

As próximas 8 questões referem-se a comportamentos relacionados com violência.

- 26. Alguma vez andaste com uma arma, tal como um revólver, uma faca ou um canivete?**
- Sim
 - Não (Vai para a questão nº 28)
- 27. Nos últimos 30 dias, quantos dias andaste com uma arma, tal como um revólver, uma faca ou um canivete?**
- 0 dias
 - 1 dia
 - 2 ou 3 dias
 - 4 ou 5 dias
 - 6 ou mais dias
- 28. Nos últimos 30 dias, quantos dias faltaste á escola porque te sentias inseguro na escola ou no caminho para a escola?**
- 0 dias
 - 1 dia
 - 2 ou 3 dias
 - 4 ou 5 dias
 - 6 ou mais dias
- 29. Nos últimos 12 meses quantas vezes estiveste envolvido numa luta física?**
- 0 vezes (vai para a questão nº 32)
 - 1 vez
 - 2 ou 3 vezes
 - 4 ou 5 vezes
 - 6 ou 7 vezes
 - 8 ou 9 vezes
 - 10 ou 11 vezes
 - 12 ou mais vezes
- 30. Nos últimos 12 meses, quantas vezes estiveste envolvido numa luta física em que ficaste magoado e em que tiveste de receber tratamento médico ou de enfermagem?**
- 0 vezes
 - 1 vez
 - 2 ou 3 vezes
 - 4 ou 5 vezes
 - 6 ou mais vezes
- 31. Nos últimos 12 meses, quantas vezes estiveste envolvido em lutas físicas dentro dos espaços pertencente à escola?**
- 0 vezes
 - 1 vez
 - 2 ou 3 vezes
 - 4 ou 5 vezes
 - 6 ou 7 vezes
 - 8 ou 9 vezes
 - 10 ou 11 vezes

32. Nos últimos 12 meses, foste agredido ou magoado fisicamente pelo teu namorado ou namorada de propósito?

- Sim
- Não

33. Alguma vez foste forçado fisicamente a ter atos de intimidade ou atos sexuais contra a tua vontade?

- Sim
- Não

As próximas 5 questões referem-se a sentimentos de tristeza e a tentativas de suicídio. Por vezes, as pessoas sentem-se tão deprimidas acerca do futuro que podem pensar em tentar o suicídio ou seja podem fazer alguma coisa par por fim à sua própria vida.

34. Nos últimos 12 meses, alguma vez te sentiste tão triste ou sem esperança por quase todo o dia, durante 2 ou mais semanas seguidas, ao ponto de teres deixado de fazer algumas atividades que habitualmente realizavas?

- Sim
- Não

35. Nos últimos 12 meses, alguma vez pensaste em te magoares intencionalmente ou em te suicidares?

- Sim
- Não (vai para a questão nº 39)

36. Nos últimos 12 meses, consideraste seriamente a possibilidade de suicídio?

- Sim
- Não

37. Nos últimos 12 meses, fizeste um plano sobre como te irias suicidar?

- Sim
- Não

38. Nos últimos 12 meses, quantas vezes tentaste realmente suicidar-te?

- 0 vezes
- 1 vez
- 2 ou 3 vezes
- 4 ou 5 vezes
- 6 ou mais vezes

As próximas 11 questões referem-se ao uso do tabaco.

39. Alguma vez experimentaste fumar cigarros, mesmo que apenas uma ou 2 passas?

- Sim
- Não

40. Que idade tinhas quando fumaste um cigarro inteiro pela primeira vez?

- Eu nunca fumei um cigarro inteiro (vai para a questão nº 48)
- 8 anos ou menos
- 9 ou 10 anos
- 11 ou 12 anos
- 13 ou 14 anos
- 15 ou 16 anos
- 17 ou mais anos

41. Nos últimos 30 dias, quantos dias fumaste cigarros?

- 0 dias
- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- 6 a 9 dias
- 10 a 19 dias
- 20 a 29 dias
- Todos os 30 dias

42. Nos últimos 30 dias, nos dias em que fumaste, quantos cigarros fumaste por dia?

- Não fumei cigarros nos últimos 30 dias
- menos de 1 cigarro por dia
- 1 cigarro por dia
- 2 a 5 cigarros por dia
- 6 a 10 cigarros por dia
- 11 a 20 cigarros por dia
- Mais de 20 cigarros por dia

43. Nos últimos 30 dias, como é que habitualmente arranjaste os teus cigarros? (selecciona apenas uma opção)

- Não fumei cigarros nos últimos 30 dias
- Comprei-os numa loja, tal como uma tabacaria ou supermercado
- Comprei-os numa máquina
- Dei dinheiro a alguém para me os comprar
- Pedi ou cravei um cigarro a alguém
- Uma pessoa com 18 anos ou mais deu-mos
- Tirei-os de uma loja ou peguei em cigarros de uma pessoa da família
- Tive acesso a eles de outra forma qualquer

44. Quando compraste ou tentaste comprar cigarros numa loja nos últimos 30 dias, pediram-te um documento comprovativo da tua idade?

- Não tentei comprar cigarros numa loja
- Sim, pediram-me um documento comprovativo da idade
- Não, não me pediram para mostrar um comprovativo da idade

45. Nos últimos 30 dias, quantos dias fumaste cigarros nos espaços pertencentes à escola?

- 0 dias
- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- 6 a 9 dias
- 10 a 19 dias
- 20 a 29 dias
- Todos os 30 dias

46. Algumas vez fumaste cigarros diariamente, ou seja, pelo menos um cigarro todos os dias por 30 dias?

- Sim
- Não

47. Nos últimos 12 meses, alguma vez tentaste deixar de fumar cigarros?

- Não fumei cigarros durante os últimos 12 meses
- Sim
- Não

48. Quantas horas no último dia (24 horas) estiveste exposto ao fumo de cigarros de outros fumadores?

- Não estive exposto ao fumo de cigarros no último dia
- Menos de 1 hora
- Entre 1 a 3 horas
- Entre 3 e 5 horas
- Entre 5 e 7 horas
- Mais de 7 horas

49. Quando começaste a fumar, foi com alguma das seguintes pessoas?

- Nunca fumei
- Com o(a) namorado (a)
- Com amigos (as)
- Com um familiar
- Sozinho

As próximas 6 questões referem-se ao consumo de álcool, o que inclui beber cerveja, vinho, bebidas brancas e licores (vodka, Crusiers, Rum, Gin, Whiskey e Shots ou misturas de bebidas alcoólicas). Para estas questões, beber álcool não inclui beber pequenos goles para fins religiosos.

50. Que idades tinhas quando bebeste álcool pela primeira vez para além de goles?

- Nunca bebi álcool (vai para a questão nº 56)
- 8 anos ou menos
- 9 ou 10 anos
- 11 ou 12 anos
- 13 ou 14 anos
- 15 ou 16 anos
- 16 ou mais anos

51. Nos últimos 30 dias, quantos dias bebeste pelo menos uma bebida alcoólica?

- 0 dias
- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- 6 a 9 dias
- 10 a 19 dias
- 20 a 29 dias
- Todos os 30 dias

52. Nos últimos 30 dias, quantos dias bebeste 5 ou mais bebidas alcoólicas seguidas, ou seja, sem um espaço de 4 horas entre elas?

- 0 dias
- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- 6 a 9 dias
- 10 a 19 dias
- 20 a 29 dias
- Todos os 30 dias

53. Nos últimos 30 dias, quantas vezes ficaste embriagado(a)?

- 0 dias
- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- 6 a 9 dias
- 10 a 19 dias
- 20 a 29 dias
- Todos os 30 dias

54. Quando bebeste pela 1ª vez uma bebida alcoólica, foi com alguma das seguintes pessoas?

- Com o(a) namorado (a)
- Com amigos (as)
- Com um familiar
- Sozinho

55. Nos últimos 30 dias, quantos dias bebeste pelo menos uma bebida alcoólica nos espaços pertencentes à escola?

- 0 dias
- 1 ou 2 dias
- 3 a 5 dias
- 6 a 9 dias
- 10 a 19 dias
- 20 a 29 dias
- Todos os 30 dias

As próximas 4 questões referem-se ao consumo de marijuana. A marijuana é também conhecida por erva, cannabis, maconha ou haxixe.

56. Que idade tinhas quando experimentaste marijuana pela 1ª vez?

- Nunca experimentei marijuana (vai para a questão nº60)
- 8 anos ou menos
- 9 ou 10 anos
- 11 ou 12 anos
- 13 ou 14 anos
- 15 ou 16 anos
- 17 ou mais anos

57. No último ano, quantas vezes consumiste marijuana?

- 0 vezes
- 1 a 2 vezes
- 3 ou 9 vezes
- 10 ou 19 vezes
- 20 ou 39 vezes
- 40 ou 99 vezes
- 100 ou mais vezes

58. Nos últimos 30 dias, quantas vezes consumiste marijuana?

- 0 vezes
- 1 a 2 vezes
- 3 ou 9 vezes
- 10 ou 19 vezes
- 20 ou 39 vezes
- 40 ou mais vezes

59. Nos últimos 30 dias, quantas vezes consumiste marijuana nos espaços pertencentes à escola?

- 0 vezes
- 1 a 2 vezes
- 3 ou 9 vezes
- 10 ou 19 vezes
- 20 ou 39 vezes
- 40 ou mais vezes

As próximas 12 questões referem-se à cocaína e OUTRAS DROGAS

60. Alguma vez experimentaste alucinogénios, tal como LSD, ácido, ecstasy ou cogumelos?

- Sim
- Não (vai para a questão nº62)

- 61. Durante a tua vida, quantas vezes consumiste alucinogénios, tal como LSD, ácido, ecstasy ou cogumelos?**
- 1 ou 2 vezes
 - 3 a 9 vezes
 - 10 a 19 vezes
 - 20 a 39 dias
 - 40 ou mais vezes
- 62. Alguma vez “snifaste” cola, componentes de sprays, ou inalaste tintas para ficares “pedrado”?**
- Sim
 - Não (vai para a questão nº64)
- 63. Durante a tua vida, quantas vezes “snifaste” cola, aspirastes sprays, ou inalaste tintas para ficares “pedrado”?**
- 1 ou 2 vezes
 - 3 a 9 vezes
 - 10 a 19 vezes
 - 20 a 39 dias
 - 40 ou mais vezes
- 64. Alguma vez já experimentaste alguma droga ilegal para além de marijuana, cola ou alucinogénios (como speed, cocaína, crack, heroína)?**
- Sim
 - Não (vai para a questão nº66)
- 65. Durante a tua vida, quantas vezes consumiste alguma dessas drogas ilegais (como speed, cocaína, crack, heroína)?**
- 1 ou 2 vezes
 - 3 a 9 vezes
 - 10 a 19 vezes
 - 20 a 39 dias
 - 40 ou mais vezes
- 66. Alguma vez tomaste esteroides em comprimidos ou injeções sem receita médica?**
- Sim
 - Não (vai para a questão nº68)
- 67. Durante a tua vida, quantas vezes tomaste esteroides em comprimidos ou injeções sem receita médica?**
- 1 ou 2 vezes
 - 3 a 9 vezes
 - 10 a 19 vezes
 - 20 a 39 dias
 - 40 ou mais vezes
- 68. Alguma vez usaste uma seringa para injetar uma droga ilegal no teu corpo?**
- Sim
 - Não (vai para a questão nº70)

69. Durante a tua vida, quantas vezes usaste uma seringa para injetar uma droga ilegal no teu corpo?

- 1 vez
- 2 ou mais vezes

70. Nos últimos 12 meses, alguém te ofereceu, vendeu ou deu uma droga ilegal nos espaços pertencentes à escola?

- Sim
- Não

71. Quando experimentaste pela 1ª vez uma droga ilegal, foi com alguma das seguintes pessoas?

- Nunca experimentei drogas ilegais
- Com o(a) namorado (a)
- Com amigos (as)
- Com um familiar
- Sozinho

As próximas 8 questões referem-se ao comportamento sexual

72. Alguma vez tiveste relações sexuais?

- Sim
- Não (vai para a questão nº80)

73. Que idade tinhas quando tiveste pela primeira vez uma relação sexual?

- 11 anos
- 12 anos
- 13 anos
- 14 anos
- 15 anos
- 16 ou mais anos

74. Durante a tua vida, com quantas pessoas tiveste relações sexuais?

- 1 pessoa
- 2 pessoas
- 3 pessoas
- 4 pessoas
- 5 pessoas
- 6 ou mais pessoas

75. Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas tiveste relações sexuais?

- Tive relações sexuais, mas não nos últimos 3 meses
- 1 pessoa
- 2 pessoas
- 3 pessoas
- 4 pessoas
- 5 pessoas
- 6 ou mais pessoas

76. Da última vez que tiveste relações sexuais, tinhas bebido álcool ou consumido drogas antes?

- Sim
- Não

77. Da última vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro/parceira usaram preservativo?

- Sim
- Não

78. Da última vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro/parceira usaram algum método para evitar uma gravidez? *(Assinala a(s) resposta(s) adequada (s) a ti).*

- Nenhum método foi usado para prevenir uma gravidez
- A pilula
- Preservativo
- Coito interrompido
- Algum outro método
- Não tenho a certeza

79. Quantas vezes é que ficaste grávida ou engravidaste alguém?

- 0 vezes
- 1 vez
- 2 ou mais vezes
- Não tenho a certeza

As próximas 7 questões referem-se ao peso corporal

80. Como é que describes o teu peso?

- Muito baixo peso
- Ligeiramente baixo
- O peso certo
- Ligeiramente elevado
- Muito peso

81. O que é que estás a tentar fazer acerca do teu peso?

- Perder peso
- Ganhar peso
- Manter peso
- Não estou a tentar fazer nada acerca do meu peso

82. Nos últimos 30 dias, praticaste exercício para perder ou evitar peso?

- Sim
- Não

83. Nos últimos 30 dias, comeste menos, ingeriste menos calorias ou alimentos pobres em gordura para perder peso ou para evitar ganhar peso?

- Sim
- Não

84. Nos últimos 30 dias, estiveste sem comer 24 horas ou mais (também chamado jejum) para perder peso ou para evitar ganhar peso?

- Sim
- Não

85. Nos últimos 30 dias, tomaste algum comprimido, pós ou líquidos sem conselho médico, para perder peso ou evitar ganhar peso (não incluas produtos para substituir refeições, como “SLIM FAST” ou “HERBALIFE” ou “SKIMFORM”)?

- Sim
- Não

86. Nos últimos 30 dias, vomitaste ou tomaste laxantes para perder peso ou para evitar ganhar peso?

- Sim
- Não

As próximas 5 questões referem-se a alimentos que habitualmente comes ou bebes.

87. **Como é que descreves o teu padrão alimentar?** *(Por favor, assinala apenas uma resposta)*

- Como alimentos variados, incluindo produtos de origem animal
- Como ovos, lacticínios, peixe e frango, mas evito outras carnes
- Como ovos e lacticínios, mas evito todas as carnes e peixe
- Como ovos, mas evito lacticínios, todas as carnes e peixes
- Como lacticínios, mas evito ovos, todas as carnes e peixes
- Não como produtos de origem animal
- Outro

88. **Em média, quantas doses de fruta (fresca, enlatada ou cozinhada) comes por dia?** Não incluas sumos de fruta ou frutas secas ou cristalizadas. (Uma dose = a uma peça média. OU 2 pedaços pequenos de fruta OU meia chávena de fruta cozinhada).

- Não como fruta
- Menos de uma dose por dia
- 1 dose por dia
- 2 doses por dia
- 3 ou mais doses por dia

89. **Em média, quantas doses de vegetais (frescos, enlatados ou congelados) comes por dia?** Não incluas sumos de vegetais. (Uma dose = uma batata média OU meia chávena de vegetais cozinhados OU uma chávena de salada vegetais).

- Não como vegetais
- Menos de uma dose por dia
- 1 dose por dia
- 2 doses por dia
- 3 doses por dia
- 4 ou mais doses por dia

90. Nos últimos 7 dias, quantos copos de leite (1 copo = 250ml) bebeste?

- Não bebi leite nos últimos 7 dias
- 1 a 3 copos nos últimos 7 dias
- 4 a 6 copos nos últimos 7 dias
- 1 copo por dia
- 2 copos por dia
- 3 copos por dia
- 4 ou mais copos por dia

91. Nos últimos 5 dias de aulas, em quantos dias é que não comeste, nem bebeste nada antes de ir para a escola?

- 0 dias
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias

As próximas 5 questões referem-se à atividade física

92. Em quantos dos últimos 7 dias praticaste exercício físico ou participaste em atividades físicas, durante pelo menos 20 minutos, em que transpiraste e ficaste com a respiração mais acelerada, tais como: basquetebol, futebol, correr, nadar, andar de bicicleta rapidamente, dança rápida ou atividades de aeróbica semelhantes?

- 0 dias
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias

93. Em quantos dos últimos 7 dias praticaste exercício físico ou participaste em atividades físicas, durante pelo menos 30 minutos, que não te fizeram transpirar ou respirar mais rapidamente, tais como andar, andar calmamente de bicicleta?

- 0 dias
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias

94. Em quantos dos últimos 7 dias é que fizeste exercício para fortalecer ou tonificar os teus músculos, tais como abdominais, flexões ou levantamento de pesos?

- 0 dias
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias

95. Em geral, num dia de escola, quantas horas por dia vês televisão?

- Não vejo televisão nos dias em que tenho escola
- Menos de 1 hora por dia
- 1 hora por dia
- 2 horas por dia
- 3 horas por dia
- 4 horas por dia
- 5 ou mais horas por dia

96. Em geral, numa semana de aulas, quantos dias vais às aulas de Educação Física?

- 0 dias
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias

97. Em geral numa aula de Educação Física, quantos minutos realmente gastas a realizar exercício físico ou a praticar desporto?

- Não faço aulas de Educação Física
- Menos de 10 minutos
- De 10 a 20 minutos
- 21 a 30 minutos
- 41 a 50 minutos
- 51 a 60 minutos
- Mais de 60 minutos

98. Nos últimos 12 meses, em quantas equipas de desporto jogaste?

- 0 equipas
- 1 equipa
- 2 equipas
- 3 ou mais equipas

99. Nos últimos 30 dias, foste visto por um enfermeiro ou por um médico devido a alguma lesão causada pela prática de exercício físico ou atividade desportiva?

- Não pratiquei exercício físico nem desportos nos últimos 30 dias
- Sim
- Não

A próxima questão refere-se à Educação sobre a SIDA

100. Alguma vez foste ensinado sobre a SIDA ou VIH na Escola?

- Sim
- Não
- Não tenho a certeza

A próxima questão refere-se ao uso dos serviços de saúde dentária

101. Quando foi a última vez que foste a uma consulta de dentista para fazer exame de rotina, outro exame, limpeza de dentes ou outro tratamento dentário?

- Nos últimos 12 meses
- Nos últimos 12 a 24 meses
- Há mais de 24 meses
- Nunca
- Não tenho a certeza

As próximas 4 questões referem-se à proteção solar. Nós queremos saber o que é que fizeste no último verão para te protegeres do sol

102. Com que frequência é que usaste protetor solar quando estiveste ao ar livre no último verão?

- Nunca
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

103. Com que frequência usaste chapéu para prevenires queimaduras do sol no último verão?

- Nunca
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

104. Com que frequência é que usaste roupa para te protegeres de queimaduras do sol?

- Nunca
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

105. Com que frequência é que usaste uma sombra para te protegeres de queimaduras do sol?

- Nunca
- Algumas vezes
- Frequentemente
- Sempre

E finalmente;

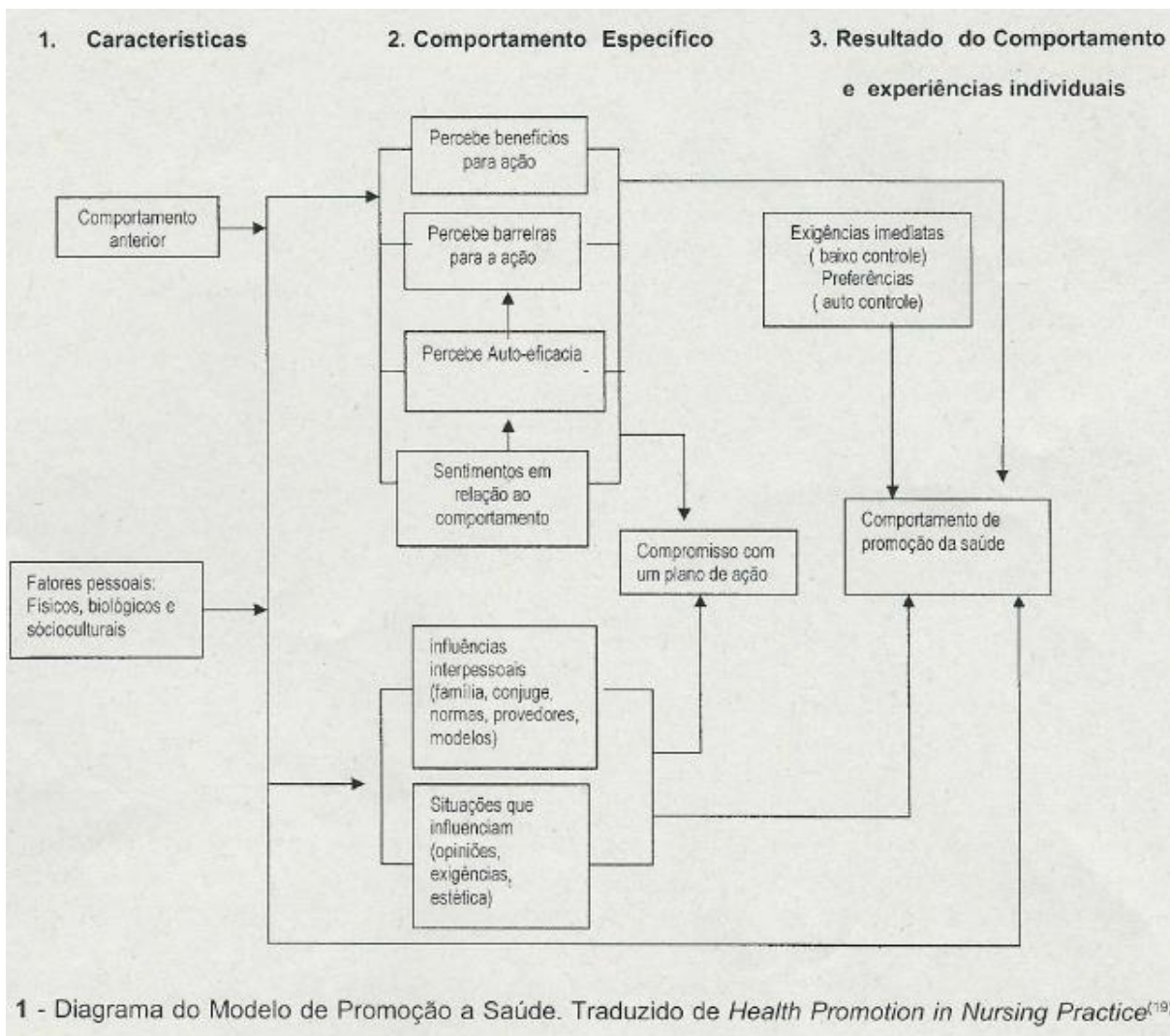
106. Gostaríamos que nos disseses o quanto apreciaste responder a este questionário?

- Gostei das questões e ficaria satisfeito por voltar a responder novamente
- Foi normal, não me importaria de responder novamente
- Foi normal, não gostaria de responder novamente
- Foi muito mau, odiaria voltar a responder

Muito obrigada pela tua colaboração

Anexo 2:

Diagrama de representação do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*⁽¹⁹⁾

Fonte: Vitor, J. F., Lopes, M.V.O. & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*. 18(3), 235-240. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

Anexo 3

Aprovação da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora



Documento 1 7 0 0 2

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes, Professora Doutora Sandra Leandro e Prof. Doutor Jorge Araújo, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Os comportamentos de risco em adolescentes do 3.º ciclo, na Escola*", dos investigadores Prof.ª Doutora Ana Paula Belo (Responsável) e mestranda Cármen Dolores Roque Agostinho.

Universidade de Évora, 18 de Dezembro de 2017

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo 4

Autorização da Autora para Utilização do Questionário Comportamentos de Risco (Versão Portuguesa 2007)

Gmail - Pedido de autorização para utilização do questionário YRBS - Versão portugu... Page 1 of 2



CARMEN DOLORES ROQUE AGOSTINHO <carmenagostinho@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização do questionário YRBS - Versão portuguesa

2 mensagens

CARMEN DOLORES ROQUE AGOSTINHO <carmenagostinho@gmail.com>

19 de maio de 2017
11:22

Para: olgasantos@iol.pt

Exma Sr^a Dr^a Olga Santos

Eu, Carmen Dolores Roque Agostinho, enfermeira no Hospital do Espírito Santo de Évora, a realizar Mestrado em enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, em associação entre cinco escolas (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias), sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Belo e da Supervisora Enfermeira Vanda Falcato, vem por este meio solicitar a V. Ex.^a, autorização para a utilização do questionário de Comportamentos de Risco - Versão Portuguesa, adaptada por si.

Pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária consignada aos Comportamentos de risco em adolescentes. O estudo tem como objetivos: caracterizar a população escolar no que diz respeito aos comportamentos de risco e analisar alguns determinantes que influenciam os comportamentos de risco nos adolescentes. A população-alvo do estudo serão os alunos que frequentam o 3º ciclo.

Peço ainda autorização para alteração da questão Nº 6, uma vez que pretendo a aplicação do questionário ao 3º ciclo.

Os melhores cumprimentos

Carmen Agostinho

Pessoa Santos <peessoasantos@sapo.pt>

24 de maio de 2017 18:54

Para: CARMEN DOLORES ROQUE AGOSTINHO <carmenagostinho@gmail.com>

Ex. ma. Sra. Enfermeira Carmem Dolores Agostinho,

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=a940480eb9&jsver=Gw8dmnWNNBg.pt...> 07/08/2018

Gmail - Pedido de autorização para utilização do questionário YRBS - Versão portugu... Page 2 of 2

Venho permitir a utilização do questionário YRBS- Youth Risk Behavior Survey, que adaptei para Portugal, no seu trabalho de Mestrado na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública na Universidade de Évora.

Agradecia contudo que me fossem enviados os dados obtidos no seu estudo com recurso a este instrumento.

Melhores cumprimentos,

Olga Teresa Santos

De: CARMEN DOLORES ROQUE AGOSTINHO [<mailto:carmenagostinho@gmail.com>]

Enviada: sexta-feira, 19 de Maio de 2017 11:22

Para: olgasantos@iol.pt

Assunto: Pedido de autorização para utilização do questionário YRBS - Versão portuguesa

[Texto das mensagens anteriores oculto]

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=a940480eb9&jsver=Gw8dmnWNNBg.pt...> 07/08/2018

Anexo 5

Logotipo do Projeto



Anexo 6

Pano de tabuleiro

Fumar provoca cancro do pulmão.

Fumar é viciante!

Fumar é um vício.

Fumar pode causar a sua morte.

Deixa de fumar... pela tua saúde!

Fumar leva-te por más condutas.

O cigarro tem vários constituintes tóxicos como o alcatrão.

Fumar é uma das maiores causas de morte no mundo.

Fumar pode causar doenças!

Não devemos respirar o fumo do tabaco.

Se és fumador... deixa já!

DIA MUNDIAL DO NÃO FUMADOR

Fumar aumenta o risco de AVC!

Fumar pode deixar-te mais ansioso e agressivo!

Fumar prejudica a tua vida!

O fumador incomoda as pessoas que o rodeiam podendo causar também problemas aos outros.

Fumar causa problemas cardíacos e cancro do pulmão.

Fumar reduz a fertilidade.

Fumar pode causar um ataque cardíaco.

Fumar mata!

“Hoje acendes-me tu, Amanhã apago-te eu!”

Fumar provoca cancro da laringe!

Por cada cigarro que fumas perdes tempo de vida!



APÊNDICES

Apêndice 1

Diagnóstico de Saúde

COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA

**Os alunos do 3º ciclo da Escola A da região Alentejo onde decorreu a
investigação**

(Diagnóstico de Saúde)

1. METODOLOGIA

O diagnóstico de situação foi desenvolvido no decorrer do Estágio I - Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 1º ano 2º Semestre do Mestrado em Enfermagem em Associação, entre os dias 2 de maio e 17 de junho de 2017, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região Alentejo. A sua operacionalização foi na única Escola Secundária do concelho, onde decorreu a experiência clínica.

Instrumento de colheita de dados: Utilizou-se o questionário Comportamentos de risco (versão Portuguesa -2007), traduzido e validado por Santos (2008). Esta é a tradução do questionário Youth Risk Behaviour Survey (YRBS) desenvolvido pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) em 1991, nos EUA.

O referido questionário permite o cálculo de subescalas para avaliar o grau de envolvimento dos alunos com a escola, a família e amigos. Para efetuar o cálculo das subescalas adotou-se o procedimento seguido por Santos (2008), que por sua vez foi o mesmo utilizado pelos autores da versão do YRBS da Nova Zelândia, apresentada por M. Carter et al. (2007).

O estabelecimento do grau de envolvimento com a escola foi feito a partir das respostas às questões 8, 9, 10, e o cálculo foi efetuado da seguinte forma:

▪ Na questão 8 - Quanto é que pensas que se preocupam contigo? Atribuíram-se os seguintes valores às respostas:

Nada = 0;

Mais ou menos = 1;

Muito = 2

▪ Na questão 9 – Sentes que fazes parte da escola? Foram atribuídos os seguintes valores às respostas:

Nada = 0;

Por vezes = 1;

Sim, sempre = 2

Na questão 10 – Com que frequência os professores da escola tratam os alunos de forma justa?

Atribuiu-se os seguintes valores às respostas:

Quase nunca = 0;

Por vezes = 1;

Na maioria das vezes = 2

▪ posteriormente, efetuou-se o somatório das respostas 8, 9 e 10.

Por fim, definiu-se o nível de envolvimento com a escola em função do resultado obtido: de zero a dois considerou-se baixo envolvimento com a escola; de três a quatro foi estipulado que havia médio envolvimento com a escola; de cinco a seis foi estimado um alto envolvimento com a escola.

Para a determinação do grau de envolvimento com a família foram consideradas as respostas às questões 13 e 14 e definiu-se que:

▪ Na questão 13: Com quem falas quando tens um problema? Foram atribuídos os seguintes valores às respostas:

Não falar com nenhum membro da família =0;

Falar com 1 membro da família = 1;

Falar com mais do que 1 membro da família =2.

▪ Na questão 14: Quem repara em ti quando estás preocupado?

Se não seleccionar nenhum membro da família = 0

Se seleccionar 1 membro da família = 1

Se seleccionar 2 ou mais membros da família = 2

▪ Posteriormente, foi feita a soma das respostas e definiu-se que: o resultado igual a zero significa baixo grau de ligação à família; de um a três foi considerado como médio grau de ligação à família; e somatório igual a quatro foi considerado como alto grau de ligação à família.

No que diz respeito à ligação aos amigos, também foram consideradas as respostas às questões 13 e 14 e definiu-se que:

•Na questão 13 - Com quem é que tu falas quando tens um problema?

Se foi seleccionada a opção amigos =1

Se não se seleccionou a opção amigos = 0

▪ Na questão 14 - Quem repara em ti quando tu estás preocupado?

Se foi seleccionada a opção 8 =1

Se não se seleccionou a opção amigos = 0

▪ De seguida, estabeleceu-se que: a soma igual a 0 indica grau de ligação baixo com os amigos; se o somatório foi 1 existe médio envolvimento com os amigos; se o somatório das respostas for 2 é considerado um grau de ligação aos amigos alto.

População alvo: Alunos do 3º ciclo do ensino básico geral e artístico da Escola Secundária do concelho alentejano onde decorreu o estudo diagnóstico.

Amostra: A seleção da amostra foi realizada através do método de amostragem não probabilística por conveniência. Assim, a nossa amostra foi constituída pelos alunos do 3º ciclo do ensino básico geral e artístico, que obrigatoriamente conjugaram os seguintes critérios de inclusão: a entrega em tempo útil, do Termo de Consentimento Informado devidamente assinado e autorizado pelos

encarregados de educação; aceitar participar no estudo; e estar presentes no momento da recolha de dados.

A totalidade da nossa amostra ficou constituída por 149 alunos, o que corresponde a 65,35% dos alunos do 3º ciclo.

Procedimentos de colheita de dados: A recolha de dados foi realizada de acordo com a disponibilidade de horário de cada diretor de turma. A aplicação dos questionários foi realizada em sala de aula, na presença da investigadora e do diretor de cada turma. Nesta fase foram identificados os critérios de inclusão e exclusão e entregues os questionários aos alunos que preencheram os requisitos de inclusão.

Tratamento e Análise dos Dados: Foram analisados os questionários após a sua recolha e verificada a sua validade. Posteriormente procedeu-se à codificação dos questionários considerados válidos. Depois foi criada uma base de dados para o tratamento estatístico dos mesmos. O programa estatístico utilizado foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.

Efetuiu-se uma análise descritiva onde se apurou a frequência numérica e percentual das variáveis categóricas. Foi posteriormente efetuado um estudo comparativo entre géneros e anos de escolaridade.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

2.1 Caracterização da Amostra

A idade dos inquiridos instala-se entre os 12 e os 18 anos de idade, evidenciando uma moda e média de 14 anos de idade.

Variáveis categóricas	Frequência Numérica (N)	Frequência Percentual (%)
Género (N=149)		
Masculino	54	36,2
Feminino	95	63,8%
Ano de escolaridade (N=149)		
7º ano	36	24,2%
8º ano	56	37,6%
9º ano	57	38,3%
Com quem vive (N=149)		
Ambos os pais	117	78,5%
Apenas com o pai ou a mãe	25	16,8%
Outra situação	7	4,7%
Reprovação escolar (N=149)		
Sim	33	22,1%
Não	116	77,9%

Existe um predomínio do género feminino e semelhante distribuição da amostra pelo 8º e 9º ano de escolaridade, com menor representatividade de alunos do 7º ano. A grande maioria, 78,5% da amostra, vive com ambos os pais. A retenção escolar é confirmada por 22,1% da nossa amostra. A grande representatividade dos alunos que reprovou, refere que foi no 3º ciclo (54,5%). Segue-se o 2º ciclo com uma taxa de prevalência de 33,2% e o 1º ciclo com 12,1%. Não se verifica a existência de correlação estatisticamente significativa entre género, no que se refere ao facto de ter reprovado.

2.2 Envolvimento com a escola

Para verificar o grau de envolvimento com a escola, a nossa amostra foi questionada sobre o quanto pensam que as pessoas na escola se preocupam com eles. A maioria (57,7) refere que as pessoas na escola se preocupam moderadamente e 24,8% refere que se preocupam muito. Por sua vez, 17,4 % refere que não se preocupam nada.

Quanto é que pensas que as pessoas na escola (professores, funcionários ou outros adultos) se preocupam contigo?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Nada	26/17,4%	13/24%	13/13,7%	4/11,1%	12/21,4%	10/17,5%
Mais ou menos	86/57,7%	34/63%	52/54,7%	18/50%	33/58,9%	35/61,4%
Muito	37/24,8%	7/13%	30/31,6%	14/38,9%	11/19,6%	12/21,1%

São os rapazes e os alunos do 8º ano que revelam com maior frequência que os professores, funcionários ou outros adultos, não se preocupam com eles.

Quando questionados sobre o sentimento pessoal de pertença à escola 66,4% revela que sente que pertence à escola “sempre”, 30,2% apenas se sente parte da escola “às vezes”, e 3,4% não se sente como parte integrante da escola.

Este ano, sentes que fazes parte da escola?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Sim, sempre	99/66,4%	36/66,7%	63/66,3%	27/75%	38/67,9%	34/59,6%
Por vezes	45/30,2%	17/31,5%	28/29,5%	9/25%	15/26,8%	21/36,8%
Nunca	5/3,4%	1/1,9%	4/4,2	0/0%	3/5,4%	2/3,5%

Verifica-se uma distribuição igual de género no que se refere a este sentimento.

O sentimento de “nunca”, relativamente ao fazer parte da escola é apenas proferido por alunos de 8º e 9º ano. À medida que o ano de escolaridade aumenta, diminui a referência ao sentimento “sempre”.

Com que frequência os professores da escola tratam os alunos de forma justa?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Quase nunca	8/5,4%	8/14,8%	0/0%	1/2,8%	2/3,6%	5/8,8%
Por vezes	58/38,9%	18/33,3%	40/42,1	12/33,3%	28/50%	18/31,6%
Na maioria das vezes	83/55,7%	28/51,9%	55/57,9%	23/63,9%	26/46,4%	34/59,5%

Relativamente ao tratamento recebido por parte dos professores, 55,7% dos alunos percecionam que na maioria das vezes são tratados com justiça. Por sua vez, 38,9% refere que a justiça ocorre “por vezes” e 5,4% “quase nunca”.

São maioritariamente as raparigas que referem ser tratadas com justiça por parte dos professores. De facto, a referência ao “quase nunca” apenas ocorreu por parte do género masculino. São também os alunos o 8º ano aqueles que afirmam com maior frequência ser tratado de forma justa.

Assim, determina-se que o grau de envolvimento com a escola é maioritariamente mediano (68,5%). No entanto, 26,8% alunos apresenta baixo envolvimento com a escola. Apenas 4,7% dos alunos exhibe alto envolvimento escolar.

Grau de Envolvimento com a escola

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Baixo envolvimento	40/26,8%	19/35,2%	21/22,1%	5/13,9%	19/33,9%	16/28,1%
Médio envolvimento	102/68,5%	34/63%	68/71,6%	30/83,3%	35/62,5%	37/64,9%
Alto envolvimento	7/4,7%	1/1,9%	6/6,3%	1/2,8%	2/3,6%	4/7%

É o género masculino que apresenta menor envolvimento com a escola. O alto envolvimento com a escola aumenta proporcionalmente ao ano de escolaridade. O baixo envolvimento é superior nos alunos do 8º ano.

2.3 Envolvimento com a família

Para determinar o grau de envolvimento dos alunos com a família e com os amigos foram efetuadas duas questões. Uma questionando o adolescente sobre qual o seu recurso quando se sente preocupado ou tem problemas. Outra sobre quem repara nele, quem o compreende ou o conforta quando está preocupado ou zangado.

Relativamente à questão da pessoa a quem recorrem quando têm problemas ou estão preocupados com alguma coisa verificou-se que 71,1% recorre à mãe ou madrastra, 45,6% ao pai ou padrasto, 13,4% à irmã, 16,1% ao irmão, 14,8% ao avô ou avó, 4% a tios e 4% a outros familiares. Verifica-se ainda que 68% recorre a amigos, 8,1% a professores e 7,4% ao psicólogo e 6,7% não falam com ninguém.

Quando questionados sobre quem repara neles, quem os compreende e conforta verificamos que 82,6% faz referência à mãe ou madrastra, 56,4% ao pai ou padrasto, 18,8% à irmã, 15,4% ao irmão, 9,4% ao tio ou tia e 25,5% ao avô ou avó. Contata-se ainda que 69,8% declara serem os amigos

a reparar neles e a confortá-los e compreende-los, 8,1% afirma que são os professores, 4,7% o psicólogo. 2,7% menciona que ninguém repara nele.

Assim, verifica-se que 49% da nossa amostra tem forte ligação com a família. 38,9% apresenta média ligação com a família e 12,1% baixa ligação familiar.

Grau de envolvimento com a família

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Baixo envolvimento	18/12,1%	7/13%	11/11,6%	4/11,1	7/12,5%	7/12,3%
Médio envolvimento	58/38,9%	20/37%	38/40%	13/36,1%	23/41,1%	22/38,5%
Alto envolvimento	73/49%	27/50%	46/48,4%	19/52,8%	26/46,4%	28/49,1%

Não foi revelada relação entre o sexo, a idade e o ano de escolaridade e a ligação e envolvimento com a família. No entanto, constata-se que a contagem de alunos que faz alusão a grande ligação familiar é superior à contagem esperada para os adolescentes que “vivem com ambos os pais”. A média ligação aparece-nos associada ao facto de se viver apenas “com um dos pais” ou “com um dos pais e uma nova família”. Por sua vez, a baixa ligação familiar tem expressão acima do esperado nos adolescentes que “vivem com familiares próximos” ou “outra situação”.

2.4 Envolvimento com os amigos

Relativamente ao envolvimento com os amigos confirmamos que 61,7% da nossa amostra revela alto envolvimento com o grupo de amigos. Por sua vez, 23,5% expõe baixa ligação com os amigos e 14,8% médio envolvimento com o grupo de pares.

Grau de envolvimento com os amigos

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Baixo envolvimento	35/23,5%	17/31,5%	18/18,9%	9/25%	17/30,4%	9/15,8%
Médio envolvimento	22/14,8%	10/18,5%	12/12,6%	8/22,2%	5/8,9%	9/15,8%
Alto envolvimento	92/61,7%	27/50%	65/68,4%	19/52,8%	34/60,7%	39/68,4%

Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o envolvimento com os amigos e ano de escolaridade, verificando-se que o grau de ligação aos amigos aumenta proporcionalmente ano de escolaridade. O alto envolvimento é superior nas raparigas.

2.5 Perceção de saúde

A estrutura amostral do presente estudo tem uma perceção positiva da sua saúde, sendo que 36,2% e 36,9% relatam o seu estado de saúde como “excelente” e “muito bom”, respetivamente. Apenas 2% dos adolescentes afirma fraca saúde.

Em geral como dirias que é a tua saúde?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
		Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)
Excelente	54/36,2%	18/33,3%	36/37,8%	17/47,2%	18/32,1%	19/33,3%
Muito boa	55/36,9%	26/48,1%	29/30,5%	13/36,1%	25/44,6%	17/29,8%
Boa	36/24,2%	10/18,5%	26/27,4%	6/16,7%	11/19,6%	19/33,3%
Fraca	3/2%	0(0%)	3/3,2%	0/0%	2/3,6%	1/1,8%
Muito fraca	1/0,7%	0/0%	1/1,1%	0/0%	0/0%	1/1,8%

Estes dados vão corroborar os dados do HBSC/OMS, onde a maioria dos adolescentes revelou boa perceção de saúde.

É o sexo feminino que mais refere uma saúde excelente. No entanto, na nossa amostra, também se verifica que são apenas as raparigas a referir que a sua saúde é fraca ou muito fraca.

2.6 Comportamentos de Provocação/Bullying

Este ano, na escola, tens tido problemas a relacionar-te com outros alunos?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
		Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)
Com todos eles	3/2%	2/3,7%	1/1,1%	0/0%	1/1,8%	2/3,5%
Com alguns deles	14/9,4%	2/3,7%	12/12,6%	3/8,3%	6/10,7%	5/8,8%
Com um ou dois	30/20,1%	11/20,4%	19/20%	7/19,4%	9/16,1%	14/24,6%
Não, dou-me bem com todos os alunos	102/68,5%	39/72,2%	63/66,3%	26/72,2%	40/71,4%	36/63,2%

A maioria dos alunos refere um bom relacionamento com todos os colegas (68,5%). No entanto, 20,1% dos alunos refere problemas com um ou dois alunos, 9,4% com alguns deles e 2% afirma ter problemas com todos os colegas.

São os rapazes e os alunos do 7º ano a afirmar com maior frequência o bom relacionamento com todos os alunos.

Este ano, na escola, já te sentiste provocado ou ameaçado por outros estudantes?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Sim, frequentemente	7/4,7%	3/5,6%	4/4,2%	3/8,3%	2/3,6%	2/3,5%
Sim, algumas vezes	24/16,1%	7/13%	17/17,9%	4/11,1%	9/16,1%	11/19,3%
Não, nunca	118/79,2%	44/81,5%	74/77,9%	29/80,6%	45/80,4%	44/77,2%

Apesar de se verificar uma prevalência de 79,2% de alunos que nunca se sentiu provocado ou ameaçado pelo grupo de pares na escola, confirma-se que 16,1% da nossa amostra já teve este sentimento “algumas vezes” e 4,7% refere-se provocado e ameaçado “com frequência”. Não se verifica diferença estatisticamente significativas entre géneros e ano de escolaridade no que se refere ao sentir-se ameaçado.

Estes dados são inferiores aos encontrados no estudo HBSC/OMS de 2014, nos quais só 69,1% é que referiu não se ter sentido provocado. 4

2.7 Comportamentos de Segurança**Quando andaste de mota, nos últimos 12 meses, quantas vezes usaste capacete?**

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Não andei	110/73,8%	36/65,7%	74/77,9%	27/75%	40/71,4%	43/75,4%
Nunca	8/5,4%	4/7,4%	4/4,2%	2/5,6%	3/5,4%	3/5,3%
Raramente	1/0,7%	0/0%	1/1,1%	0/0%	0/0%	1/1,8%
Algumas vezes	2/1,3%	1/1,9%	1/1,1%	1/2,8%	1/1,8%	0/0%
Na maioria das vezes	8/5,4%	3/5,6%	5/5,3%	1/ 2,8%	4/7,1%	3/5,3%
Sempre	20/13,4%	10/18,5%	10/10,5%	5/13,9%	8/14,3%	7/12,3%

Relativamente aos comportamentos de segurança, verificamos que dos 39 alunos que afirma ter andado de mota nos últimos 12 meses, 20 usaram sempre capacete. No entanto, verifica-se que 8 alunos (que corresponde a 20,5% daqueles que afirma andar de mota) referem nunca usar capacete, 1 aluno afirma que raramente o usa e 2 que só o usam algumas vezes.

Estes dados revelam que 28% da mostra que afirma ter andado de mota nos últimos 12 meses, apresenta um comportamento de segurança não demonstrado.

Não se verificam diferenças significativas entre o ano de escolaridade. no que diz respeito a este comportamento de segurança. São os rapazes que com maior frequência afirmam usar sempre capacete.

Quando andaste de bicicleta, nos últimos 12 meses, quantas vezes usaste capacete?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Não andei	36/24,2%	13/24,1%	23/24,2%	7/19,4%	8/14,3%	21/36,8%
Nunca	74/49,7%	27/50%	47/49,5%	14/38,9%	34/60,7%	26/45,6%
Raramente	15/10,1%	5/9,3%	10/10,5%	6/16,7%	7/12,5%	2/3,5%
Algumas vezes	9/6%	3/5,6%	6/6,3%	5/13,9	3/5,4%	1/1,8%
Na maioria das vezes	6/4%	4/7,4%	2/2,1%	1/2,8%	2/3,6%	3/5,3%
Sempre	9/6%	2/3,7%	7/7,4%	3/8,3%	2/3,6%	4/7%

A segurança dos alunos fica ainda mais comprometida quando os mesmos se deslocam de bicicleta. Dos 113 alunos que refere ter andado de bicicleta nos últimos 12 meses, 74 afirmam que nunca usa capacete de proteção. Apenas 9 alunos referem usar sempre capacete e 6 na maioria das vezes.

Não se verificam diferenças significativas entre géneros no que diz respeito a estes comportamentos de segurança (andar de bicicleta sem capacete), no entanto, verificamos que são os alunos do 8º ano de escolaridade aqueles que menos demonstram este comportamento de segurança.

Apesar de não ser obrigatório o uso de capacete de proteção aquando da deslocação de velocípede, a ANSR (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária) e o PENSE 2020 (Plano Estratégico Nacional de Segurança Rodoviária) recomendam a sua utilização, reconhecendo assim o contributo deste comportamento na prevenção de lesões cerebrais resultantes de acidentes. O referido comportamento de segurança não é demonstrado pela maioria da nossa amostra, verificando-se ainda que a exibição deste comportamento de risco é superior nos alunos do 8º ano de escolaridade.

Com que frequência usas cinto de segurança quando é outra pessoa a conduzir?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Nunca	11/7,4%	7/13%	4/4,2%	0/0%	0/0%	11/19,3%
Raramente	7/4,7%	3/5,6%	4/4,2%	1/2,8%	5/8,9%	1/1,8%
Algumas vezes	6/4%	3/5,6%	3/3,2%	1/2,8%	4/7,1%	1/1,8%
Na maioria das vezes	27/18,1%	9/16,7%	18/18,9%	2/5,6%	13/23,2%	12/21,1%
Sempre	98/65,8%	32/59,3%	66/69,4%	32/88,9%	34/60,7%	32/56,1%

Quando se deslocam de automóvel, com outra pessoa a conduzir, 65,8% dos alunos, ou seja, 98 usam cinto de segurança. Contudo 7,4%, nunca usa cinto de segurança e 4,7% e 4%, afirmam, respetivamente, só “raramente” e “algumas vezes” usar cinto de segurança. Estes dados refletem a

necessidade de reforçar alguns comportamentos de segurança básicos. Ao analisar os dados verifica-se que a adoção deste comportamento de risco aumenta proporcionalmente ao ano de escolaridade. Consta-se ainda uma predominância do sexo masculino, no que diz respeito à exibição deste comportamento.

Nos últimos 30 dias, quantas vezes andaste de carro ou outro veículo conduzido por alguém alcoolizado?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
0 vezes	114/76,5%	36/66,7%	78/82,1%	31/86,1%	47/83,9%	36/63,2%
1 vez	9/6%	5/9,3%	4/4,2%	0/0%	4/7,1%	5/8,8%
2 a 3 vezes	11/7,4%	3/5,6%	8/8,4%	4/11,1%	4/7,1%	3/5,3%
4 a 5 vezes	5/3,4%	2/3,7%	3/3,2%	0/0%	0/0%	5/8,8%
6 ou mais	10/ 6,7%	8/14,8%	2/2,1%	1/2,8%	1/1,8%	8/14%

Verifica-se que 35 (23,5%) dos alunos afirma ter-se deslocado de veículo com o condutor alcoolizado, nos últimos 30 dias. Para estes adolescentes este comportamento parece ser rotineiro, na medida em que 26 afirma tê-lo feito mais de 2 a 3 vezes no último mês e 10 asseveram tê-lo feito 6 ou mais vezes.

Verifica-se uma correlação estatisticamente positiva entre a idade e o ano de escolaridade e a demonstração do anterior comportamento de risco. São também os rapazes que se envolvem mais neste tipo de comportamento.

Nos últimos 30 dias, quantas vezes conduziste um carro ou outro veículo sob o efeito do álcool?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
0 vezes	139/93,3%	49/90,7%	90/94,7%	35/97,2%	52/92,9%	52/91,2%
1 vez	6/4%	2/3,7%	4/4,2%	0/0%	4/7,4%	2/3,5%
2 a 3 vezes	2/1,3%	1/1,9%	1/1,1%	0/0%	0/0%	2/3,5%
4 a 5 vezes	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
6 ou mais	2/1,3%	2/3,7%	0/0%	1/2,7%	0/0%	1/1,8%

Apuramos que 10 (6,7%) dos adolescentes da nossa amostra afirmam ter conduzido um veículo sob o efeito do álcool, nos últimos 30 dias. Destes, 2 declaram tê-lo feito mais de 2 vezes e outros 2 asseveram a frequência deste comportamento mais de 6 vezes no último mês.

Apesar de não ser uma diferença significativa constata-se que o comportamento de segurança vai diminuindo inversamente ao ano de escolaridade.

2.8 Comportamentos de Violência

Alguma vez andaste com uma arma, tal como um revólver, uma faca ou um canivete?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Sim	16/10,7%	13/24,1%	3/3,2%	2/5,6%	6/10,7%	8/14%
Não	133/89,3%	41/75,9%	92/96,8%	34/94,4%	50/89,3%	49/86%

Dos 149 adolescentes que constitui a nossa amostra, 10,7% afirma já ter andado com uma arma, faca ou canivete, o que corresponde a 16 alunos.

Os resultados apurados são superiores aos revelados pelo HBSC, no qual apenas 3,5% dos alunos alude andar com armas.

Verifica-se que a exibição deste comportamento é superior nos adolescentes do sexo masculino. Constata-se ainda que o comportamento de risco aumenta à medida que aumenta o ano de escolaridade.

Nos últimos 30 dias, quantos dias andaste com uma arma, tal como um revólver, uma faca ou um canivete?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
0 vezes	4/2,7%	1/1,9%	3/3,2%	0/0%	4/7,1%	0/0%
1 vez	6/4%	5/9,3%	1/1,1%	1/2,8%	1/1,8%	4/7%
2 a 3 vezes	5/3,4%	5/9,3%	0/0%	1/2,8%	1/1,8%	3/5,3%
4 a 5 vezes	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
6 ou mais	1/0,7%	1/1,9%	0/0%	0/0%	0/0%	1/1,8%

Dos 16 alunos que confirma ter andado armado, 5 afixam tê-lo feito 2 ou 3 dias durante o último mês e apenas 1 assevera que o fez mais de 6 vezes no último mês.

Nos últimos 30 dias, quantos dias faltaste à escola porque te sentias inseguro na escola ou no caminho para a escola?

Os alunos que integram a nossa amostra revelam, maioritariamente, que se sentem seguros na escola ou no caminho para a mesma. Da totalidade da nossa amostra apenas 7 alunos (4,7%) narram

que nos últimos 30 dias faltaram à escola por sentimentos de insegurança. Destes, 2,7% faltaram apenas 1 dia e 1,3% 2 ou 3 dias. Um adolescente profere ter faltado 4 ou 5 dias à escola, no último mês, por motivos de segurança. O sexo feminino revela uma ligeira predominância na manifestação deste sentimento. Os adolescentes que revelam insegurança encontram-se igualmente distribuídos pelo 7º e 9º ano de escolaridade (3 alunos cada), sendo o 8º ano aquele que apresenta menor expressividade (apenas 1 aluno).

Nos últimos 12 meses quantas vezes estiveste envolvido numa luta física?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
0 vezes	120/80,5%	38/70,4%	82/86,3%	28/77,8%	45/80,4%	47/82,5%
1 vez	14/9,4%	8/14,8%	6/6,3%	4/11,1%	7/12,5%	3/5,3%
2 a 3 vezes	10/6,7%	5/9,3%	5/5,3%	2/5,6%	3/5,4%	5/8,8%
4 a 5 vezes	2/1,3%	1/1,9%	1/1,1%	1/2,8%	1/1,8%	0/0%
6 a 7 vezes	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
8 a 9 vezes	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
10 a 11 vezes	1/0,7%	1/1,9%	0/0%	0/0%	0/0%	1/1,8%
12 ou mais vezes	2/1,3%	1/1,9%	1/1,1%	1/2,8%	0/0%	1/1,8%

Relativamente ao envolvimento dos adolescentes em lutas físicas, nos últimos 12 meses constata-se 19,5% (29) dos alunos afirmam ter estado envolvido neste tipo de comportamento. Destes, 9,4% (14) esteve envolvido em lutas apenas 1 vez, 6,7% (10) estiveram 2 ou 3 vezes envolvidos. Há 2% de alunos que referem o envolvimento em mais de 10 lutas físicas durante o último ano.

Estes resultados são ligeiramente inferiores aos apresentados pelo estudo da HBSC/OMS – dados nacionais de 2014, onde é revelado que 17,4% dos alunos esteve envolvido em lutas, 1 a 3 vezes no último ano e que 3,9% expôs este comportamento 4 ou mais vezes.

Verifica-se um maior envolvimento dos adolescentes do sexo masculino em lutas físicas, o que está de acordo com a maioria da bibliografia. São também os alunos do 7º ano que mais se envolvem em lutas, seguidos dos alunos do 8º ano. São os alunos mais velhos aqueles que se envolvem menos neste comportamento de risco.

Também o estudo HBSC 2014 averiguou que são os rapazes que mais se envolveram em lutas no último ano, revelando ainda que este comportamento vai diminuindo à medida que aumenta o ano de escolaridade.

Nos últimos 12 meses, quantas vezes estiveste envolvido numa luta física em que ficaste magoado e em que tiveste de receber tratamento médico ou de enfermagem?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º(n= 57)
0 vezes	23/15,4%	14/25,9%	9/9,5%	6/16,7%	11/19,6%	6/10,5%
1 vez	6/4%	2/3,7%	4/4,2%	2/5,6%	0/0%	4/7%
Omissos	120/80,5%	38/70,4%	82/86,3%	28/77,8%	45/80,4%	47/82,5%

Da totalidade dos alunos que se envolveu em lutas físicas, verifica-se que 20,7% dos alunos que esteve envolvido em lutas ficou magoado e necessitou de cuidados médicos ou de enfermagem. Estes resultados são inferiores aos do estudo HBSC 2014, no qual se revelou que 43,2% da amostra que se envolveu em lutas necessitou de tratamento médico.

Não se verificam diferenças significativas entre géneros no respeitante à indigitação da existência de lesões após uma luta física. Foram os alunos do 7º e 9º ano de escolaridade que, referiram a existência de lesões.

Nos últimos 12 meses, quantas vezes estiveste envolvido numa luta física dentro dos espaços pertencentes à escola?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
0 vezes	14/9,4%	4/7,4%	10/10,5%	2/5,6%	7/12,5%	5/8,8%
1 vez	8/5,4%	6/11,1%	2/2,1%	4/11,1%	3/5,4%	1/1,8%
2 a 3 vezes	3/2%	2/3,7%	1/1,1%	1/2,8%	0/0%	2/3,5%
4 a 5 vezes	2/1,3%	2/3,7%	0/0%	0/0%	1/1,8%	1/1,8%
6 a 7 vezes	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
8 a 9 vezes	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
10 a 11 vezes	1/0,7%	1/1,9%	0/0%	0/0%	0/0%	1/1,8%
12 ou mais vezes	1/0,7%	1/1,9%	0/0%	1/2,8%	0/0%	1/1,8%
Omissos	120/80,5%	38/70,4%	82/86,3%	28/77,8%	45/80,4%	47/82,5%

Certifica-se que 15, ou seja, 51,7% das lutas ocorreu dentro dos espaços pertencentes à escola. São os rapazes e os adolescentes do 7º ano que mais se envolvem em lutas dentro da escola.

Estes dados vão ao encontro dos resultados do estudo HBSC 2014, onde se constatou que 61,1% das lutas ocorreu nos espaços escolares.

Nos últimos 12 meses, foste agredido ou magoado fisicamente pelo teu namorado ou namorada de propósito?

A agressão entre parceiros na adolescência é algo frequente. Da totalidade da nossa estrutura amostral, apenas 2 elementos referem ter sido magoado fisicamente pelo namorado(a).

Alguma vez foste forçado fisicamente a ter atos de intimidade ou atos sexuais contra a tua vontade?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Sim	5/3,4%	1/1,9%	4/4,2%	0/0%	1/1,8%	4/7%
Não	144/96,6%	53/98,1%	91/95,8%	36/100%	55/98,2%	53/93%

Os resultados apurados revelam que 5 adolescentes foram forçados a ter atos de intimidade ou atos sexuais. Destes 5 adolescentes, 4 pertencem ao género feminino. Verifica-se ainda que este acontecimento aumenta proporcionalmente ao ano de escolaridade.

2.9 Saúde Mental, Humor depressivo e Suicídio

Nos últimos 12 meses, alguma vez te sentiste tão triste ou sem esperança por quase todo o dia, durante 2 ou mais semanas seguidas, ao ponto de teres deixado de fazer algumas atividades que habitualmente realizavas?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Sim	25/16,8%	5/9,3%	20/21,1%	10/27,8%	6/10,7%	9/15,8%
Não	124/83,2%	49/90,7%	75/78,9%	26/72,2%	50/89,2%	48/84,2%

No que diz respeito à saúde mental da nossa amostra, constatamos que 16,8% dos inquiridos revela já ter tido sentimentos de tristeza durante mais de 2 semanas. Este sentimento de tristeza é manifestado maioritariamente pelo sexo feminino.

Nos últimos 12 meses, alguma vez pensaste em te magoares intencionalmente ou em te suicidares?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Sim	14/9,4%	3/5,6%	11/11,6%	4/11,1%	1/1,8%	9/15,8%
Não	135/90,6%	51/94,4%	84/88,4%	32/88,9%	55/98,2%	48/84,2%

Averigua-se ainda que, nos últimos 12 meses, 9,4% dos adolescentes pensou em magoar-se intencionalmente ou suicidar-se. Também aqui se certifica um predomínio do sexo feminino, verificando-se uma correlação estatisticamente significativa entre o sentimento de tristeza e a

intenção de magoar-se ou suicidar-se. São os adolescentes do 7º e 9º ano aqueles que, maioritariamente, revelam esta intenção, verificando-se um ligeiro predomínio desta ideia nos alunos do 9º ano.

Nos últimos 12 meses, consideraste seriamente a possibilidade de suicídio?

Dos 14 adolescentes que mencionam a intenção de se magoar ou suicidar, 5,4% (8 alunos) afirma ter considerado seriamente a possibilidade do suicídio. Destes 8 adolescentes, 7 são raparigas. Comprovamos ainda que dos 8 alunos, 3 alunos pertencem ao 7º ano e 4 ao 9º ano de escolaridade.

Nos últimos 12 meses, fizeste um plano sobre como te irias suicidar?

3 adolescentes (2%) afirmam que fizeram um plano para se suicidarem no último ano. A totalidade dos que afirma a realização deste plano pertence ao género feminino.

Nos últimos 12 meses, quantas vezes tentaste realmente suicidar-te?

No que diz respeito ao número de tentativas reais de suicídio, no último ano, verifica-se que 2 alunos afirmam já o ter feito 1 vez, 1 aluno refere tê-lo feito 2 ou 3 vezes, e outro mais de 6 vezes. Atesta-se que as tentativas reais de suicídio foram praticadas na totalidade pelo sexo feminino.

Apesar de inferior aos dados da HBSC/OMS de 2014, onde 20,3% dos jovens confirmou já se ter magoado, estes dados requerem vigilância e intervenção precoce.

2.10. Consumo de Tabaco

Alguma vez experimentaste fumar cigarros, mesmo que apenas uma ou duas passas?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Sim	64/43%	26/48,1%	38/40%	3/8,3%	28/50%	34/59,6%
Não	85/57%	25/51,9%	57/60%	33/91,7%	28/50%	23/40,4%

No que diz respeito à experimentação de consumo de tabaco verificamos uma taxa de prevalência de 43% dos adolescentes inquiridos

A prevalência experimentação encontrada neste estudo é praticamente o dobro da evidenciada no estudo HBSC/OMS – dados nacionais de 2014, no qual a experimentação de tabaco é de 22,2%.

Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o ano de escolaridade e a experimentação de tabaco, verificando-se que à medida que ao ano de matrícula se eleva a percentagem de experimentação aumenta. Verifica ainda que a maior percentagem de jovens que já experimentou tabaco pertence ao sexo masculino.

Com quem experimentas-te fumar?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros	
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)
Nunca fumei	85/57%	29/53,7%	56/58,9%
Com o(a) namorado(a)	2/1,3%	1/1,9%	1/1,1%
Com amigos	58/38,9%	24/44,4%	34/35,8%
Com um familiar	3/2%	0/0%	3/3,2%
Sozinho	1/0,7%	0/0%	1/1,1%

A maioria dos alunos que experimentou fumar fê-lo com amigos.

Que idade tinhas quando fumaste um cigarro inteiro pela 1ª vez?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º(n= 57)
Nunca fumei um cigarro inteiro	96/64,4%	33/61,1%	63/66,3%	33/91,7%	38/67,9%	25/43,9%
8 anos ou menos	2/1,3%	2/3,7%	0/0%	4/7,4%	0/0%	1/1,8%
9 ou 10 anos	4/2,7%	3/5,6%	1/1,1%	4/7,4%	1/1,8%	2/3,5%
11 ou 12 anos	17/11,4%	4/7,4%	13/13,7%	0/0%	10/17,9%	7/12,3%
13 ou 14 anos	24/16,1%	9/16,7%	15/15,8%	4/7,4%	6/10,7%	17/29,8%
15 ou 16 anos	5/3,4%	2/3,7%	3/3,2%	0/0%	1/1,8%	4/7%
17 ou mais	1/0,7%	1/1,9%	0/0%	0/0%	0/0%	1/1,8%

A idade compreendida entre os 13 e os 14 anos é a mais referida na experimentação de tabaco. No entanto verificamos que 23 alunos iniciaram antes desta idade.

Nos últimos 30 dias quantos dias fumaste cigarros?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º(n= 57)
0 dias	21/14,1%	11/20,4%	10/10,5%	4/7,4%	7/12,5%	13/22,8%
1 ou 2 dias	11/7,4%	2/3,7%	9/9,5%	1/2,8%	4/7,1%	6/10,5%
3 a 5 dias	3/2%	0/0%	3/3,2%	1/2,8%	0/0%	2/3,5%
6 a 9 dias	1/0,7%	0/0%	1/1,1%	0/0%	1/1,8%	0/0%
10 a 19 dias	6/4%	2/3,7%	4/4,2%	0/0%	4/7,1%	2/3,5%
20 a 29 dias	7/4,7%	2/3,7%	5/5,2%	0/0%	0/0%	7/12,3%
Todos os 30 dias	5/3,4%	4/7,4%	1/1,1%	0/0%	3/5,4%	2/3,5%
Omissos	96/64,4%					

A frequência de consumo de tabaco nos últimos 30 dias aumenta proporcionalmente ao ano de escolaridade. São as raparigas que referem maior frequência do consumo desta substância.

Nos últimos 30 dias, os dias em que fumaste cigarros, quantos cigarros fumaste por dia?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
		Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)
Não fumei	21/14,1%	11/20,4%	10/10,5%	1/2,8%	7/12,5%	13/22,8%
Menos de 1 dia	8/5,4%	2/3,7%	6/6,3%	0/0%	6/10,7%	2/3,5%
1 por dia	8/5,4%	1/1,9%	7/7,4%	1/2,8%	0/0%	7/12,3%
2 a 5 por dia	15/10,1%	6/11,1%	9/9,5%	1/2,8%	6/10,7%	8/14%
6 a 10 por dia	2/1,3%	1/1,9%	1/2,8%	0/0%	0/0%	2/3,5%
10 a 19 por dias	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Mais de 20 dias	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Omissos	96/64,4%					

No que diz respeito à quantidade verifica-se que esta aumenta à medida que se eleva o ano de escolaridade. São também as raparigas que fumam em maior quantidade.

Nos últimos 30 dias, como é que habitualmente arranjaste os teus cigarros?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)
	Total (n= 149)
Não fumei	21/14,1%
Loja , tabacaria ou supermercado	7/4,7%
Numa máquina	11/7,4%
Dei dinheiro a alguém para comprar	5/3,4%
Pedi ou cravei	96%
Tirei de uma loja e/ou familiares	1/0,7%
Omissos	95/63,8%

Quando questionados sobre onde arranjam o tabaco, verifica-se que 13% comprou numa tabacaria, loja ou supermercado, 20,4% comprou numa máquina, 9,3% deu dinheiro a alguém para comprar, 16,7% pediu ou cravou cigarros, e 1,9% tirou de uma loja e/ou familiares.

Quanto compraste ou tentaste comprar cigarros numa loja, nos últimos 30 dias, pediram-te um documento comprovativo da idade?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)
	Total(n= 149)
Não tentei comprar cigarros numa loja	30/20,1%
Sim	2/1,3%
Não	22/14,8%
Omissos	95/63,8%

Averigua-se que apenas a 2 adolescentes foi pedido o comprovativo de identificação aquando da venda de tabaco.

Nos últimos 30 dias, quantos dias fumaste nos espaços pertencentes à escola?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Sim	12/8,1%	5/9,3%	7/7,4%	0/0%	4/7,4%	8/14%
Não	42/28,2%	16/29,3%	25/26,3%	3/8,3%	14/25%	24/42,1%
Omissos	96/64,4%					

12 alunos (8,1%) referem fumar nos espaços pertencentes à escola. Este comportamento aumenta proporcionalmente ao ano de escolaridade.

Nos últimos 12 meses, alguma vez tentas-te deixar de fumar?

Apuramos que 42,6% dos alunos que apresenta um consumo atual de tabaco relata já ter tentado deixado de fumar nos últimos 12 meses.

Exposição ao fumo de cigarros de outros fumadores

43% dos adolescentes inquiridos afirma ter estado exposto ao fumo ambiental de tabaco nas últimas 24 horas.

2.11 Consumo de Álcool

Que idade tinhas quando bebeste álcool pela primeira vez, para além de goles?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Nunca bebi álcool	56/37,6%	33/61,1%	63/66,3%	33/91,7%	38/67,9%	25/43,9%
8 anos ou menos	3/2%	2/3,7%	0/0%	4/7,4%	0/0%	1/1,8%
9 ou 10 anos	8/5,4%	3/5,6%	1/1,1%	4/7,4%	1/1,8%	2/3,5%
11 ou 12 anos	25/16,8%	4/7,4%	13/13,7%	0/0%	10/17,9%	7/12,3%
13 ou 14 anos	48/32,2%	9/16,7%	15/15,8%	4/7,4%	6/10,7%	17/29,8%
15 ou 16 anos	7/4,7%	2/3,7%	3/3,2%	0/0%	1/1,8%	4/7%
17 ou mais	2/1,3%	1/1,9%	0/0%	0/0%	0/0%	1/1,8%

Certifica-se a existência de uma taxa de prevalência de experimentação de álcool de 62,4% da nossa amostra. A prevalência de experimentação de álcool encontrada nos adolescentes da nossa estrutura amostral é superior à mencionada no estudo HBSC/OMS – dados nacionais de 2014, no qual a prevalência de experimentação de álcool é de 41,2%.

A maioria (32,2%) fê-lo com 13/14 anos, 16,8% com 11/12 anos de idade. Estes dados são muito semelhantes aos apresentados no ESPAD-Portugal 2015, onde se verifica que a taxa de prevalência de experimentação nos adolescentes de 13 anos é de 31%.

Nos últimos 30 dias, quantos dias bebeste pelo menos uma bebida alcoólica?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
0 dias	34/22,8%	10/18,5%	24/25,3%	7/19,4%	14/25%	13/22,8%
1 ou 2 dias	32/21,5%	10/18,5%	22/23,2	0/0%	14/25%	18/31,6%
3 a 5 dias	15/10,1%	6/11,1%	9/9,5%	0/0%	8/14,3%	7/12,3%
6 a 9 dias	10/6,7%	6/11,1%	4/4,2%	0/0%	3/5,4%	7/12,3%
10 a 19 dias	2/1,3%	1/1,9	1/1,1%	0/0%	0/0%	2/3,5%
20 a 29 dias	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Todos os 30 dias	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Omissos	56/37,6%					

O consumo atual de álcool é referido por 39,6% do total dos adolescentes que afirma já ter experimentado consumir álcool. Destes, 21,5% diz ter bebido 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias. 10,1% afirma tê-lo feito 3 a 5 dias no mês, 6,7% revela que o fez em 6 a 9 dias e 1,3% bebeu entre 10 a 19 dias. Verifica-se que a frequência do consumo aumenta com o ano de escolaridade. São os rapazes aqueles que mais relatam um consumo atual de álcool.

Por outro lado, o elevado envolvimento com os amigos revelou-se um fator de risco no consumo atual de álcool, registando-se significativa correlação estatística entre estas variáveis.

Nos últimos 30 dias, quantos dias bebeste 5 ou mais bebidas alcoólicas seguidas, ou seja, sem um espaço de 4 horas entre elas?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
0 dias	65/43,5%	21/38,9%	44/46,3%	7/19,4%	29/51,8%	29/50,9%
1 ou 2 dias	19/12,8%	6/11,1%	13/13,7%	0/0%	8/14,3	11/19,3%
3 a 5 dias	6/4%	4/7,4%	2/2,1%	0/0%	2/3,6%	4/7%
6 a 9 dias	2/1,3%	1/1,9%	1/1,1%	0/0%	0/0%	2/3,5%
10 a 19 dias	1/0,7%	1/1,9%	0/0%	0/0%	0/0%	1/1,8%
20 a 29 dias	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Todos os 30 dias	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Omissos	56/37,6%					

Confirma-se que 18,8% ingeriu, pelo menos 1 dia nos últimos 30 dias, 4 ou 5 bebidas alcoólicas seguidas. Também a quantidade de álcool ingerida apresenta correlação estatisticamente significativa com ano de escolaridade, verificando-se que as duas aumentam em igual proporção. Há uma predominância do género masculino na adoção deste comportamento de risco.

Nos últimos 30 dias, quantas vezes ficaste embriagado?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º(n= 57)
0 dias	67/45%	23/42,6%	44/46,3%	7/19,4%	31/55,4%	29/50,9%
1 ou 2 dias	20/13,4%	6/11,1%	14/14,7%	0/0%	7/12,5%	13/22,8%
3 a 5 dias	5/3,4%	4/7,4%	1/1,1%	0/0%	1/1,8%	4/7%
6 a 9 dias	1/0,7%	0/0%	1/1,1%	0/0%	0/0%	1/1,8%
10 a 19 dias	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
20 a 29 dias	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Todos os 30 dias	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Omissos	56/37,6%					

No que diz respeito à embriaguez, verificamos uma taxa de prevalência de 17,4% dos alunos que responderam ao inquérito. Estes números são superiores aos apresentados no estudo HBSC/OMS – dados nacionais 2014, que revelam uma experimentação de embriaguez de 4,3%.

A embriaguez é um comportamento que tem maior prevalência à medida que o ano de escolaridade aumenta. Verifica-se uma ligeira predominância do sexo masculino (18,5%) na confirmação de embriaguez, relativamente ao sexo feminino (16,9%).

No que diz respeito à embriaguez, foi confirmada a existência de correlação linear positiva significativa em relação ao grau de envolvimento com os amigos e em relação ao ano de matrícula. Verifica-se que o relato de embriaguez aumenta proporcionalmente ao grau de envolvimento com o grupo de pares e ao ano de escolaridade.

Com quem bebeste pela 1ª vez uma bebida alcoólica?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros	
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)
Com o(a) namorado(a)	3/2%	1/1,9%	2/2,1%
Com amigos	57/38,3%	23/42,6%	34/35,8%
Com um familiar	32/21,5%	8/14,8%	24/25,3%
Sozinho	1/0,7%	1/1,9%	0/0%
Omissos	56/37,6%		

Os consumos iniciaram-se maioritariamente com amigos (61,3%) e familiares (34,4%). Apenas 1 adolescente refere ter bebido a 1ª bebida alcoólica sozinho. A experimentação com a família é superior nas raparigas.

Nos últimos 30 dias, bebeste nos espaços pertencentes à escola?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º(n=36)	8º(n= 56)	9º(n= 57)
Sim	7/4,7%	3/5,6%	4/4,2%	0/0%	2/3,6%	5/8,8%
Não	76/51%	30/55,6%	46/48,4%	7/19,4%	37/66,1%	42/73,7%
Omissos	66/44,3%					

Os consumos são na generalidade feitos fora dos espaços pertencentes à escola. Verifica-se que os consumos nos espaços escolares aumentam proporcionalmente ao ano de escolaridade.

2.12 CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

Que idade tinhas quando experimentaste Marijuana pela 1ª vez?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
		Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)
Nunca bebi álcool	139/93,3%	48/88,9%	91/95,8%	36/100%	54/96,4%	49/86%
8 anos ou menos	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
9 ou 10 anos	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
11 ou 12 anos	1/0,7%	1/1,9%	0/0%	0/0%	0/0%	1/1,7%
13 ou 14 anos	6/4%	4/7,4%	2/2,1%	0/0%	2/3,6%	4/7%
15 ou 16 anos	2/1,3%	0/0%	2/2,1%	0/0%	0/0%	2/3,5%
17 ou mais	1/0,7%	1/1,9%	0/0%	0/0%	0/0%	1/1,8%

A experimentação de marijuana é narrada por 6,7% da nossa amostra. Destes, a maioria (4%) experimentou com 13/14 anos de idade. São os rapazes a relatar com maior frequência esta experimentação. A experimentação aumenta à medida que se eleva o ano de escolaridade.

No último ano quantas vezes consumiste marijuana?

Dos 10 adolescentes que afirma já ter experimentado o consumo de marijuana, 7 afirma que o fez no último ano.

Nos últimos 30 dias, quantas vezes consumiste marijuana?

Apenas 2 adolescentes confirmam que o fizeram nos últimos 30 dias.

Nos últimos 30 dias quantas vezes consumiste marijuana nos espaços pertencentes à escola?

Um inquirido diz que consumiu marijuana nos espaços pertencentes à escola.

Alguma vez experimentaste alucinógenos, tal como LSD, ácido, ecstasy ou cogumelos?

Apenas 1 rapaz confirma a experimentação deste consumo, sendo que o fez 1 ou 2 vezes.

Alguma vez “snifaste” cola, componentes de sprays, ou inalaste tintas para ficares “pedrado”?

Dois alunos mencionam já ter experimentado a “snifar” cola, componentes de sprays ou inalação de tintas com o intuito de ficar pedrado. Um pertence ao género masculino e outro ao género feminino.

Durante a tua vida, quantas vezes “snifaste” cola, aspirastes sprays, ou inalaste tintas para ficares “pedrado”?

Apenas dois adolescentes relatam ter “snifado” cola, aspirado sprays, ou inalado tintas para ficar “pedrado”, sendo que o fizeram apenas 1 ou 2 vezes ao longo da vida.

Alguma vez já experimentaste alguma droga ilegal para além de marijuana, cola ou alucinogénios (como speed, cocaína, crack, heroína)?

Dois elementos da amostra responderam já ter experimentado, ao longo da vida, drogas como speed, cocaína, crack ou heroína, escolhendo a opção de frequência de 1 ou 2 vezes ao longo da vida.

Alguma vez tomaste esteroides em comprimidos ou injeções sem receita médica?

Apenas um adolescente do género masculino faz referência à toma de esteroides sem receita médica, numa frequência de 1 ou 2 vezes ao longo da vida.

Alguma vez usaste uma seringa para injetar uma droga ilegal no teu corpo?

Dois alunos afirmam já ter usado uma seringa para injetar drogas ilegais no corpo ao longo da vida, a rapariga na opção de frequência de 1 vez e o rapaz na opção de 2 ou mais vezes.

Nos últimos 12 meses, alguém te ofereceu, vendeu ou deu uma droga ilegal nos espaços pertencentes à escola?

Quando questionados se nos últimos 12 meses alguém lhe ofereceu, vendeu ou deu uma droga ilegal nos espaços pertencentes à escola, 5 alunos responderam afirmativamente.

Com quem experimentaste pela 1ª vez uma droga ilegal?

Dos 10 alunos que afirma ter experimentado drogas ilegais, 9 realizaram-no com amigos e 1 fê-lo sozinho.

2.13 Comportamento Sexual

Alguma vez tiveste relações sexuais?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º(n=36)	8º(n= 56)	9º(n= 57)
Sim	24/16,1%	9/16,7%	15/15,8%	1/2,7%	11/19,6%	12/21,1%
Não	125/83,9%	45/83,3%	80/84,2%	35/97,2%	45/80,4%	45/78,9%

Dos 149 alunos constituintes da nossa amostra 16,1% já iniciaram a sua vida sexual. Constatase igual distribuição entre géneros.

Que idade tinhas quando tiveste pela primeira vez uma relação sexual?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º(n= 56)	9º(n= 57)
11 anos	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
12 anos	3/2%	3/5,6%	0/0%	1/2,7%	0/0%	2/3,5%
13 anos	5/3,4%	1/1,9%	4/4,2%	0/0%	4/7,1%	1/1,8%
14 anos	9/6%	2/3,7%	7/7,4%	0/0%	5/8,9%	4/7%
15 anos	3/2%	2/3,7%	1/1,1%	0/0%	1/1,8%	2/3,5%
16 anos ou +	4/2,7%	1/1,9%	3/3,2%	0/0%	1/1,8%	3/5,3%

Durante a tua vida, com quantas pessoas tiveste relações sexuais?

Dos 24 alunos que afirmam ter tido a primeira relação sexual, 18 (75%) declaram que, ao longo da vida, apenas tiveram um parceiro. No entanto, 2 alunos (8,3%) revelam já ter tido relações sexuais com 2 parceiros, outros 2 proferem que já tiveram 3 parceiros e 1 adolescente que refere ter tido 4 parceiros ao longo da vida.

Nos últimos 3 meses, com quantas pessoas tiveste relações sexuais?

Ao questionar a nossa amostra que já iniciou a vida sexual, sobre o número de parceiros com quem tiveram relações sexuais nos últimos 3 meses, averiguasse que 13 (54%) não tiveram relações no período temporal referido. Dos 11 alunos que o fizeram (37,5%) apenas teve um parceiro, 4,2% (1 aluno) diz ter tido relações com 2 pessoas e outro aluno com mais de 6 pessoas.

Da última vez que tiveste relações sexuais, tinhas bebido álcool ou consumido drogas antes?

Dos 24 alunos que teve relações sexuais, 2 (8,3%) afirmam que, da última vez, o fizeram sob o efeito de álcool ou drogas.

Da última vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro/parceira usaram preservativo?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Sim	19/12,8%	7/13%	12/12,6%	1/2,7%	9/16,1%	9/15,8%
Não	5/3,4%	2/3,7%	3/3,1%	0/0%	2/3,6%	3/5,3%
Omissos	125/83,9%					

Confirma-se que, dos 24 inquiridos que iniciou a sua vida sexual, 79,2% (19 alunos) usaram preservativo na última vez que tiveram relações sexuais.

Da última vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro/parceira usaram algum método para evitar uma gravidez?

Constata-se ainda que, 4 alunos afirmam não ter utilizado qualquer método contraceptivo para prevenir uma gravidez, 5 afirmam ter tomado a pilula. Dois adolescentes afirmam já ter engravidado ou ter engravidado alguém.

Quantas vezes é que ficaste grávida ou engravidaste alguém?

Dois adolescentes afirmam já ter engravidado ou ter engravidado alguém.

2.14 PESO CORPORAL

Como é que describes o teu peso?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Muito baixo peso	5/3,4%	2/3,7%	3/3,2%	2/5,6%	1/1,8%	9/15,8%
Ligeiramente baixo	20/13,4%	6/11,1%	14/14,7%	3/8,3%	8/14,3%	2/3,6%
O peso certo	75/50,3%	33/61,1%	42/44,2%	19/52,8%	29/51,8%	27/47,4%
Ligeiramente elevado	42/28,2%	12/22,2%	30/31,6%	9/25%	15/26,8%	18/31,6%
Muito peso	7/4,7%	1/0,7%	6/6,3%	3/8,3%	3/5,4%	1/1,8%

A maioria da amostra (50,3%) considera ter um peso adequado. No entanto verifica-se que 13,4% e 3,4% revela ter, respetivamente, peso ligeiramente baixo e muito baixo peso. 28,2% afirma ter peso ligeiramente elevado e 4,7% muito peso.

É o género feminino quem mais refere que tem peso ligeiramente elevado ou muito peso. A maioria dos rapazes (50,3%) refere ter o peso certo.

O que é que estás a tentar fazer acerca do teu peso?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Perder peso	59/39,6%	15/27,8%	44/46,3%	12/33,3%	23/41,1%	24/42,1%
Ganhar peso	18/12,1%	7/13%	11/11,6%	5/13,9%	6/10,7%	7/12,3%
Manter o peso	46/30,9%	19/35,2%	27/28,4%	13/36,1%	17/30,4%	16/28,1%
Nada	26/17,4%	13/24,1%	13/13,7%	6/16,7%	10/17,9%	10/17,5%

Apesar de só 49 alunos afirmar ter peso acima do adequado, verifica-se que 59 ponderam perder peso. Apenas 17,4% na nossa amostra assevera não tentar ganhar ou perder peso.

Verifica-se a predominância no sexo feminino no que respeita ao querer perder peso. São os adolescentes do 8º e do 9º ano a fazer referência ao facto de ponderar perder peso.

Nos últimos 30 dias, praticaste exercício para perder ou evitar peso?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
		Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)
Sim	84/56,4%	29/53,7%	55/57,9%	19/52,8%	34/60,7%	31/54,4%
Não	65/43,6%	25/46,3%	40/42,1%	17/47,2%	22/39,3%	26/45,6%

Conclui-se que 56,4% dos adolescentes praticou exercício físico para evitar ganhar ou perder peso, demonstrando uma preocupação com o peso corporal.

Constata-se uma ligeira predominância de raparigas a relatar este comportamento.

Nos últimos 30 dias, comeste menos, ingeriste menos calorias ou alimentos pobres em gordura para perder peso ou para evitar ganhar peso?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
		Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)
Sim	51/34,2%	16/29,6%	35/36,8%	12/33,3%	24/42,9%	15/26,3%
Não	98/65,8%	38/70,4%	60/63,2%	24/66,7%	32/57,1%	42/73,7%

Relativamente à ingestão deficitária de calorias ou ingestão de alimentos pobres em gordura para perder ou evitar ganhar peso, verifica-se que 34,2% da nossa amostra (51 alunos) afirma este comportamento, nos últimos 30 dias.

Este comportamento é mais relatado por raparigas. São também os adolescentes do 8º ano a narrar mais frequentemente a ingestão deficitária de calorias.

Nos últimos 30 dias, estiveste sem comer 24 horas ou mais (também chamado jejum) para perder peso ou para evitar ganhar peso?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
		Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)
Sim	5/3,4%	3/5,6%	2/2,1%	0/0%	4/7,1%	1/1,8
Não	144/96,6%	51/94,4%	93/97,9%	36/100%	52/92,9%	56/98,2%

No período temporal referido, apenas 5 alunos (3,4%) confirmam ter praticado jejum durante 24 horas.

São os rapazes e os alunos do 8º ano de escolaridade que mais relatam a prática de jejum de 24 horas, como medida de controlo do peso corporal.

Nos últimos 30 dias, tomaste algum comprimido, pó ou líquidos sem conselho médico, para perder peso ou evitar ganhar peso (não incluas produtos para substituir refeições, como “SLIM FAST” ou “HERBALIFE” ou “SKIMFORM”)?

3 adolescentes, ou seja, 2% da nossa amostra confirmam ter tomado medicação sem prescrição médica, com o intuito de perder, ganhar ou evitar ganhar peso. Todos pertencem ao género masculino.

Nos últimos 30 dias, vomitaste ou tomaste laxantes para perder peso ou para evitar ganhar peso?

Apenas uma rapariga admite ter vomitado ou tomado laxantes para perder ou evitar ganhar peso.

2.15 Comportamento Alimentar

Como é que descreves o teu padrão alimentar?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Como alimentos variados, incluindo produtos de origem animal	130/87,2%	48/88,9%	82/86,3%	27/75%	51/91,1%	52/91,2%
Como ovos, lacticínios, peixe e frango, mas evito outras carnes	9/6%	2/3,7%	7/7,4%	4/11,1%	1/1,8%	4/7%
Como ovos e lacticínios, mas evito todas as carnes e peixe	1/0,7%	0/0%	1/1,1%	0/0%	1/1,8%	0/0%
Como ovos, mas evito lacticínios, todas as carnes e peixes	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%	0/0%
Como lacticínios, mas evito ovos, todas as carnes e peixes	5/3,4%	1/1,9%	4/4,2%	4/11,1%	1/1,8%	0/0%
Não como produtos de origem animal	2/1,3%	1/1,9%	1/1,1%	12,8%	1/1,8%	0/0%
Outro	2/1,3%	2/3,7%	0/0%	0/0%	1/1,8%	1/1,8%

Na tabela anterior verificamos que 87,2% garante comer alimentos variados, incluindo produtos de origem animal.

Em média, quantas doses de fruta (fresca, enlatada ou cozinhada) comes por dia? Não incluas sumos de fruta ou frutas secas ou cristalizadas. (Uma dose = a uma peça média. OU 2 pedaços pequenos de fruta OU meia chávena de fruta cozinhada).

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Não como fruta	9/6%	7/13%	2/2,1%	2/5,6%	5/8,9%	2/3,5%
Menos de uma dose dia	24/16,1%	6/11,1%	18/18,9%	7/19,4%	7/12,5%	10/17,5%
1 dose dia	46/30,9%	17/31,5%	29/30,5%	12/33,3%	17/30,4%	17/29,8%
2 doses dia	53/35,6%	22/40,7%	31/32,6%	12/33,3%	19/33,9	22/38,6%
3 ou mais doses dia	17/11,4%	2/3,7%	15/15,8%	3/8,3%	8/14,3%	6/10,5%

No que diz respeito ao consumo de fruta, verifica-se que 6% da amostra declara não comer fruta, 16,1% come menos de uma dose diária e 30,9% apenas uma dose de fruta por dia.

São os rapazes que comem menos fruta.

Em média, quantas doses de vegetais (frescos, enlatados ou congelados) comes por dia? Não incluas sumos de vegetais. (Uma dose = uma batata média OU meia chávena de vegetais cozinhados OU uma chávena de salada vegetais).

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Não como vegetais	9/6%	2/3,7%	7/7,4%	3/8,3%	5/8,9%	1/1,8%
Menos de uma dose dia	34/22,8%	13/24%	21/22,1%	10/27,8%	11/19,6%	13/22,8%
1 dose dia	51/34,2%	22/40,7%	29/30,5%	10/27,8%	23/41,1%	18/31,6%
2 doses dia	34/22,8%	10/18,5%	24/25,3%	9/25%	11/19,6%	14/24,6%
3 doses dia	12/8,1%	4/7,4%	8/8,4%	2/5,6%	3/5,4%	7/12,3%
4 ou mais doses dia	9/6%	3/5,6%	6/6,3%	2/5,6%	31/55,4%	4/7%

Quanto ao consumo de vegetais, 6% não come vegetais, 22,8% ingere menos de uma dose diária, 34,2% ingere uma dose diária, 22,8% consome duas doses, 8,1 três doses e 6% 4 ou mais doses dia.

Nos últimos 7 dias, quantos copos de leite (1 copo = 250ml) bebeste?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
		Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)
Não bebi nos últimos 7 dias	24/16,1%	9/16,7%	15/15,8%	4/11,1%	12/21,4%	8/14%
1 a 3 copos nos últimos 7 dias	34/22,8%	12/22,2%	22/23,2%	6/16,7%	13/23,2%	15/26,3%
4 a 6 copos nos últimos 7 dias	19/12,8%	8/14,8%	11/11,6%	4/11,1%	9/16,1%	6/10,5%
1 copo dia	32/21,5%	9/16,7%	23/24,2%	12/33,3%	7/12,5%	13/22,8%
2 copos dia	21/14,1%	8/14,8%	13/13,7%	7/19,4%	8/14,3%	6/10,5%
3 copos dia	9/6%	3/5,6%	6/6,3%	2/5,6%	4/7,1%	3/5,3%
4 ou mais copos dia	10/6,7%	5/9,3%	5/5,3%	1/2,8%	3/5,4%	6/10,5%

Averigua-se que 51,7% dos alunos do 3º ciclo consome menos de 1 copo de leite diariamente, sendo que destes, 16,1% afirma não ter bebido leite na última semana.

Não se verificam diferenças significativas entre gêneros quanto ao consumo de leite.

Nos últimos 5 dias de aulas, em quantos dias é que não comeste, nem bebeste nada antes de ir para a escola?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
		Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)
0 dias	113/75,8%	47/87%	66/69,5%	27/75%	46/82,1%	40/70,2%
1 dia	9/6%	3/5,6%	6/6,3%	1/2,8%	2/3,6%	6/10,5%
2 dias	7/4,7%	2/3,7%	5/5,3%	3/8,3%	2/3,6%	2/3,5%
3 dias	6/4%	0/0%	6/6,3%	0/0%	2/3,6%	4/7%
4 dias	1/0,7%	0/0%	1/1,1%	1/2,8%	0/0%	0/0%
5 dias	13/8,7%	2/3,7%	11/11,6%	4/11,1%	4/7,1%	5/8,8%

Certifica-se que 75,8% da nossa amostra toma o pequeno almoço em casa antes de ir para a escola. No entanto, 8,7% dos adolescentes afirma que foi em jejum para a escola nos últimos 5 dias (antes da recolha de dados).

São as raparigas que com maior frequência não comem nada antes de ir para a escola.

2.16 Atividade Física

Em quantos dos últimos 7 dias praticaste exercício físico ou participaste em atividades físicas, durante pelo menos 20 minutos, em que transpiraste e ficaste com a respiração mais acelerada, tais como: basquetebol, futebol, correr, nadar, andar de bicicleta rapidamente, dança rápida ou atividades de aeróbica semelhantes?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
0 dias	17/11,4%	6/11,1%	11/11,6%	3/8,3%	6/10,7%	8/14%
1 dia	8/5,4%	2/3,7%	6/6,3%	0/0%	4/7,1%	4/7%
2 dias	40/26,8%	7/13%	33/34,7%	10/27,8%	14/25%	16/28,1%
3 dias	28/18,8%	15/27,8%	13/13,7%	5/13,9%	14/14/25%	9/15,8%
4 dias	18/12,1%	7/13%	11/11,6%	3/8,3%	7/12,5%	8/14%
5 dias	15/10,1%	8/14,8%	7/7,4%	8/22,2%	2/3,6%	5/8,8%
6 dias	3/2%	2/2,7%	1/1,1%	0/0%	2/3,6%	1/1,8%
7 dias	20/13,4%	7/13%	13/13,7%	7/19,4%	7/12,5%	6/10,5%

A grande maioria (88,6%) praticou pelo menos 1 vez, nos últimos 7 dias, exercício físico esforçado. Não se verificam diferenças significativas entre géneros no que diz respeito à afirmação de não ter praticado atividade física intensa na última semana. Verifica-se, no entanto, que a referência a 0 dias de exercício intenso vai aumentando proporcionalmente ao ano de escolaridade.

As raparigas afirmam com maior frequência a realização desta atividade durante dois dias na última semana. Os rapazes relatam com maior frequência ter efetuado esta experiência de atividade física durante 3 dias, na última semana.

Em quantos dos últimos 7 dias praticaste exercício físico ou participaste em atividades físicas, durante pelo menos 30 minutos, que não te fizeram transpirar ou respirar mais rapidamente, tais como andar, andar calmamente de bicicleta?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
0 dias	69/46,3%	18/33,3%	51/53,7%	18/50%	26/46,4%	25/43,9%
1 dia	14/9,4%	5/9,3%	9/9,5%	3/8,3%	4/7,1%	7/12,3%
2 dias	14/9,4%	9/16,7%	5/5,3%	3/8,3%	5/8,9%	6/10,5%
3 dias	16/10,7%	6/11,1%	10/10,5%	2/5,6%	8/14,3%	6/10,5%
4 dias	14/9,4%	7/13%	7/7,4%	4/11,1%	5/8,9%	5/8,8%
5 dias	8/5,4%	3/5,6%	5/5,3%	3/8,3%	1/1,8%	4/7%
6 dias	3/2%	1/1,9%	2/2,1%	2/5,6%	1/1,8%	0/0%
7 dias	11/7,4%	5/9,3%	6/6,3%	1/2,8%	6/10,7%	4/7%

Quase metade da nossa amostra (46,3%) refere não ter praticado exercício físico durante pelo menos 30 minutos na semana antecedente à coleta de dados. As raparigas são predominantes na afirmação de 0 dias de atividade física de pelo menos 30 minutos dia. Há um ligeiro decréscimo desta afirmação à medida que aumenta o ano de escolaridade.

Em quantos dos últimos 7 dias é que fizeste exercício para fortalecer ou tonificar os teus músculos, tais como abdominais, flexões ou levantamento de pesos?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
		Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)
0 dias	49/32,9%	17/31,5%	32/33,7%	12/33,3%	21/37,5%	16/28,1%
1 dia	34/22,8%	12/22,2%	22/23,2%	7/19,4%	11/19,6%	16/28,1%
2 dias	22/14,8%	4/7,4%	18/18,9%	8/22,2%	10/17,9%	4/7%
3 dias	16/10,7%	8/14,8%	8/8,4%	3/8,3%	1/1,8%	12/21,1%
4 dias	8/5,4%	5/9,3%	3/3,2%	2/5,6%	2/3,6%	4/7%
5 dias	9/6%	6/4%	3/3,2%	1/2,8%	7/12,5%	1/1,8%
6 dias	2/1,3%	0/0%	2/2,1%	0/0%	1/1,8%	1/1,8%
7 dias	9/6%	2/3,7%	7/7,4%	3/8,3%	3/5,4%	3/5,3%

Verificamos que 67,1% da nossa amostra realizou exercício físico no intuito de fortalecer ou tonificar os músculos. Não se verificam diferenças entre gêneros nesta afirmação.

Em geral, num dia de escola, quantas horas por dia vês televisão?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
		Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)
Não vejo televisão nos dias em que tenho escola	6/4%	2/3,7%	4/4,2%	2/5,6%	2/3,6%	2/3,5%
Menos de 1 hora por dia	38/25,5%	12/22,2%	26/27,4%	12/33,3%	13/23,2%	13/22,8%
1 hora por dia	38/25,5%	16/29,6%	22/23,2%	8/22,2%	15/26,8%	15/26,3%
2 horas por dia	42/28,2%	18/33,3%	24/25,3%	10/27,8%	16/28,6%	16/28,1%
3 horas por dia	17/11,4%	3/5,6%	14/14,7%	4/11,1%	7/12,5%	6/10,5%
4 horas por dia	4/2,7%	3/5,6%	1/1,1%	0/0%	1/1,8%	3/5,3%
5 ou mais horas por dia	4/2,7%	0/0%	4/4,2%	0/0%	2/3,6%	2/2,5%

A maior parte da nossa amostra (55%) revela que nos dias de aulas vê 1 hora ou menos de televisão por dia. Por sua vez, 42 adolescentes (28,2%) assumem ver televisão mais de 2 horas, 11,4% mais de 3 horas, 2,7% mais de 4 horas e 2,7% diz ver 5 ou mais horas diárias de televisão, em dias de escola.

Não se constata diferenças significativas entre gêneros e entre anos de escolaridade.

Em geral, numa semana de aulas, quantos dias vais às aulas de Educação Física?

94% dos alunos refere ir às duas aulas de educação física semanais.

Nos últimos 12 meses, em quantas equipas de desporto jogaste?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
0 equipas	68/45,6%	25/46,3%	43/45,2%	11/30,6%	23/41,15	34/59,6%
1 equipa	50/33,6%	21/38,9%	29/25,3%	13/36,1%	22/39,3%	15/26,3%
2 equipas	21/14,1%	6/11,1%	15/15,8%	8/22,2%	9/16,1%	4/7%
3 ou mais equipas	10/6,7%	2/3,7%	8/8,4%	4/11,1%	2/3,6%	4/7%

No que diz respeito o número de equipas de desporto em que jogou nos últimos 12 meses, verificamos que 45,6% da amostra não pertenceu a nenhuma equipa. Não existem diferenças entre gêneros no relato de não pertencer a nenhuma equipa de desporto. A ausência de participação em equipas desportivas vai aumentando proporcionalmente ao ano de escolaridade.

Por sua vez, 33,6% jogou numa equipa de desporto, 14,1% em duas e 6,7% em 3 ou mais.

Nos últimos 30 dias, foste visto por um enfermeiro ou por um médico devido a alguma lesão causada pela prática de exercício físico ou atividade desportiva?

	Frequência Numérica/Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Não pratiquei exercício	7/4,7%	3/5,6%	4/4,2%	1/2,8 %	3/5,4%	3/5,3%
Sim	32/21,5%	10/18,5%	22/23,2%	11/30,6%	12/21,4%	9/15,8%
Não	110/73,8%	41/75,9%	69/72,6%	24/66,7%	41/73,2%	45/78,9%

Constata-se que, 21,5% da nossa amostra refere que, nos últimos 30 dias, necessitou de cuidados médicos devido a lesões provocadas pela prática de desporto ou atividade física.

2.17 Saúde Oral

Quando foi a última vez que foste a uma consulta de dentista para fazer exame de rotina, outro exame, limpeza de dentes ou outro tratamento dentário?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Nos últimos 12 meses	99/66,4%	37/68,5%	62/65,3%	22/61,1%	38/67,9%	39/68,4%
Nos últimos 12 a 24 meses	11/7,4%	6/11,1%	5/5,3%	3/8,3%	2/3,6%	6/10,5%
Há mais de 24 horas	7/4,7%	1/1,9%	6/6,3%	2/5,6%	1/1,8%	4/7%
Nunca	2/1,3%	2/3,7%	0/0%	1/2,8%	0/0%	1/1,8%
Não tenho a certeza	30/20,1%	8/14,8%	22/23,2%	8/2,2%	15/26,8%	7/12,3%

Grande parte da amostra constituinte do presente diagnóstico de situação afirma a efetivação de uma consulta no dentista nos últimos 12 meses. Verifica-se a maioria da nossa amostra revela preocupação com a saúde oral.

Não se verificam diferenças significativas entre género, ano de escolaridade e preocupação com a saúde oral.

2.18 Proteção Solar

Com que frequência é que usaste protetor solar quando estiveste ao ar livre no último verão?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Gêneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º(n=36)	8º(n= 56)	9º(n= 57)
Nunca	11/7,4%	6/11,1%	5/5,2%	2/5,6%	5/8,9%	4/7%
Algumas vezes	55/36,9%	20/37%	35/36,8%	14/38,9%	19/33,9%	22/38,6%
Frequentemente	52/34,9%	19/35,2%	33/34,7%	8/22,2%	21/37,5%	23/40,4%
Sempre	31/20,8%	9/16,7%	22/23,2%	12/33,3%	11/19,6%	8/14%

No que diz respeito à frequência de uso de protetor solar, verificamos que para a maioria (55,7%) o comportamento está presente. No entanto, é de salientar que a percentagem de adolescentes com ausência demonstrada deste comportamento é bastante grande (44,3%).

Com que frequência usaste chapéu para prevenires queimaduras do sol no último verão?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Nunca	53/35,6%	18/33,3%	35/36,8%	11/30,6%	20/35,7%	22/38,6%
Algumas vezes	58/38,9%	19/35,2%	39/41,1%	11/30,6%	24/66,7%	23/40,4%
Frequentemente	25/16,8%	12/22,2%	13/13,7%	8/22,2%	10/27,8%	7/12,3%
Sempre	13/8,7%	5/9,3%	8/8,4%	6/16,7%	2/5,6%	5/8,8%

A preocupação com a ausência de comportamento de proteção solar torna-se ainda mais elevada quando se verifica que 74,5% dos adolescentes nunca ou raramente usa chapéu para se proteger de queimaduras solares.

Os que mais frequentemente afirmam nunca usar chapéu pertencem ao género feminino e ao 9º ano de escolaridade.

Com que frequência é que usaste roupa para te protegeres de queimaduras do sol?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Nunca	43/28,9%	12/22,2%	31/32,6%	12/33,3%	15/26,8%	16/28,1%
Algumas vezes	54/36,2%	23/42,6%	31/32,6%	11/30,6%	21/37,5%	22/38,6%
Frequentemente	32/21,5%	10/18,5%	22/23,2%	9/25%	11/19,6%	12/21,1%
Sempre	20/13,4%	9/16,7%	11/11,6%	4/11,1%	9/16,1%	7/12,3%

28,9% dos adolescentes nunca usa roupa para se proteger de queimaduras solares. São as raparigas que referem com mais frequência nunca o fazer.

Com que frequência é que usaste uma sombra para te protegeres de queimaduras do sol?

	Frequência Numérica/ Frequência Percentual (%)	Comparação entre Géneros		Comparação entre Anos de Escolaridade		
	Total (n= 149)	M (n=54)	F (n=95)	7º (n=36)	8º (n= 56)	9º (n= 57)
Nunca	11/7,4%	5/9,3%	6/6,3%	2/5,6%	6/10,7%	3/5,3%
Algumas vezes	45/30,2%	19/35,2%	26/27,4%	14/38,9%	18/32,1%	13/22,8%
Frequentemente	54/36,2%	15/27,8%	39/41,1%	13/36,1%	18/32,1%	23/40,4%
Sempre	39/26,2%	15/27,8%	24/25,3%	7/19,4%	14/25%	18/31,6%

Mais de metade da amostra revela usar a sombra para se proteger do sol.

Apêndice 2

Termo de Consentimento Informado dirigido aos Encarregados de Educação

Pedido de consentimento informado para os encarregados de educação

Exmo.(a) Sr.(a)

Encarregado (a) de Educação

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de questionários para estudo de investigação de âmbito académico.

Eu, Carmen Dolores Roque Agostinho, enfermeira no Hospital do Espírito Santo de Évora - EPE, a realizar Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, em associação entre cinco escolas (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias), sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Belo e da Supervisão da Enfermeira Vanda Falcato, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a, autorização para a aplicação de questionários ao seu educando.

Pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária consignada aos Comportamentos de risco em adolescentes. O estudo tem como objetivos: caracterizar a população escolar no que diz respeito aos comportamentos de risco e analisar alguns determinantes que influenciam os comportamentos de risco nos adolescentes. A população-alvo do estudo serão os alunos que frequentam o 3º ciclo da Escola que o seu educando frequenta

Solicita-se a sua autorização para a aplicação do questionário ao seu educando.

De referir que serão respeitados os princípios éticos, anonimato, confidencialidade e a privacidade dos participantes.

Desde já o meu obrigado.

...../...../2017

A Aluna

A Supervisora

Declaração de consentimento informado

Pai/Encarregado(a) de Educação do aluno _____
declaro que autorizo/não autorizo (riscar o que não interessa) a participação do meu
educando no preenchimento do questionário para efeitos de trabalho de investigação, após
ter sido informado (a) dos objetivos do estudo e me ter sido garantido o direito à
confidencialidade durante o processo.

Data/...../.....

Assinatura

Apêndice 3

Apresentação do Diagnóstico de Saúde à Equipa do PES

12/04/2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
CENTRO DE INVESTIGACÃO EM ENFERMAGEM
CENTRO DE SAÚDE
EPIC
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA

“Uma fotografia” dos alunos do 3º Ciclo da



Autora:
Carmen Agostinho
Orientadora:
Prof. Ana Paula Belo (PhD)
Colaboradores:
Enf. Vanda

3 de outubro de 2017

OBJETIVOS

- Monitorizar os comportamentos de risco desta população, de acordo com o seu contexto específico
- Compreender quais os comportamentos de risco que prevalecem,
- Identificar os fatores de risco e de proteção associados aos comportamentos de risco identificados
- Dar a conhecer o diagnóstico de saúde efetuado



Desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, envolvendo o indivíduo e todo o ambiente envolvente



12/04/2018

POPULAÇÃO ALVO

- Alunos do 3º Ciclo da Escola

AMOSTRA

- Os alunos que entregaram em tempo útil o consentimento informado e autorização de resposta dos pais ao questionário aplicado



- 1) Características sociodemográficas;
- 2) Estrutura familiar;
- 3) Perceção do desempenho escolar;
- 4) Ambiente escolar;
- 5) Adaptação social;
- 6) Suporte social pelos pais amigos, pares, agentes educativos e outros adultos;
- 7) Saúde e bem-estar;
- 8) Altura e peso corporal;
- 9) Segurança e acidentes;
- 10) Comportamentos de violência;
- 11) Humor depressivo e ideação suicida;
- 12) Consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas;
- 13) Comportamento sexual;
- 14) Perceção do peso corporal e hábitos alimentares;
- 15) Atividade física;
- 16) VIH/ SIDA;
- 17) Uso de serviços de saúde dentária;
- 18) Proteção solar.

O INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Questionário

Comportamentos de risco

Versão Portuguesa – 2008

Youth Risk Behavior Survey (YRBS)
desenvolvido pelo CDC (Centers for
Disease Control and Prevention)

106 questões
organizadas
em 18
domínios



12/04/2018

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – ESTRUTURA FAMILIAR

Escolaridade do pai?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não completou a Primária	1	,7	,7	,7
	Completou a primária	11	7,4	7,4	8,1
	Completou o 6º ano	22	14,8	14,8	22,9
	Completou o 9º ano	36	24,2	24,2	47,0
	Completou o 12º ano	43	28,9	28,9	75,8
	Completou um curso técnico-profissional	3	2,0	2,0	77,9
	Completou um curso superior	16	10,7	10,7	88,6
	Não sei	17	11,4	11,4	100,0
Total	149	100,0	100,0		

Escolaridade da mãe?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Completou a primária	9	6,0	6,0	6,0
	Completou o 6º ano	18	12,1	12,1	18,1
	Completou o 9º ano	24	16,1	16,1	34,2
	Completou o 12º ano	54	36,2	36,2	70,5
	Completou um curso técnico-profissional	7	4,7	4,7	75,2
	Completou um curso superior	26	17,4	17,4	92,6
	Não sei	11	7,4	7,4	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – PERCEÇÃO DO RENDIMENTO ESCOLAR

Durante os últimos 12 meses, como é que descreverias o teu rendimento escolar?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Muito Bom	24	16,1	16,1	16,1
	Bom	62	41,6	41,6	57,7
	Suficiente	55	36,9	36,9	94,6
	Insuficiente	8	5,4	5,4	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

12/04/2018

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – PERCEÇÃO DO AMBIENTE ESCOLAR

As pessoas na escola (professores, funcionários ou outros adultos) preocupam-se contigo?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	nada	26	17,4	17,4	17,4
	Mais ou menos	86	57,7	57,7	75,2
	Muito	37	24,8	24,8	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

Este ano, sentes que fazes parte da escola?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim, sempre	99	66,4	66,4	66,4
	Por vezes	45	30,2	30,2	96,6
	Nunca	5	3,4	3,4	100,0
	Total	149	100,0	100,0	



CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – PERCEÇÃO DO AMBIENTE ESCOLAR

Com que frequência os professores da escola tratam os alunos de forma justa?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Quase nunca	8	5,4	5,4	5,4
Por vezes	58	38,9	38,9	44,3
Na maioria das vezes	83	55,7	55,7	100,0
Total	149	100,0	100,0	



Envolvimento com a escola



CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – ADAPTAÇÃO SOCIAL

Este ano, na escola, tens tido problemas a relacionar-te com outros alunos?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Com todos eles	3	2,0	2,0	2,0
	Com alguns deles	14	9,4	9,4	11,4
	Com um ou dois	30	20,1	20,1	31,5
	Não, eu dou-me bem com os outros alunos	102	68,5	68,5	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

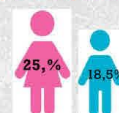


Este ano, na escola, já te sentiste provocado ou ameaçado por outros estudantes?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim, frequentemente	7	4,7	4,7	4,7
	Sim, algumas vezes	24	16,1	16,1	20,8
	Não, nunca	118	79,2	79,2	100,0
	Total	149	100,0	100,0	

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – ADAPTAÇÃO SOCIAL

20,8% já se sentiu provocado



É sexo feminino aquele que mais manifesta ter sido provocado.

Não se verificam diferenças significativas entre os anos de escolaridade e o sentir-se provocado



Os dados do estudo da HBSC/OMS referem que **61,3%** dos jovens nunca foi provocado



CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA – SUPORTE SOCIAL PELOS PAIS AMIGOS, PARES, AGENTES EDUCATIVOS E OUTROS ADULTOS;

A quem recorres quando tens problemas?

71,1% - mãe ou madrasta

48,6% - pai ou padrasto,
13,4% - irmã
16,1% - irmão
14,8% - avô ou avó
4% - tios
4% - outros familiares.

68% - a amigos

8,1% - professores
7,4% - psicólogo
6,7% - não falam com ninguém.

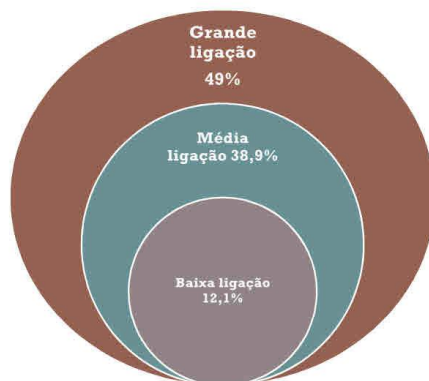
Quem repara em ti, te compreende e conforta?

82,6% - mãe ou madrasta

56,4% - pai ou padrasto,
18,8% - irmã
15,4% - irmão
25,5% - avô ou avó
9,4% - tios

69,8% - a amigos

8,1% - professores
4,7% - psicólogo
2,7% - ninguém.



Não foi revelada relação entre o sexo, a idade e o ano de escolaridade e a ligação e envolvimento com a família.

ENVOLVIMENTO COM A FAMÍLIA

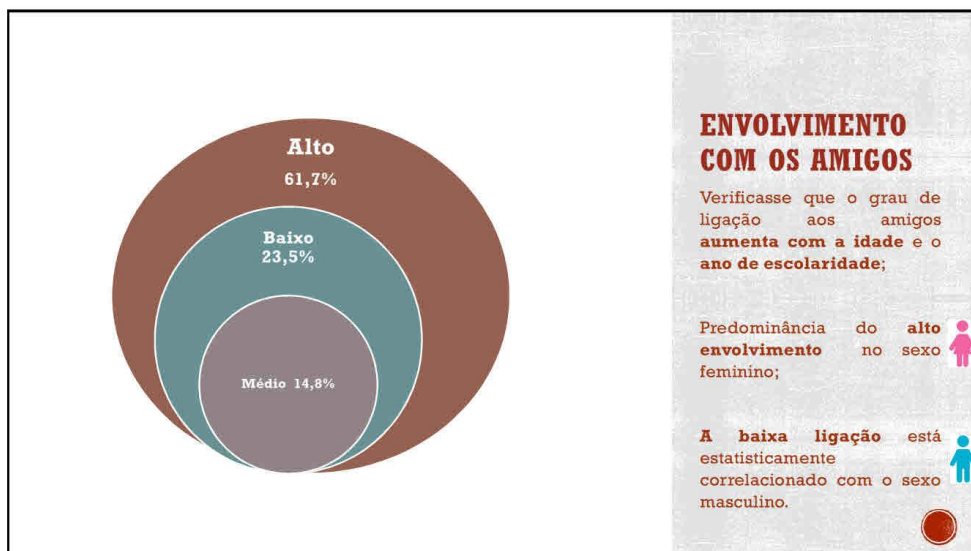
A grande ligação familiar é superior para os adolescentes que “vivem com ambos os pais”.

A média ligação aparece-nos associada ao facto de viverem “com um dos pais” ou “com um dos pais e uma nova família”.

A baixa ligação familiar tem expressão acima do esperado nos adolescentes que “vivem com familiares próximos” ou “outra situação”.



12/04/2018



SAÚDE E BEM ESTAR

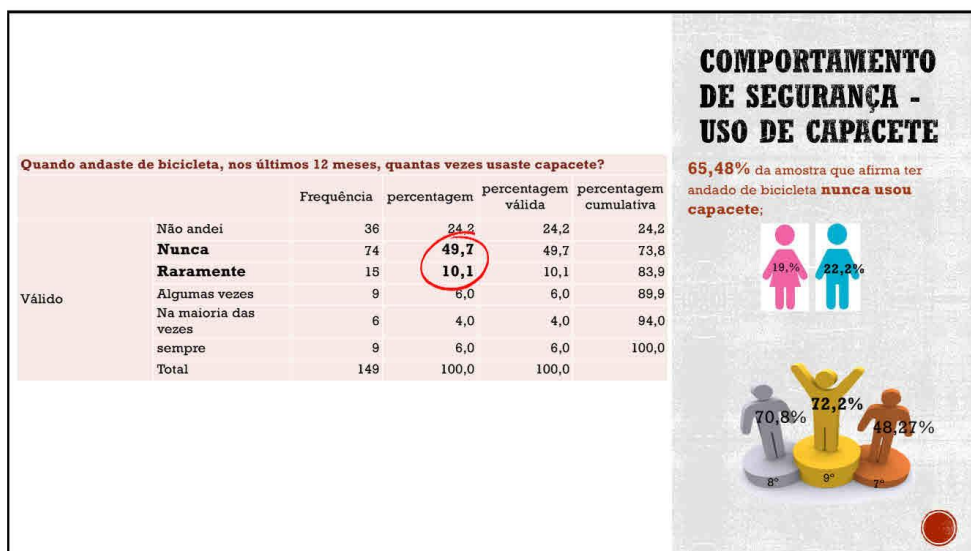
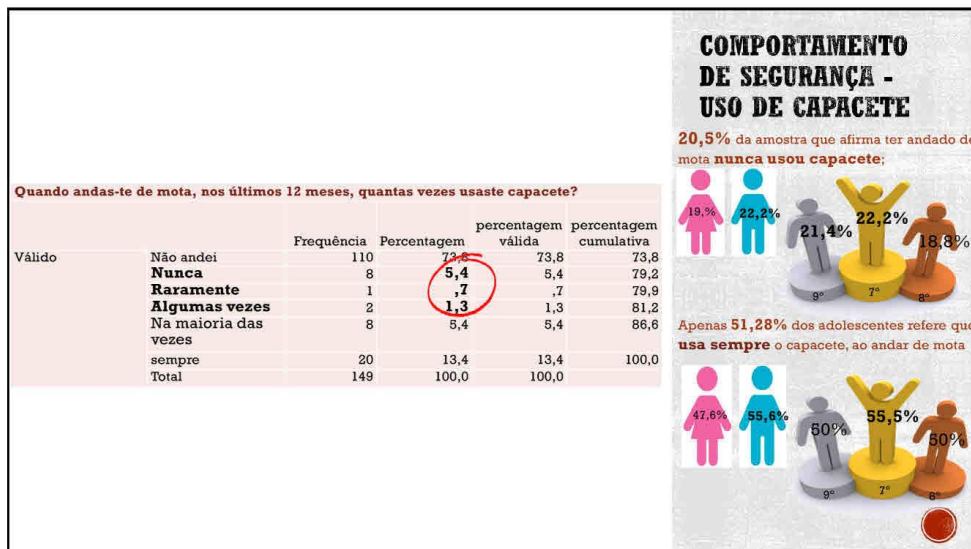
A referência a uma saúde excelente é predominante nas raparigas;

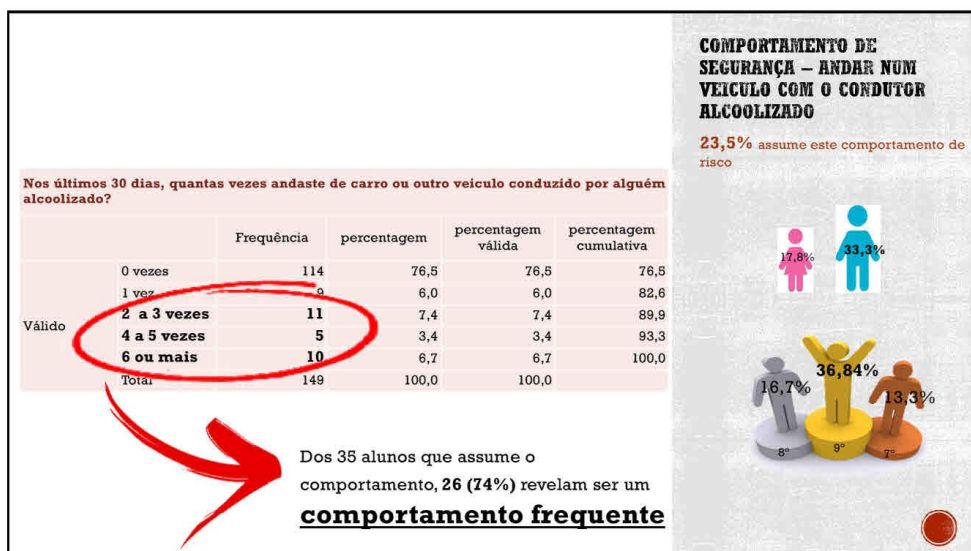
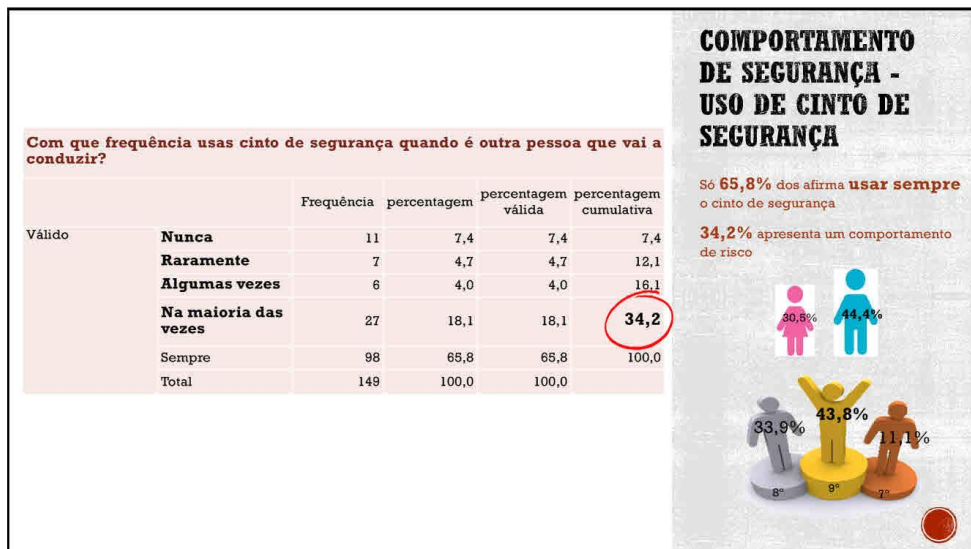
São apenas as raparigas a referir que a sua saúde é fraca ou muito fraca.

Em geral como dirias que é a tua saúde?

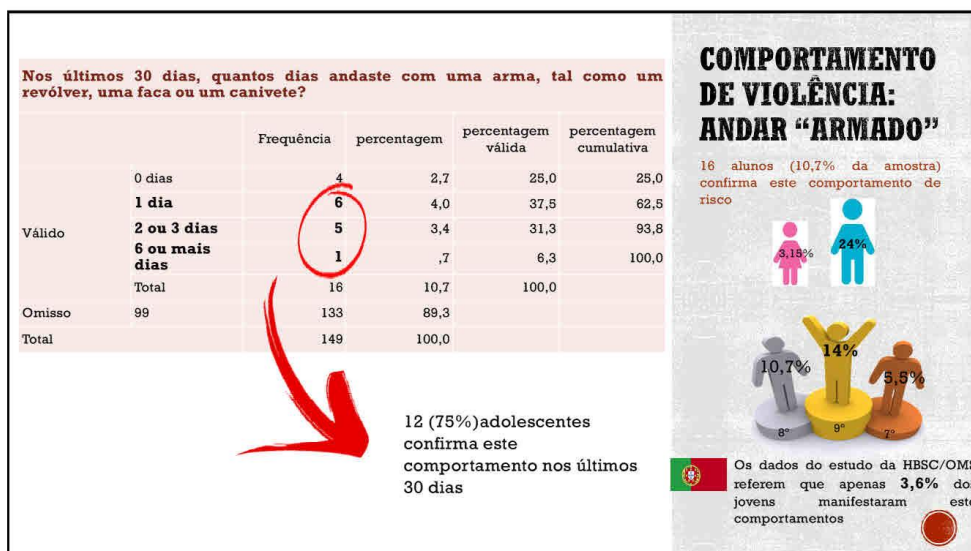
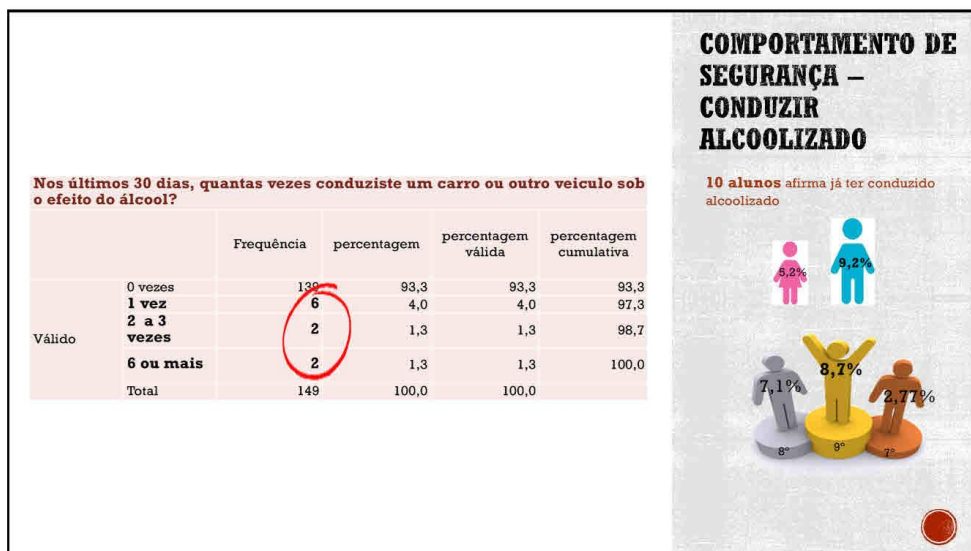
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Excelente	54	36,2	36,2
	Muito boa	55	36,9	73,2
	Boa	36	24,2	97,3
	Fraca	3	2,0	99,3
	Muito fraca	1	,7	100,0
Total	149	100,0	100,0	

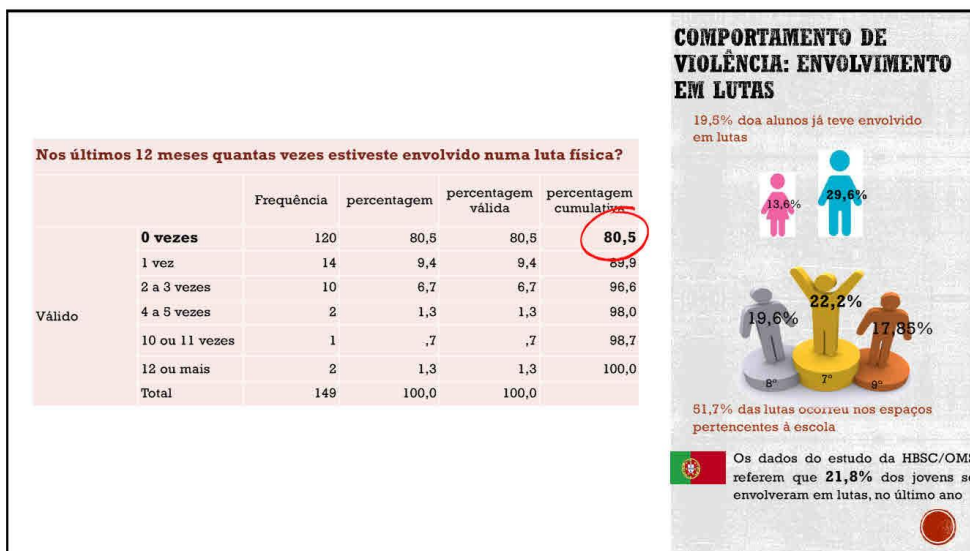
12/04/2018





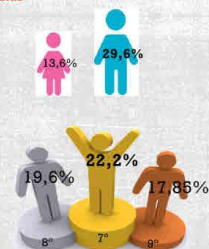
12/04/2018





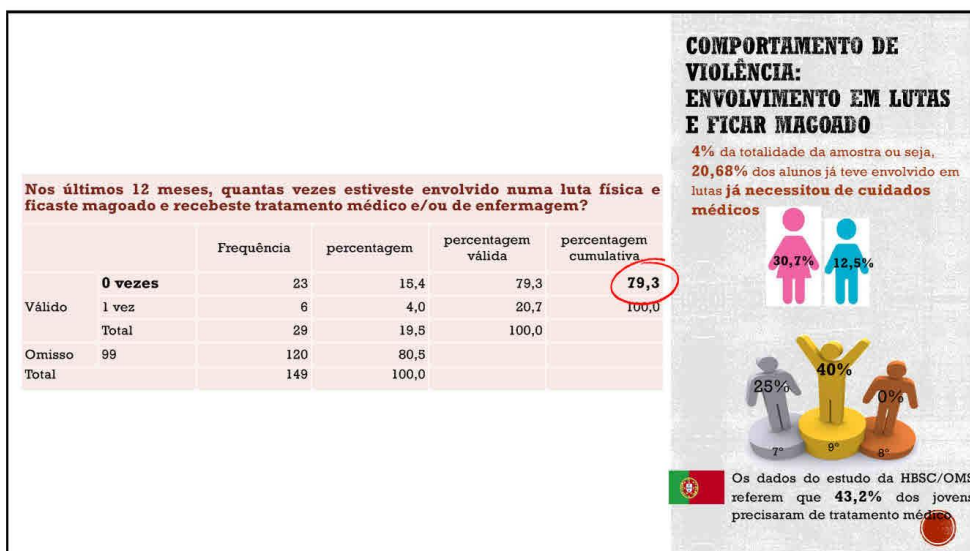
COMPORTAMENTO DE VIOLÊNCIA: ENVOLVIMENTO EM LUTAS

19,5% dos alunos já teve envolvido em lutas



51,7% das lutas ocorreu nos espaços pertencentes à escola

Os dados do estudo da HBSC/OMS referem que 21,8% dos jovens se envolveram em lutas, no último ano



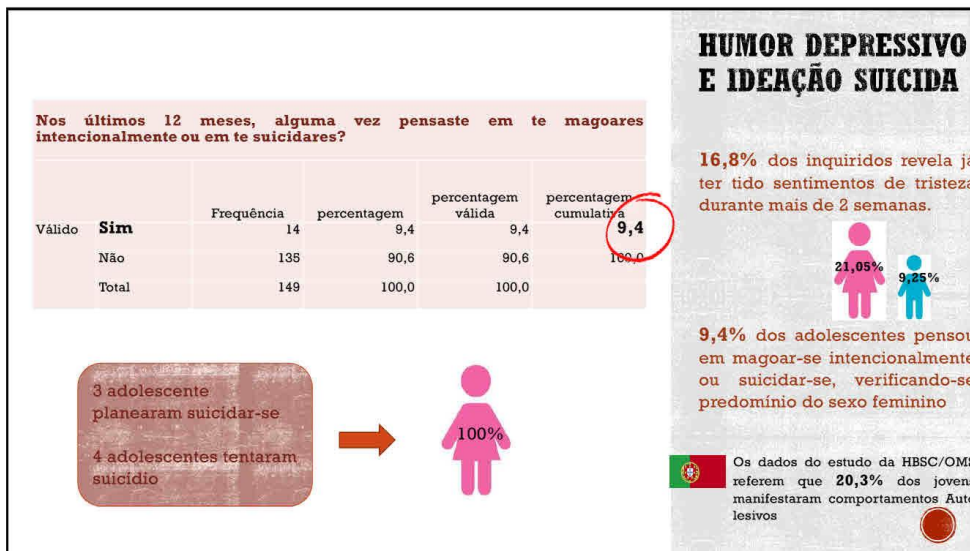
COMPORTAMENTO DE VIOLÊNCIA: ENVOLVIMENTO EM LUTAS E FICAR MAGOADO

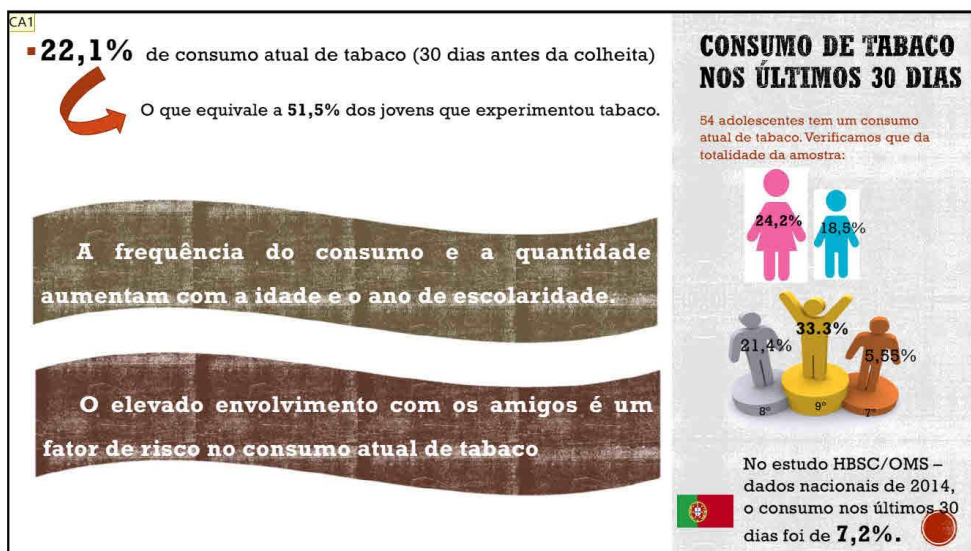
4% da totalidade da amostra ou seja, 20,68% dos alunos já teve envolvido em lutas já necessitou de cuidados médicos



Os dados do estudo da HBSC/OMS referem que 43,2% dos jovens precisaram de tratamento médico

12/04/2018





Onde compraram:

- 13% tabacaria, loja ou supermercado,
- **20,4%** comprou numa máquina,
- 9,3% deu dinheiro a alguém para comprar,
- 16,7% pediu ou cravou cigarros,
- 1,9% tirou de uma loja e/ou familiares

Exposição ao fumo de tabaco:

43% dos alunos afirma não ter estado exposto,;

28,9% esteve exposto menos de 1 hora, 1

6,1% entre 1 a 3 horas,

4% entre 5 a 7 horas

Apenas 2
adolescentes foi
pedido
comprovativo de
identificação

22,2% fumou nos espaços pertencentes à escola.

42,6% relata já ter tentado deixado de fumar nos últimos 12 meses.

Que idades tinhas quando bebeste álcool pela primeira vez para além de goles?

	Frequência	percentagem	percentagem válida	percentagem cumulativa
Válido				
Nunca bebi álcool	56	37,6	37,6	37,6
8 anos ou menos	3	2,0	2,0	39,6
9 ou 10 anos	8	5,4	5,4	45,0
11 ou 12 anos	25	16,8	16,8	61,7
13 o 14 anos	48	32,2	32,2	94,0
15 ou 16 anos	7	4,7	4,7	98,7
16 ou mais anos	2	1,3	1,3	100,0
Total	149	100,0	100,0	

- 16,8% afirma que o fez com 11/12 anos

- 32,2% com 13/14 anos

- Idade de experimentação compreendida entre o 8 anos e os 16 ou mais

Fatores de risco →

- Baixo envolvimento escolar

- Alto envolvimento com os amigos

CONSUMO DE ÁLCOOL

62,4% dos adolescentes já experimentou álcool

63,1% 61,1%

69,6% 82,4% 19,4%

8º 9º 7º

No estudo HBSC/OMS - dados nacionais de 2014, a experimentação de tabaco é de 41,2%.

39,5% de consumo atual de álcool (30 dias antes da colheita)
 O que equivale a 63,4% dos jovens que experimentou álcool.

CONSUMO DE ÁLCOOL NOS ÚLTIMOS 30 DIAS
 59 adolescentes tem um consumo atual de álcool. Verificamos que da totalidade da amostra:

Nos últimos 30 dias, quantos dias bebeste pelo menos uma bebida alcoólica?					
		Frequência	percentagem	percentagem válida	percentagem cumulativa
Válido	0 dias	34	22,8	36,6	36,6
	1 ou 2 dias	32	21,5	34,4	71,0
	3 a 5 dias	15	10,1	16,1	87,1
	6 a 9 dias	10	6,7	10,8	97,8
	10 a 19 dias	2	1,3	2,2	100,0
	Total	93	62,4	100,0	
Omisso	99	56	37,6		
Total		149	100,0		

A frequência do consumo e a quantidade aumentam com a idade e o ano de escolaridade.
O elevado envolvimento com os amigos é um fator de risco no consumo atual de álcool

No estudo HBSC/OMS - dados nacionais de 2014, o consumo nos últimos 30 dias foi de 14,2%.

17,4% confirma embriaguez (30 dias antes da recolha de dados)
 O que equivale a 27,9% dos jovens que experimentou álcool.

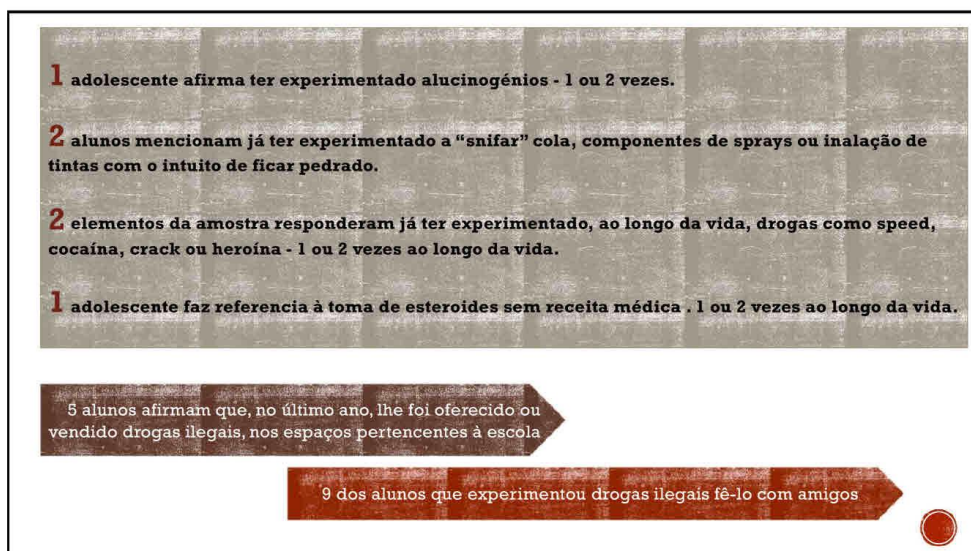
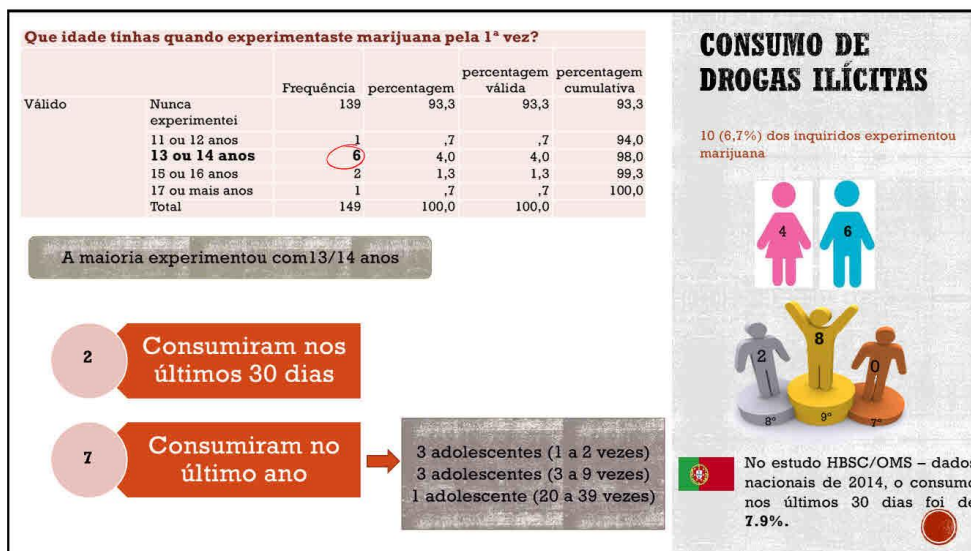
EMBRIAGUEZ NOS ÚLTIMOS 30 DIAS
 28 adolescentes já ficou embriagado. Verificamos que da totalidade da amostra:

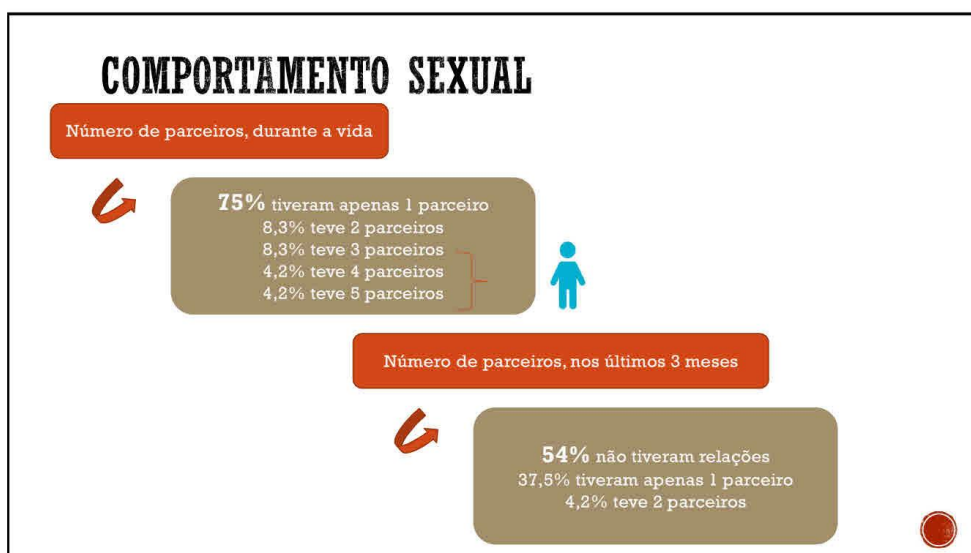
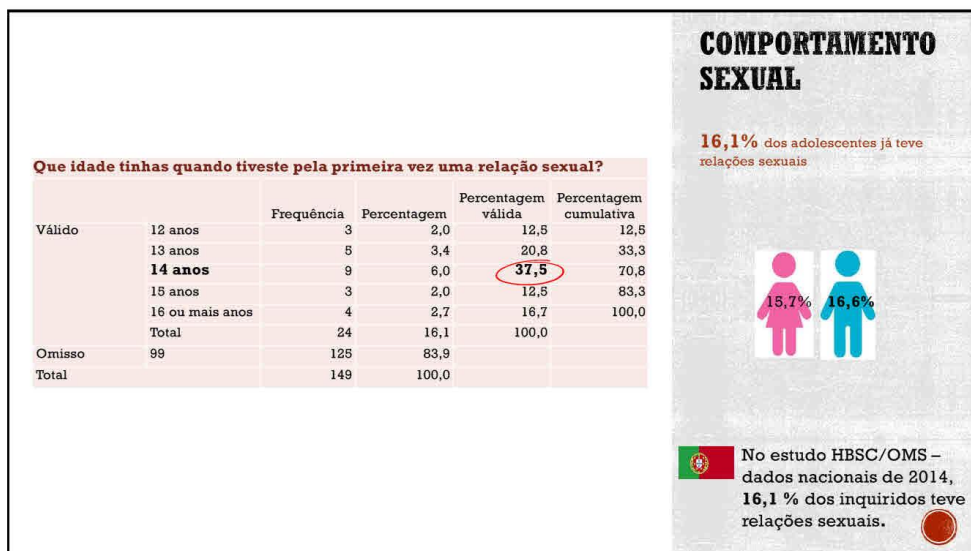
No últimos 30 dias, quantas vezes ficaste embriagado(a)?					
		Frequência	percentagem	percentagem válida	percentagem cumulativa
Válido	0 dias	67	45,0	72,0	72,0
	1 a 2 dias	20	13,4	21,5	93,5
	3 a 5 dias	5	3,4	5,4	98,9
	6 a 9 dias	1	,7	1,1	100,0
	Total	93	62,4	100,0	
Omisso	99	56	37,6		
Total		149	100,0		

92,6% dos alunos refere que os consumos ocorrem fora dos espaços pertencentes à escola
61,3% refere ter iniciado os consumos com amigos e 34,4% com familiares

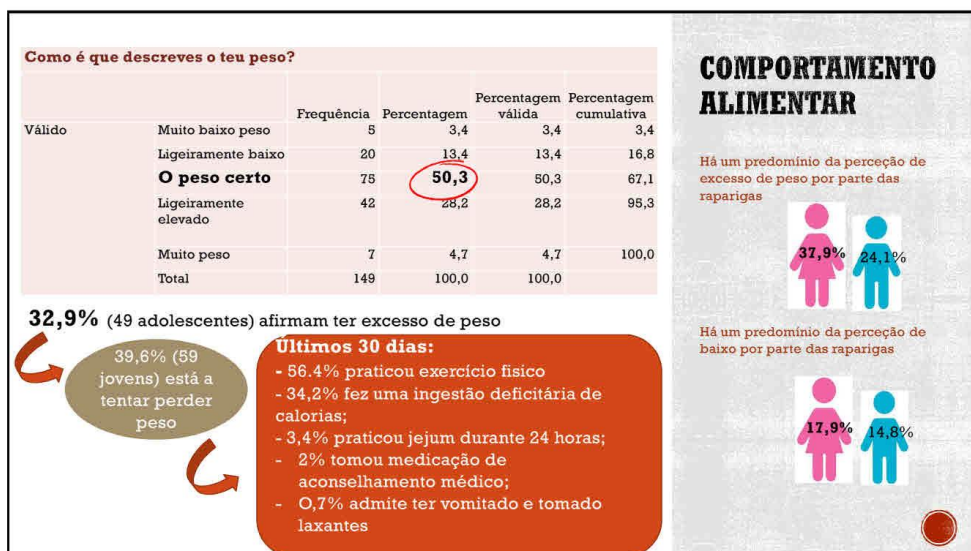
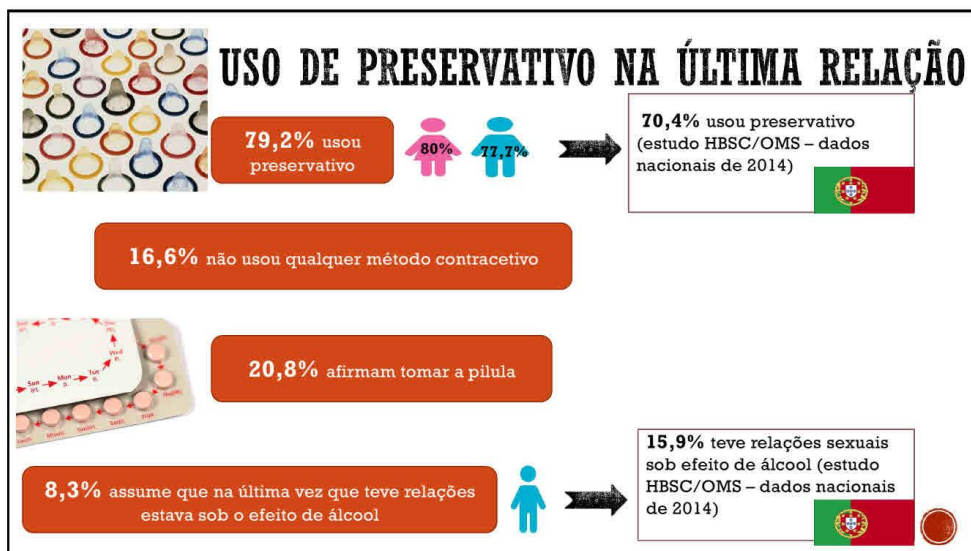
No estudo HBSC/OMS - dados nacionais de 2014, o consumo nos últimos 30 dias foi de 3,7%.

12/04/2018





12/04/2018



12/04/2018

Como é que describes o teu padrão alimentar?					Percentagem cumulativa
	Frequência	Percentagem	Percentagem válida		
Válido	Como alimentos variados, incluindo produtos de origem animal	130	87,2	87,2	87,2
	Como ovos, lacticínios, peixe e frango, mas evito outras carnes	9	6,0	6,0	93,3
	Como ovos e lacticínios, mas evito todas as carnes e peixes	1	,7	,7	94,0
	Como lacticínios, mas evito ovos, todas as carnes e peixes	5	3,4	3,4	97,3
	Não como produtos de origem animal	2	1,3	1,3	98,7
	Outro	2	1,3	1,3	100,0
	Total	149	100,0	100,0	


COMPORTAMENTO ALIMENTAR

53% dos jovens tem um consumo de fruta deficitário (1 dose ou menos por dia)

63,1% apresenta um consumo deficitário de produtos vegetais (1 dose ou menos por dia)

51,7% dos alunos ingeriu menos de 1 copo de leite por dia

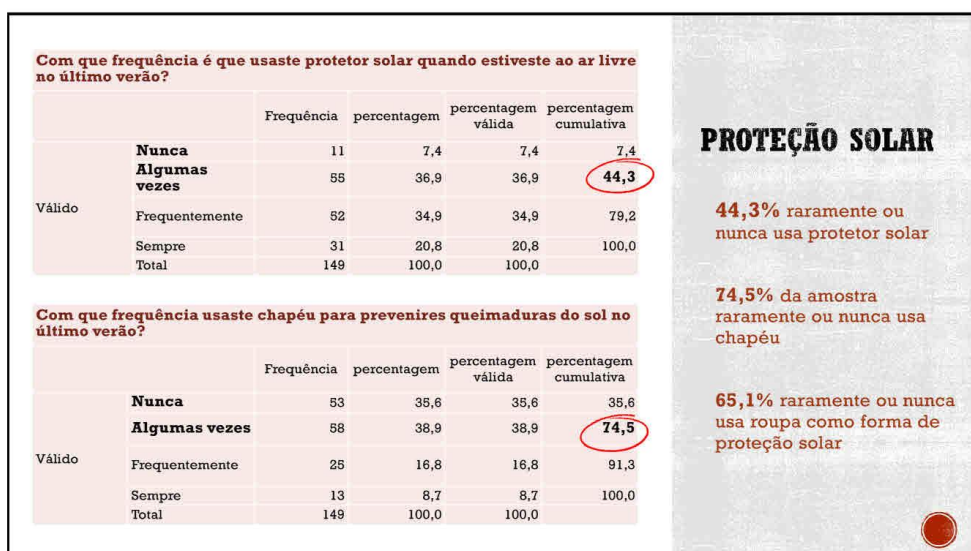
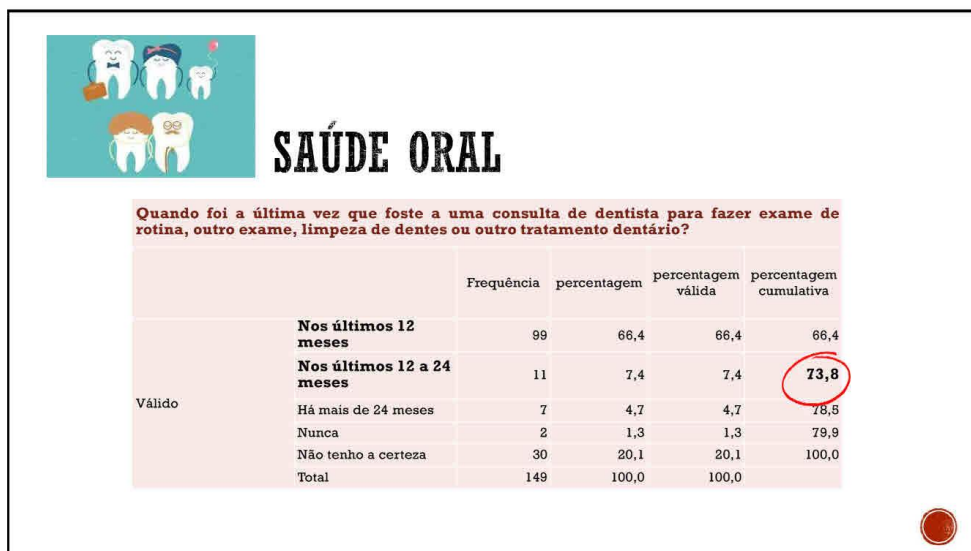
8,7% refere ir em jejum para a escola

 **4.9%** não toma pequeno almoço - estudo HBSC/OMS - dados nacionais de 2014

EXERCÍCIO FÍSICO

- **94%** dos alunos afirma frequentar as duas aulas de Educação Física semanais
- **83,2%** afirma que, nos últimos 7 dias, praticou exercício físico ou participou em atividades físicas, durante pelo menos 20 minutos, em que transpirou e ficou com a respiração mais acelerada;
- **55%** revela que vê menos de 1 hora de televisão por dia;
- **55,5%** dos alunos pratica pelo menos uma atividade extra curricular

12/04/2018



12/04/2018

São inúmeros os comportamentos de risco evidenciados na população do 3º ciclo

A prevalência de comportamentos de risco está estatisticamente relacionada com a idade, exigindo uma intervenção precoce.

É necessário um esforço conjunto e o envolvimento de todos, na definição de prioridades e estratégias de intervenção.

CONCLUSÃO

The graphic consists of three stacked rounded rectangular boxes on the left, each containing a line of text. To the right of these boxes is a larger, light gray rectangular area with the word 'CONCLUSÃO' in bold black letters. A small red circle is located in the bottom right corner of this gray area.

Apêndice 4

Projeto Comportamentos de Risco na Adolescência: O consumo de Tabaco e o consumo de Álcool



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Unidade Curricular

Estágio Final

2º ano / 1º semestre

**Projeto de Intervenção Comunitária em Meio Escolar direcionada aos
Comportamentos de risco na adolescência – O consumo de tabaco
e consumo de álcool.**

Autores:

Carmen Agostinho nº 37285

Évora

Outubro, 2017



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Unidade Curricular

Estágio Final

2º ano / 1º semestre

Projeto de Intervenção Comunitária em Meio Escolar direcionada aos Comportamentos de risco na adolescência – O consumo de tabaco e consumo de álcool.

Autores:

Carmen Agostinho nº 37285

Projeto realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Universidade de Évora, com supervisão da Enfermeira Vanda e orientado pela Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo.

Évora

Outubro, 2017

2

SIGLAS

APA - American Psychiatry Association

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens,

CRI - Centro de Respostas Integradas

DGS - Direção Geral de Saúde

;

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PES – Programas de Educação para a Saúde

INTRODUÇÃO

O presente projeto de intervenção comunitária encontra-se inserido no Estágio Final do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. O mesmo dá continuidade ao diagnóstico de saúde efetuado no decorrer do Estágio I - Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que ocorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED], sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Belo e da Supervisão da Enfermeira Vanda [REDACTED].

No decurso do Estágio Final os alunos têm como objetivos: conceber e planear projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado; coordenar, dinamizar e participar em projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos; e avaliar projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

O diagnóstico de situação efetuado no estágio anterior incidiu na área da Saúde Escolar, direcionando a investigação e atuação para os comportamentos de risco dos adolescentes do 3º Ciclo da Escola [REDACTED] de [REDACTED].

A adolescência compreende uma faixa etária onde ocorrem grandes transformações físicas. Começa-se a delinear o tão almejado corpo de adulto, desenvolve-se a capacidade de raciocínio e assumem-se novas posições sociais. A procura desmedida de independência, autonomia e identidade pessoal, juntamente com o desejo de experienciar novas sensações, coloca o adolescente numa posição vulnerável para determinados comportamentos de risco.

De facto, após análise e interpretação dos resultados dos questionários aplicados, constatou-se a adesão da amostra sob a qual recaiu o diagnóstico de situação efetuado a inúmeros comportamentos de risco, nomeadamente: envolvimento em situações de violência, tentativas de suicídio, consumo de tabaco, consumo de álcool e drogas ilícitas, hábitos alimentares desadequados, atividade física reduzida, entre outros. Constatou-se ainda que os comportamentos de risco apresentados têm associação com as características

INTRODUÇÃO	
1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	6
1.1– Diagnósticos de Situação	8
1.1.1 – Problemas identificados	8
1.2 - Determinação de prioridades	10
1.3 - Definição de objetivos	12
1.4 - Seleção de estratégias	13
1.5 - Preparação operacional	15
1.5.1 - Preparação da execução	17
1.5.2 – Comunicação e Divulgação do Projeto	18
1.6 – Processo de Avaliação e Controlo	18
2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
Apêndice 1: Planos de sessão das atividades previstas	25
Apêndice 2: Recursos financeiros	32
Apêndice 3: Cronograma	34

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Técnica de priorização de problemas - comparação por pares	11
Tabela 2: Objetivo geral e objetivos específicos para os diagnósticos: Abuso de tabaco e abuso e álcool	12
Tabela 3: Indicadores de atividade ou execução	19
Tabela 4: Indicadores de impacto ou resultado	19

INTRODUÇÃO

O presente projeto de intervenção comunitária encontra-se inserido no Estágio Final do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. O mesmo dá continuidade ao diagnóstico de saúde efetuado no decorrer do Estágio I - Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que ocorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED], sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Belo e da Supervisão da Enfermeira Vanda [REDACTED].

No decurso do Estágio Final os alunos têm como objetivos: conceber e planear projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado; coordenar, dinamizar e participar em projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos; e avaliar projetos/programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

O diagnóstico de situação efetuado no estágio anterior incidiu na área da Saúde Escolar, direcionando a investigação e atuação para os comportamentos de risco dos adolescentes do 3º Ciclo da Escola [REDACTED] de [REDACTED].

A adolescência compreende uma faixa etária onde ocorrem grandes transformações físicas. Começa-se a delinear o tão almejado corpo de adulto, desenvolve-se a capacidade de raciocínio e assumem-se novas posições sociais. A procura desmedida de independência, autonomia e identidade pessoal, juntamente com o desejo de experienciar novas sensações, coloca o adolescente numa posição vulnerável para determinados comportamentos de risco.

De facto, após análise e interpretação dos resultados dos questionários aplicados, constatou-se a adesão da amostra sob a qual recaiu o diagnóstico de situação efetuado a inúmeros comportamentos de risco, nomeadamente: envolvimento em situações de violência, tentativas de suicídio, consumo de tabaco, consumo de álcool e drogas ilícitas, hábitos alimentares desadequados, atividade física reduzida, entre outros. Constatou-se ainda que os comportamentos de risco apresentados têm associação com as características

personais dos adolescentes, bem como com particularidades familiares, escolares, sociais e ambientais.

Neste âmbito e acreditando que “grande número de doenças pode ser evitado com um comportamento saudável” (OMS, 2002, p.8), urge determinar prioridades, definir objetivos, selecionar estratégias, definir atividades, planejar e colocar em prática as intervenções tendo em conta a metodologia do planeamento em saúde. Esta metodologia visa mobilizar os indivíduos, nomeadamente os adolescentes, para a adoção de estilos de vida saudáveis.

É neste pressuposto que surge o presente projeto de intervenção comunitária em meio escolar, direcionado aos Comportamentos de risco na adolescência – O consumo de tabaco e o consumo de álcool.

Assim, com a realização deste trabalho académico pretende-se elaborar um projeto de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em meio escolar, utilizando a metodologia do planeamento em saúde, demonstrando assim as competências desenvolvidas no domínio das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Para atingir os objetivos propostos dá-se início ao presente trabalho com a descrição dos problemas encontrados no diagnóstico de situação, seguida da determinação de prioridades, definição de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e processo de avaliação e controlo.

A organização e formatação deste trabalho obedecem aos critérios definidos pela Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association, 6ª edição. O texto encontra-se redigido cumprindo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

As últimas décadas caracterizam-se por melhorias significativas e notáveis no estado de saúde da população portuguesa. Podemos aferir esta melhoria através de vários indicadores de saúde, tais como a diminuição da taxa de mortalidade infantil, o aumento da esperança média de vida, bem como, a diminuição da taxa de mortalidade abaixo dos 65 anos. Contudo, existem ainda alguns indicadores de saúde que carecem de uma melhoria urgente, nomeadamente, as taxas de mortalidade na adolescência e os elevados índices de morbilidade, derivados de comportamentos e estilos de vida pouco saudáveis.

Foi sobre esta temática, adolescência e comportamentos de risco que recaiu o diagnóstico de situação sob o qual incide o presente projeto de intervenção comunitária em meio escolar.

1.1 - Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação foi desenvolvido no decorrer do Estágio I - Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 1º ano 2º semestre do Mestrado em Enfermagem em Associação, entre os dias 2 de maio e 17 de junho de 2017, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de [REDACTED]. A sua operacionalização foi na [REDACTED] de [REDACTED].

A população alvo do referido diagnóstico de situação foram os alunos do 3º ciclo da [REDACTED] de [REDACTED], sendo que, a amostra foi constituída pelos alunos que, entregaram em tempo útil o consentimento informado e autorização de resposta ao questionário aplicado. A totalidade da nossa amostra ficou constituída por 149 alunos, o que corresponde a 65,35% dos alunos do 3º ciclo.

1.1.1 – Problemas identificados

Após análise e discussão dos dados recolhidos, verificou-se participação dos alunos do 3º ciclo da [REDACTED] em inúmeros comportamentos de risco, expondo-os a possíveis danos físicos, psicológicos e até morte. Identificam-se assim vários problemas/diagnósticos de enfermagem, que carecem de uma intervenção urgente, afim

de minimizar malefícios na saúde da população em estudo. Destacam-se do diagnóstico de situação efetuado os seguintes problemas de saúde:

- Comportamento de segurança rodoviária comprometido

Padrão de segurança diminuído nos alunos do 3º ciclo da [REDACTED], manifestado pela não adesão a medidas de segurança, como o uso de capacete e cinto de segurança, e adesão a conduzir alcoolizado ou andar de carro com alguém alcoolizado.

- Risco de violência

Padrão de violência presente nos alunos do 3º ciclo da [REDACTED], manifestado pelo uso de “armas”, facas ou canivetes e elevado envolvimento em lutas.

- Risco de comportamento autodestrutivo

Padrão autodestrutivo comprometido nos alunos do 3º ciclo da [REDACTED], manifestado pela referencia a ideação de automutilação e ideação suicida.

- Abuso de Tabaco

Uso de tabaco presente nos alunos do 3º ciclo da [REDACTED], revelado pela elevada taxa de experimentação e elevada taxa de consumo atual de tabaco.

- Abuso de Álcool

Uso de álcool presente nos alunos do 3º ciclo da [REDACTED], revelado pela elevada taxa de experimentação de álcool, elevada taxa de experimentação de embriaguez e elevada taxa de consumo atual de álcool.

- Abuso de substâncias

Uso de substâncias ilícitas presente nos alunos do 3º ciclo da [REDACTED], revelado pela elevada taxa de experimentação de drogas ilícitas.

- Comportamento sexual comprometido

Comportamento sexual comprometido revelado pela ausência de uso de preservativo na última relação sexual, pela não utilização de qualquer método contraceptivo e pelo envolvimento sexual sob o efeito de álcool.

- Comportamento alimentar comprometido

Padrão alimentar comprometido nos alunos do 3º ciclo da [REDACTED], manifestado pelo diminuído consumo diário de hortícolas, leite e frutas.

- Comportamento de proteção solar comprometido

Padrão de proteção solar comprometido pela baixa adesão ao uso de protetor solar e baixa adesão ao uso de chapéu e roupa com forma de se proteger do sol.

1.2 - Determinação de prioridades

Depois de uma análise e reflexão sobre os problemas de saúde encontrados, foi necessário estabelecer prioridades e definir qual a área de intervenção específica para implementação do projeto. Como tal, procedeu-se numa primeira fase a uma reunião com a enfermeira Vanda [REDACTED], no intuito de verificar a concordância nos diagnósticos de enfermagem encontrados na população em estudo. Posteriormente, apresentaram-se os resultados obtidos à equipa da UCC de [REDACTED] no propósito de apresentar o diagnóstico de saúde efetuado, as linhas orientadoras do futuro projeto e a pertinência do mesmo, bem como o enquadramento do tema no âmbito do Plano Nacional de Saúde em vigor.

Seguidamente, foi realizada uma reunião com os parceiros do PES, no intuito de apresentar os dados referentes ao diagnóstico de situação, principais linhas orientadoras e pertinência do mesmo, para posterior permissão para a implementação do projeto.

Depois de aceite o desenvolvimento do projeto na escola procedeu-se à seleção das prioridades definidas.

Existem vários critérios e técnicas para definição de prioridades. No presente projeto de intervenção foram definidos, por consenso dos parceiros do PES presentes na reunião, como critérios de ponderação a gravidade do problema, tendo em conta a sua expressividade na amostra estudada. Posteriormente, utilizou-se a técnica de comparação por pares. Esta técnica possibilita a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com todos os outros. Para cada par foi indicado o problema de maior gravidade, e no fim feita uma ordenação, através da contagem do número de vezes que cada problema foi selecionado como prioritário.

Os problemas foram identificados da seguinte forma:

A - Comportamento de segurança rodoviária comprometido

- B - Risco de violência
- C - Risco de comportamento autodestrutivo
- D - Abuso de Tabaco
- E - Abuso de Álcool
- F - Abuso de substâncias
- G - Comportamento sexual comprometido
- H - Comportamento alimentar comprometido
- I - Comportamento de proteção solar comprometido

Tabela 1: Técnica de priorização de problemas - comparação por pares

Problema	Comparação								Resultado	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A = 3	6°
	B	C	D	E	F	G	H	I	8,33%	
B		B	B	B	B	B	B	B	B = 1	8°
		C	D	E	F	G	H	I	2,77%	
C			C	C	C	C	C	C	C = 6	3°
			D	E	F	G	H	I	16,66%	
D				D	D	D	D	D	D = 7	2°
				E	F	G	H	I	19,44%	
E					E	E	E	E	E = 8	1°
					F	G	H	I	22,22%	
F						F	F	F	F = 5	4°
						G	H	I	13,88%	
G							G	G	G = 2	7°
							H	I	5,5%	
H								H	H = 4	5°
								I	11,1%	
I									I = 0	9°
									0%	

Foram então considerados como problema prioritário: o uso de álcool, seguido do uso do tabaco e do comportamento Auto lesivo. Foi então unanime a opinião de todos os participantes na reunião priorizar os 2 problemas considerados prioritários, e assim deliberada uma **intervenção focada no uso de tabaco e uso de álcool**.

Nesta reunião foi ainda considerado pertinente que a **população alvo do projeto de intervenção fossem os alunos do 8º ano**. Subjacente a esta decisão está a subida abrupta da taxa de prevalência de experimentação e consumo atual de tabaco e álcool do 7º para o 8º ano de escolaridade.

1.3 - Definição de objetivos

Depois de efetuado o diagnóstico de situação e a priorização dos problemas identificados, é necessário definir os objetivos. De acordo com Imperatori & Geraldés (1993, p.77) a etapa da fixação dos objetivos “é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”.

Entende-se por objetivo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacte” (Imperatori & Geraldés, 1993, p.77).

Na tabela 2 podem-se observar os objetivos delineados.

Tabela 2: Objetivo geral para os diagnósticos: Abuso de tabaco e abuso e álcool

Diagnósticos: Abuso de Tabaco e Abuso de Álcool	
Objetivo Geral	
1. Aumentar a não adesão a comportamentos de consumo de tabaco e de álcool, em pelo menos 10 % dos alunos que frequentam o 8º ano do 3º ciclo, da [REDACTED], até Junho de 2019	
Objetivos específicos	
1.1. Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de tabaco, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [REDACTED], até junho de 2019	
1.2. Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de consumo atual de tabaco, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [REDACTED], até junho de 2019	
1.3. Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de álcool, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [REDACTED], até junho de 2019	
1.4. Diminuir pelo menos 10 %, a taxa de prevalência de consumo atual de álcool, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [REDACTED] até junho de 2019	
1.5. Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de embriaguez, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [REDACTED], até junho de 2019	

Depois de definidos os objetivos, há que selecionar as melhores estratégias para os atingir. Passamos assim à fase de seleção de estratégias, a próxima etapa do planeamento em saúde.

1.4 - Seleção de estratégias

A seleção de estratégias é a etapa do planeamento em saúde que permite delinear qual o processo mais adequado para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados como prioritários e assim atingir os objetivos delineados. Podemos definir estratégia de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87).

Desta forma, depois de identificados os problemas mais prioritários a intervir e depois de delineados os objetivos e metas a atingir, é altura de delinear as estratégias mais adequadas para atingir os objetivos traçados. Para tal, foi efetuada nova reunião com a enfermeira supervisora e enfermeira responsável pela saúde escolar. Para definir as estratégias a desenvolver, foi tida em consideração a fase de desenvolvimento da população alvo do projeto (adolescentes do 8º ano de escolaridade) e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

A educação para a saúde aparece-nos assim como a principal estratégia de promoção da saúde dos adolescentes, recorrendo à teoria do *empowerment*. De acordo Tones e Tilford (1994), citados por Carvalho & Carvalho (2006, p. 21) a educação para a saúde define-se como:

toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

Esta definição evidencia a existência de fatores internos e externos inerentes à tomada de decisão e pressupõe a capacitação dos indivíduos para uma mudança de comportamento. A educação para a saúde tem assim como objetivo a promoção da saúde (Carvalho & Carvalho, 2006), definida na Carta de Ottawa, como o processo que permite aumentar a capacidade e habilidades pessoais dos indivíduos, visando o controlo e autonomia sobre a sua saúde e melhorá-la.

Contudo, para promover este empoderamento, tanto a nível individual como coletivo “a educação em saúde não pode ser reduzida apenas às atividades práticas que se reportam em transmitir informação em saúde” sendo indispensável desenvolver um trabalho desvinculado das práticas educacionais impositivas (Salci, Maceno, Rozza, Silva, Boehs & Heidemann, 2013, p. 225). Como nos afirma Carvalho & Carvalho (2006, p.19),

educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde. Isto exige dinâmica de trabalho.

Também Stanhope & Lencaster (2011, p. 634) aludem ao facto dos adolescente terem “mais probabilidade de ser responsáveis pela escolha de um estilo de vida saudável se participarem em atividades de educação para a saúde”.

Assim, a nossa estratégia de intervenção envolve o desenvolvimento de várias atividades que estimulem a adesão a comportamentos saudáveis, através de sessões de educação para a saúde que fomentem o envolvimento e participação ativa dos alunos de 8º ano, e atividades que incitem o envolvimento, consciencialização e sensibilização de todos os alunos da escola. A educação inter pares e o role playing entre outros dinâmicas de grupo são assim métodos elegidos como estratégias de intervenção. Pretende-se estimular a reflexão sobre a ação e assim aumentar o (re)conhecimento de uma situação e influenciar de forma positiva a tomada de decisão.

Decidiu-se desta forma desenvolver o projeto em torno de duas áreas temáticas, nas quais se pretende dar ênfase e desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre os fatores que influenciam “A nossas escolhas...”, evidenciando ainda que “As nossas escolhas ... têm consequências...”. Serão também estas as mensagens para as sessões de educação para a saúde, bem como áreas a desenvolver nas campanhas de sensibilização através da fixação de cartazes, rádio e redes sociais. “A educação está presente no contato pessoal, em que qualquer e todo ambiente pode ser considerado propício para esse fim e, também na impessoalidade através da comunicação de massa” com o auxílio das redes sociais (Salci et al, 2013, p. 225).

Pretende-se com estas mensagens incitar a responsabilidade dos indivíduos perante as suas decisões e aumentar autoeficácia na resolução de problemas através do reforço da confiança e autoestima.

Outra estratégia de intervenção inclui a participação da família, enquanto lugar privilegiado de apoio e suporte à vida e saúde dos seus membros (Figueiredo, 2012). Mas o indivíduo não faz parte apenas de uma família, esta está inserida num contexto ambiental e social específico que não pode ser descurado. Desta forma, prevê-se a inclusão de atividades de mobilização e sensibilização da comunidade envolvente.

Depois de definidas as estratégias mais apropriadas, seguimos para a próxima fase do planeamento em saúde – a elaboração operacional do projeto.

1.5 - Preparação operacional

A primeira fase do planeamento operacional do projeto comporta o estudo pormenorizado das atividades necessárias na execução das estratégias selecionadas (Imperatori & Giraldes, 1993). O “projecto é uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.129).

Procedemos assim à definição das atividades a desenvolver. Para apresentar e discutir as atividades selecionadas pelos enfermeiros responsáveis pelo projeto, definir o tempo, o espaço e os recursos possivelmente necessários foi efetuada uma reunião com a enfermeira Vanda [REDACTED] e enfermeira responsável pela saúde escolar. Depois de devidamente estruturadas as atividades propostas, foi realizada uma reunião com o coordenador do agrupamento da [REDACTED] e com Professora Coordenadora do PES, no intuito de apresentar e discutir as atividades selecionadas para a execução do mesmo. Esta reunião teve como fundamento obter apoio, promover o envolvimento no projeto, transmitir informação e uniformizar conteúdos e práticas. Foi solicitado à Professora responsável pelo PES que peça a colaboração dos diretores de cada turma envolvida.

Terminadas as reuniões com os parceiros, fundamentais para a adequada evolução e sucesso do projeto, programaram-se as seguintes atividades:

- Criação do logotipo do projeto
- Definir o nome/slogan do projeto

O logotipo e o nome/slogan do projeto serão a identidade do presente projeto de intervenção comunitária em meio escolar. Para que estas atividades se adequem às expectativas e interesses da população alvo – os adolescentes, definiu-se que o logotipo

seria elaborado pelos alunos do curso de multimédia. Esta estratégia visa envolver outros alunos na escola no projeto, mas também exercer alguma influência e motivação através do grupo de pares. É do senso comum, e confirmado pela evidência científica, que a influência do grupo de pares é de extrema importância nas expectativas, atitudes e comportamentos dos adolescentes.

No que diz respeito ao nome/slogan do projeto pediu-se a cada uma das 3 turmas de 8º ano, que após reflexão e discussão em grupo sobre a temática com o diretor de turma, decidisse uma frase/nome para o projeto. No final será efetuada uma votação por parte dos parceiros e decidido, qual dos 3 nomes/slogans é o vencedor. Pretende-se com estas estratégias sensibilizar e promover o envolvimento dos alunos com o projeto e motivá-los a um determinado comportamento. Por outro lado, visa desenvolver e reforçar a autoconfiança, a autoestima e a responsabilidade dos alunos influenciando positivamente as suas decisões, atitudes, crenças e comportamentos.

- Divulgação do resultado do diagnóstico de saúde aos encarregados de educação, bem como da existência do projeto de intervenção proposto e das atividades a desenvolver.

Esta sessão/divulgação terá como objetivo a apresentação do projeto aos pais, motivando e promovendo a adesão ao mesmo. O envolvimento da família é fundamental, na medida em que a grande ligação do adolescente com a família nos aparece como fator de proteção nos comportamentos de risco priorizados neste projeto.

- Criação de uma página no site da Escola, dirigida aos alunos e pais/ encarregados de educação e restante comunidade educativa.

- Comemoração do Dia Mundial do Não fumador

- Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos de 8º ano - *“As nossas escolhas...”*;

- Realização e afixação de um cartaz dirigido a todos os alunos da escola – *“As nossas escolhas ...”*

- Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 8º ano - *“As nossas escolhas ... têm consequências...”*;

- Realização e afixação de um cartaz dirigido a todos os alunos da escola – *“As nossas escolhas... têm consequências...”*;

- Jornadas temáticas sobre o tabaco e o álcool;

- Divulgação do projeto na Rádio – “*O que fazemos e aprendemos vai ser notícia*”;

A última atividade delineada deverá ser realizada, no intervalo entre as várias atividades selecionadas e deve conter informação sobre a última atividade desenvolvida (atividades realizadas e avaliação das ações desenvolvidas). Deverá ainda conter informação sobre data e local da próxima atividade a realizar. Cumprem o objetivo de informar a comunidade, os pais e miúdos acerca da evolução do projeto, promovendo a adesão e o envolvimento dos mesmos.

Nas jornadas irá ser entregue aos alunos participantes no projeto, um diploma de participação reforçando assim o compromisso estabelecido ao longo do ano transato e motivando à continuação de comportamentos de saúde.

Para a realização de cada uma das atividades anteriormente enumeradas, foram analisadas potenciais parcerias de colaboração no projeto. Desta forma, foram planeadas parcerias com várias entidades, as quais passo a enumerar: Câmara Municipal de ■■■■■, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Centro de Respostas Integradas (CRI), Rádio ■■■■■, Rendimento Social de Inserção; AJE livre; Escola Segura. Estão agendadas reuniões com as respetivas entidades, no intuito de apresentar o projeto, objetivos e expectativas da parceria, assim como a consciencialização do papel de cada um dos intervenientes. Mais uma vez, pretendemos com esta reunião conquistar o apoio da comunidade, promover o envolvimento no projeto, transmitir informação e uniformizar conteúdos e práticas. Após a aprovação de todos, são então formalizadas as parcerias.

1.5.1 - Preparação da execução

Esta fase do planeamento pretende “mostrar as inter-relações entre as diferentes atividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar, em suma, a realização das atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.149).

Assim, após aprovação do projeto elaborado foi definido especificamente quando, onde e como as atividades programadas devem ser concretizadas, bem como a quem se dirigem e qual o responsável pela sua execução (Apêndice 1). Foi ainda especificado minuciosamente para cada atividade os objetivos a atingir e determinados os recursos

humanos e materiais necessários para a sua execução. Posteriormente foram avaliados os recursos financeiros indispensáveis à sua realização (Apêndice 2). Por fim, foi estabelecido um cronograma detalhado da execução do projeto (Apêndice 3). A data de cada atividade planeada foi criteriosamente definida, de forma a aumentar o interesse e a promover a adesão e a participação da população alvo. Tivemos ainda em consideração, a premissa de iniciar as sessões partindo de conhecimentos gerais acerca do tabaco e do álcool, particularizando para sessões específicas onde se reflete sobre as escolhas e fatores que as condicionam, seguindo posteriormente para sessões onde se debatem sobre as consequências das nossas decisões. As sessões de educação dos alunos e fixação de cartazes com o mesmo tema posteriormente às sessões efetuadas, funciona como estratégia de marketing social, mantendo a ligação aos conteúdos abordados. Pretende-se desta forma dar continuidade à reflexão no intuito de promover e reforçar atitudes e comportamentos saudáveis.

Como nos lembra Imperatori & Giraldes (1993) esta especificação detalhada não é definitiva, podendo ser sujeita a modificações no decurso do projeto.

As atividades planeadas tiveram como orientação o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender pelo que se tornou imprescindível incitar o envolvimento ativo adolescentes e pais/encarregados de educação com o plano de atividades programadas.

1.5.2 – Comunicação e Divulgação do Projeto

A comunicação e divulgação do projeto é efetuada através das redes sociais, como a rádio e da criação de uma página no site da escola. A realização das jornadas é também uma forma de divulgação do projeto à comunidade, com a finalidade de sensibilizar e envolver a mesma para a problemática do consumo de substâncias lícitas na adolescência, unindo esforços para mobilizar, apoiar, promover e reforçar atitudes e capacidades nos adolescentes na adesão a comportamentos de saúde.

1.6 – Processo de Avaliação e Controlo

Ao fundamentar a nossa intervenção no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender pretendemos alcançar resultados positivos na saúde e qualidade de vida da população alvo. Para conseguir este desfecho é fundamental capacitar os indivíduos para a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, bem como intervir a nível de fatores ambientais que favorecem determinado comportamento. Esta capacitação e

intervenção depende do compromisso de todos os intervenientes do projeto com o plano de ação. Evidencia-se assim a necessidade de um processo de avaliação contínua que fundamente e possibilite ajustes e adequações.

Desta forma, foram definidos indicadores de avaliação, com o intuito de verificar se os objetivos e metas traçados são ou não atingidos. De acordo com Imperatori & Geraldi (1993, p.178) os indicadores “são os dados referentes às variáveis em estudo disponíveis através da captação direta do observador” e permitem-nos a conhecer a realidade e medir os avanços alcançados. Os mesmos autores fazem referência a vários tipos de indicadores: indicadores de impacto ou resultado e indicadores de execução ou atividade.

Para avaliar a operacionalização do projeto apresentado, estipularam-se os seguintes indicadores de atividade ou execução (medem as atividades desenvolvidas). (Tabela 3).

Tabela 3: Indicadores de atividade ou execução

Indicadores de atividade ou execução	
Realização das atividades planeadas	N° de atividades realizadas/ N° de atividades planeadas X 100
	N° de alunos presentes/ N° total de alunos X 100
Adesão da população alvo	N° de pais/encarregados de educação presentes/ N° total de encarregados de educação X 100
Resultado das questões colocadas	N° alunos com resposta correta/ N° de alunos presentes X 100;

A análise dos indicadores acima referidos pretende avaliar as atividades realizadas e verificar o atingir das metas/objetivos operacionais propostos.

Foram ainda estipulados indicadores de impacto ou resultado (medem o resultado das atividades desenvolvidas) (Tabela 4).

Tabela 4: Indicadores de impacto ou resultado

Indicadores de Impacto ou Resultado	
Experimentação de tabaco	N° de alunos que experimentou tabaco/ N° de alunos total X 100
Consumo atual de tabaco	N° de alunos com consumo atual de tabaco/ N° de alunos total X 100
Experimentação de Álcool	N° de alunos que experimentou álcool/ N° de alunos total X 100
Consumo atual de álcool	N° de alunos com consumo atual de álcool / N° de alunos total X 100
Experimentação de Embriaguez	N° de alunos que experimentou embriaguez/ N° de alunos total X 100

Os resultados obtidos com os indicadores de impacto ou resultado delineados é posteriormente comparado com os dados iniciais, permitindo verificar se os objetivos específicos e objetivo geral foram atingidos.

As atividades programadas serão replicadas no ano letivo seguinte, à turma de 8º ano, com exceção da elaboração do logotipo do projeto. No que diz respeito ao nome do projeto, o nome escolhido no ano letivo 2017/2018 vai manter-se. No entanto programa-se a mesma atividade no intuito de definir um slogan publicitário do projeto para o ano letivo seguinte, ou seja, 2018/2019.

No final do ano letivo 2018/2019, será novamente aplicado o questionário Comportamentos de Risco (versão Portuguesa – 2007) com a finalidade de verificar se o objetivo geral e os objetivos específicos do projeto foram atingidos.

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os projetos de intervenção comunitária têm como objetivo obter ganhos em saúde.

O presente projeto de intervenção comunitário em meio escolar visa dar resposta ao diagnóstico de situação efetuado, utilizando metodologia científica. No respetivo diagnóstico de saúde foram identificados inúmeros comportamentos considerados de risco para os adolescentes, dos quais se priorizaram o consumo de álcool e de tabaco.

Foram delineadas estratégias e atividades que envolvem o indivíduo, mas também a família, a escola e a comunidade, no intuito de reforçar a adesão a comportamentos saudáveis. É um projeto dinâmico que estimula a participação ativa dos seus intervenientes, permitindo a reflexão sobre a ação.

O projeto foi estruturado para ser implementado em 2 anos, visando a manutenção de comportamentos saudáveis. Ao longo do projeto e através da avaliação contínua do mesmo podem ser feitos alguns ajustes, numa perspetiva de conseguir obter os objetivos traçados, podendo o mesmo ter continuidade.

Considera-se desta forma ter atingido os objetivos propostos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.^a ed., Lisboa: Obras avulsas.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2002). Relatório Mundial da Saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Acedido a 10 de junho de 2017, Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-mundial-da-saude-2002-saude-mental-nova-concepcao-nova-esperanca.aspx>

Carvalho, A., Carvalho, G.S. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures. Lusociência. Acedido em 13 de outubro de 2017, Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/5396>

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Família – Uma Abordagem Colaborativa em enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Salci, M.A., Maceno, P., Rozza, S.G., Silva, G.M.G.V., Boehs, A.E. & Heidemann, I.T.S.B. (2013). Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*. 22(1), 224 - 230. Acedido em 10 de outubro de 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27

Stanhope, M., Lencaster. J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na comunidade Centraos na população*. 7^a ed, Loures: Lusociência

Apêndices

Apêndice 1

Planos de sessão das atividades previstas

Sessão de educação para a saúde sobre o álcool e o tabaco dirigida aos alunos do 8º ano do 3º ciclo							
“As nossas escolhas...”							
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o conhecimento acerca dos conceitos de droga, dependência e adição, em pelo menos 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão. • Aumentar os conhecimentos sobre os efeitos das drogas no sistema nervoso central (SNC), em pelo menos 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão. • Aumentar conhecimentos sobre o álcool e o tabaco e os seus efeitos no SNC, em pelo menos 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão. • Aumentar os conhecimentos sobre os fatores que influenciam a experimentação e consumo de álcool e tabaco, em pelo menos 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão. • Identificar e refletir sobre os fatores que influenciam as escolhas, em pelo menos 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão. 							
População-Alvo	Quem	Quando	Onde	Como	Metas/Objetivos operacionais	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 8º ano	Enfermeira mestranda	Mês de novembro, em data a designar	Sala de aula da turma	- Método expositivo; - Método interrogativo; - Método Demonstrativo;	<ul style="list-style-type: none"> • Que 85% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo participem na sessão de educação • Que 40% dos alunos consigam identificar 3 fatores de risco para a experimentação de álcool e tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de ocorrências • Resultados do instrumento de avaliação a aplicar a meio da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de alunos presentes/Nº total de alunos X 100 • Nº alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100;
Exposição temática pelo formador fomentando o diálogo	Parceiros	Duração de 45 minutos		Exposição temática pelo formador fomentando o diálogo Distribuição de ferramentas de apoio - Método ativo Dinâmicas de grupo acerca da temática em causa;			
Recursos Materiais Computador, Data show, Ferramentas de apoio ao tema, Máquina fotográfica							
Recursos Humanos: Enfermeira Mestranda e Parceiros							
Recursos financeiros: Cartões e questionário							

Realização e afixação de cartaz “As nossas escolhas...”							
Objetivo: • Sensibilizar os alunos para a problemática do consumo de álcool e tabaco • Promover reflexão sobre as suas escolhas e decisões							
População-Alvo	Quem	Quando	Onde	Como	Metas/Objetivos operacionais	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Alunos, pessoal docente e não docente	Enfermeira mestranda	Mês de novembro,	Sala de convívio da escola	- Método expositivo;	• Que 100% das atividades propostas sejam efetuadas	• Registo de ocorrências	• N° de atividades realizadas/N° total de atividades propostas X 100
Recursos Materiais Computador, Data show, Ferramentas de apoio ao tema, Máquina fotográfica							
Recursos Humanos: Enfermeira Mestranda							

Sessão de educação para a saúde sobre o álcool e o tabaco dirigida aos alunos do 8º ano
“As nossas escolhas... têm consequências”

Objetivo: ● Aumentar conhecimentos sobre o álcool e tabaco e consequências da experimentação e consumo, em 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão.

- Identificar e refletir sobre as consequências das escolhas pessoais;
- Desenvolver competências de tomada de decisão responsável e saudável
- Fortalecer escolhas positivas

População-Alvo	Quem	Quando	Onde	Como	Metas/Objetivos operacionais	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 8º ano Exposição temática pelo formador fomentando o diálogo	Enfermeira mestranda Parceiros	Mês de novembro, em data a designar Duração de 45 minutos	Sala de aula da turma	- Método expositivo; - Método interrogativo; - Método Demonstrativo; Exposição temática pelo formador fomentando o diálogo Distribuição de ferramentas de apoio - Método ativo Dinâmicas de grupo acerca da temática em causa;	<ul style="list-style-type: none"> ● Que 85% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo participem na sessão de educação ● Que 40% dos alunos consigam identificar 3 consequências do consumo de álcool e tabaco ● Que 40% dos alunos consigam identificar 2 consequências da embriaguez 	<ul style="list-style-type: none"> ● Registo de ocorrências ● Resultados do instrumento de avaliação a aplicar a meio da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nº de alunos presentes/Nº total de alunos X 100 ● Nº alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100;

Recursos Materiais Computador, Data show, Ferramentas de apoio ao tema, Máquina fotográfica

Recursos Humanos: Enfermeira Mestranda

Recursos financeiros: Impressão do folheto, Impressão do questionário

<p align="center">Realização e afixação de cartaz “As nossas escolhas... têm consequências”</p>							
<p>Objetivo: • Sensibilizar os alunos para a problemática do consumo de álcool e tabaco • Promover a reflexão sobre as consequências das suas escolhas e decisões</p>							
População-Alvo	Quem	Quando	Onde	Como	Metas/Objetivos operacionais	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Alunos, pessoal docente e não docente	Enfermeira mestranda	Mês de janeiro,	Sala de convívio da escola	- Método expositivo;	• Que 100% das atividades propostas sejam efetuadas	• Registo de ocorrências	• N° de atividades realizadas/N° total de atividades propostas X 100
<p>Recursos Materiais Computador, Data show, Ferramentas de apoio ao tema, Máquina fotográfica</p>							
<p>Recursos Humanos: Enfermeira Mestranda</p>							
<p>Recursos Financeiros: Impressão do cartaz</p>							

Criação de uma página no site da escola							
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Divulgar no site da escola, 80% das dinâmicas realizadas no decurso do projeto; • Aumentar conhecimentos sobre o consumo de tabaco e álcool; 							
População-Alvo	Quem	Quando	Onde	Como	Metas/Objetivos operacionais	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Alunos; pais/encarregados de educação; comunidade	Enfermeira mestranda Parceiros	Mensalmente	Site da escola	Método expositivo; Divulgação das dinâmicas realizadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Que 80% das dinâmicas desenvolvidas no âmbito do projeto sejam divulgadas no site 	Registo de Ocorrências	<ul style="list-style-type: none"> • N° de dinâmicas divulgadas/N° total de dinâmicas desenvolvidas X 100
Recursos Materiais: Computador, Ferramentas de apoio ao tema.							
Recursos Humanos: Enfermeira mestranda, parceiros							

Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais/ encarregados de educação dos alunos do 8º ano “Sabia que...”							
<p>Objetivo: ● Dar a conhecer o diagnóstico de saúde efetuado, a pelo menos 50% dos pais/encarregados de educação dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Divulgar o projeto desenvolvido; ● Envolver a família dos adolescentes no projeto; ● Aumentar conhecimentos sobre o consumo de álcool e tabaco e suas consequências, em 30% dos pais/encarregados de educação dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão. 							
População-Alvo	Quem	Quando	Onde	Como	Metas/Objetivos operacionais	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais/ encarregados de educação dos alunos do 8º ano	Enfermeira mestranda	Mês de dezembro, em data a designar Duração de 30 minutos	Sala de aula da turma	- Método expositivo; - Método interrogativo; Exposição temática pelo formador fomentando o diálogo	● Que 50% dos encarregados de educação participem na sessão de educação;	● Registo de ocorrências	● Nº de presentes/Nº total de encarregados de educação X 100
Recursos Materiais Computador, Data show, Ferramentas de apoio ao tema, Máquina fotográfica							
Recursos Humanos: Enfermeira Mestranda							

Comemoração do Dia Mundial do Não fumador							
Objetivo: • Sensibilizar alunos para os fatores de risco associados ao consumo de tabaco e promover a adesão a comportamentos saudáveis							
População-Alvo	Quem	Quando	Onde	Como	Metas/Objetivos operacionais	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Pessoal docente, não docente e alunos da escola:	Alunos do 8º ano de escolaridade Colaboração dos alunos do curso de Multimédia Enfermeira mestranda	Dia 17 de novembro	Refeitório da escola Entrada da escola	- Método expositivo; Exposição das frases escritas pelos alunos do 8º ano de escolaridade, posteriormente editadas pelos alunos de multimédia em panos de tabuleiro. Distribuição de panfletos á entrada da escola Esclarecimento de dúvidas	<ul style="list-style-type: none"> • Que 100% das atividades propostas sejam efetuadas • Que 100% dos alunos do 8º ano recebam o panfleto sobre o tabaco • Que todas as turmas de 8º ano participem na realização de frases sobre o tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de ocorrências • Resultados do instrumento de avaliação a aplicar a meio da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de atividades realizadas/N° total de atividades propostas X 100 • N° de panfletos distribuídos ao 8º ano/N° de atividades total de alunos X 100 • N° de turmas do 8º ano participante/N° total de turmas de 8º ano
Recursos Materiais Papel, Ferramentas de apoio ao tema, Máquina fotográfica							
Recursos Humanos: Alunos o 8º ano e do curso de Multimédia, Enfermeira mestranda, Enfermeiros da UCC, Parceiros							
Recursos Financeiros: Impressão de folhetos, impressão do pano de tabuleiro.							

Apêndice 2
Recursos financeiros

RECURSOS FINANCEIROS

Recursos	Especificação (quantidade)	Orçamento
Material de Didático	Folhas de papel A4 (2000)	3,19€ x 4(resmas) = 12,76€
	Impressão a cores (500)	300€
	Impressão a Preto e Branco (1000)	150€
	Cartazes (2)	100€
Material de Apoio	Máquina Fotográfica (1)	Escola
	Câmara de Vídeo (1)	Escola
	Computador Portátil (1)	Escola/Mestranda
	Data show (1)	Escola
Viatura ligeira	Combustível	0,36€/Km = 50€
Humanos	Enfermeiros (4h * 42sem)	10€/ hora= 1680€
TOTAL		2292,76€

Apêndice 3
Cronograma


Atividades previstas	Ano													
	2017						2018							
Meses	mai.	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.	jun.
Realização do diagnóstico de saúde	■	■	■	■	■									
Elaboração do projeto						■								
Criação do Logotipo						■	■	■						
Criação do nome do projeto						■								
Criação e dinamização de uma página no site da escola							■	■	■	■	■	■	■	■
Comemoração do Dia Mundial do Não Fumador							Dia 17							
Sessão de educação para a saúde sobre tabaco dirigida aos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [redacted] "As nossas escolhas..."							■							
Sessão de educação para a saúde sobre o álcool dirigida aos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [redacted] "As nossas escolhas..."							■							
Realização e afixação de cartaz "As nossas escolhas..."								■						
Sessão de educação para a saúde sobre tabaco dirigida aos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [redacted] "As nossas escolhas... têm consequências"								■						
Sessão de educação para a saúde sobre o álcool dirigida aos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [redacted] "As nossas escolhas... têm consequências"								■						
Realização e afixação de cartaz "As nossas escolhas... tem consequências"								■						
Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais/ encarregados de educação dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [redacted] "Sabia que..."								■						
Jornadas temáticas sobre o consumo de Álcool e Tabaco na adolescência											■			
Divulgação do projeto na rádio: "O que fazemos e aprendemos vai ser notícia"								■	■	■	■	■	■	■
Avaliação do projeto							■	■	■	■	■	■	■	■

Apêndice 5

Folheto do dia Mundial do Não Fumador


MOTIVOS PARA NÃO FUMAR

O vício de fumar:




É caro!!


Não é sexy, nem atrativo




Envelhece...




Provoca **mau hálito** e cáries dentárias



Aumenta o risco de doença e morte prematura.




Fumar MATA



PARA MAIS INFORMAÇÃO:

<https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/tabaco.aspx>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>



Dia Mundial do Não Fumador
17 de novembro

Fumar?!?
Não entres em jogos...



A decisão é tua!

2017

O QUE É O TABACO?

O tabaco tem origem numa planta chamada **NICOTIANA TABACUM**.
A **NICOTINA** é uma substância com propriedades psicoativas que provoca **DEPENDÊNCIA FÍSICA E PSICOLÓGICA** semelhante à cocaína ou outras anfetaminas.

30% dos fumadores inicia o consumo na ADOLESCÊNCIA.

FUMAR começa como forma de **autodeterminação**, ... mas rapidamente se torna num **gesto compulsivo**.

Deixas de ser livre!

O TABACO É UMA DROGA!!!!

LIVRA-TE DESTA DEPENDÊNCIA

DECIDE NÃO FUMAR.

COMPOSIÇÃO DO CIGARRO:

A composição química do tabaco é rica em nicotina e em **SUBSTÂNCIAS CANCERÍGENAS, TÓXICAS E MUTAGÊNICAS**.

O FUMO DO CIGARRO CONTÉM...

- Mais de **7000** produtos químicos
- Cerca de **70** provocam cancro

Benzeno Pesticidas, Gasolina	Polónio 210 Cancerígeno
Formaldeído Embalsamentos	Amoníaco Produtos de limpeza
Nicotina Inseticida	Arsénio Veneno
Acetona Removedor de tintas e esmaltes	Chumbo Tintas e soldas

O melhor é não experimentar

CONSEQUÊNCIAS DO TABACO

Cancro do pulmão e problemas respiratórios (asma, DPOC,...);
Cancro dos órgãos do sistema digestivo (boca, laringe, esófago, estomago, intestino);
Doenças cardiovasculares;
AVC (Acidentes Vasculares Cerebrais);
Má circulação arterial dos membros inferiores;
Osteoporose;
Impotência sexual;
Infertilidade, ...

¿Sabias Que...?

O tabaco mata **7 MILHÕES DE PESSOAS POR ANO**.
6 MILHÕES pelo uso direto do consumo do tabaco.
1 MILHÃO pelo efeito da exposição ao fumo passivo.

Não fumes!

Evita locais de fumo

Em Portugal morrem por ano, **12600** pessoas vítimas do consumo de tabaco.

Apêndice 6

Frases sobre o tabaco, escritas pelos alunos do 8º Ano

FRASES ELABORADAS PELOS ALUNOS DO 8º ANO

Frases sobre os malefícios do tabaco

Já dizia o cigarro: “hoje acendes-me tu, amanhã apago-te eu!”

Fumar é fatal porque mata!

Não obrigue os seus filhos a respirar o fumo do tabaco!

Cada cigarro que fumas é mais uma tábua para o caixão!

Fumar é sinónimo de cancro!

Fumar aumenta o risco de AVC!

Fumar provoca cancro da laringe!

Fumar prejudica a tua vida!

Fumar leva-te por más condutas.

Fumar reduz a fertilidade.

Fumar provoca cancro do pulmão.

Fumar mata!

Fumar é viciante!

Por cada cigarro que fumas perdes tempo de vida!

Fumar pode causar a sua morte.

Fumar pode causar doenças!

Fumar pode causar um ataque cardíaco.

Não devemos respirar o fumo do tabaco.

Fumar pode deixar-te mais ansioso e agressivo!

Fumar é uma das maiores causas de morte no mundo.

O cigarro tem vários constituintes tóxicos como o alcatrão.

Fumar é um vício.

Enquanto fuma inala um monte de tóxicos: benzeno, alcatrão, nicotina, ...

Fumar provoca doenças como: cancro do pulmão, do fígado, dos rins, etc ...

Sabe que se estiver a fumar está a prejudicar-se a si e a quem o rodeia!?!

Fumar causa problemas cardíacos e cancro do pulmão.

O fumador incomoda as pessoas que o rodeiam podendo causar também problemas aos outros.

O tabaco causa problemas de saúde e económicos.

O tabaco não elimina os problemas, ele alimenta-os!

Fumar quando se está grávida pode provocar lesões no bebé.

Frases de incentivo/reforço positivo

Não fume, para seu bem!

Não fume e ajude quem fuma a deixar o vício.

Nunca fumes!

Deixa de fumar e terás um futuro melhor!

Diga não ao tabaco.

Se és fumador... deixa já!

Não fumes, vais-te arrepender!

Deixa de fumar... pela tua saúde!

Apêndice 7

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas...”



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Unidade Curricular

Estágio Final

2º ano / 1º semestre

**Planeamento da sessão de Educação para a Saúde sobre Álcool e
Tabaco aos alunos do 8º ano do 3º ciclo**

“As nossas escolhas...”

Autores:

Carmen Agostinho nº 37285

Évora

Novembro, 2017

ATIVIDADE 1

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE ÁLCOOL E TABACO

“AS NOSSAS ESCOLHAS...”

Objetivos:

- Aumentar o conhecimento dos alunos acerca dos conceitos de droga, dependência e adição;
- Aumentar os conhecimentos sobre os efeitos das drogas no sistema nervoso central (SNC);
- Aumentar conhecimentos sobre os efeitos do álcool e do tabaco no SNC;
- Aumentar os conhecimentos sobre os fatores que influenciam as escolhas de “beber ou não beber” e de “fumar ou não fumar”;
- Identificar e refletir sobre os fatores que influenciam as escolhas;

Atividade:

- Após a apresentação, informe o grupo que se pretende que a ação seja dinâmica e que podem e devem participar na sessão, apresentando dúvidas, receios, medos e referindo pensamentos sobre o assunto.
- Escreva no quadro as palavras **DROGA, DEPENDÊNCIA e ADIÇÃO**
 - Peça aos participantes para explicarem o que significam para eles essas palavras.
 - Vá esclarecendo os comentários dos participantes, e dê a definição.

▪ **DROGA:** são todas as substâncias, sintéticas ou naturais, não produzidas pelo organismo, que atuam no nosso organismo alterando no seu funcionamento.

▪ **DEPENDÊNCIA:** é um estado psíquico e, por vezes, físico, caracterizado por comportamentos e repostas que incluem a compulsão e necessidade de consumir uma substância, de forma contínua ou periódica, com o objetivo de experimentar determinado efeito psíquico ou evitar o desconforto da sua ausência.

▪ **As drogas podem causar dependência.**

▪ No entanto, há pessoas que têm comportamentos e repostas compulsivas sem substância, nomeadamente: jogo patológico, redes sociais, ...

Assim, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) é introduzido o conceito de **ADICÇÃO**:



Caraterizado pelo comportamento, resposta humana, que inclui a compulsão por atividades sem substância (jogo, redes sociais, ...).

■ Peça que digam nomes de drogas que conheçam.

▪ Normalmente, quando se pensa em drogas, associa-se o termo a substâncias proibidas como o haxixe, cocaína, heroína, etc... esquecendo que muitas drogas são legais e fazem parte do nosso quotidiano, como por exemplo: o café, o álcool, o tabaco, os medicamentos para emagrecer, ...

▪ Aproveite para fazer referência ao uso de medicamentos alertando para a automedicação/ uso de terapêutica sem prescrição médica. Alertar para que os medicamentos também são drogas, e que apesar de benéficos para a saúde, quando usados inadvertidamente podem ser perigosos para a sua saúde e causar dependência.

- Qual a diferença entre o álcool, o tabaco, a marijuana, a cocaína e a heroína?

A diferença entre estas drogas é:

1 - Drogas legais Versus Drogas ilegais

O álcool e o tabaco, contrariamente a outras drogas são legais, para maiores de 18 anos.

Lei do tabaco: Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto

Lei do álcool: Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril

Este decreto veio proibir a venda de qualquer bebida alcoólica a menores de 18 anos (na lei anterior, era legal a venda de vinho e cerveja a indivíduos com mais de 16 anos de idade), com vista à minimização dos efeitos nocivos do álcool, que apontavam para a necessidade de alteração da idade mínima legal para o consumo de álcool nos jovens em Portugal.

2 - Diferentes efeitos no Sistema Nervoso Central (SNC)

- Explique, que as drogas se classificam conforme o seu efeito no SNC, podendo ser:

DEPRESSORAS,

ESTIMULANTES

PERTURBADORAS

- Escreva estes termos no quadro.
- Incite que expliquem o que entendem por esses termos.
- Interroque os participantes sobre qual o grupo onde colocariam o álcool e o tabaco.

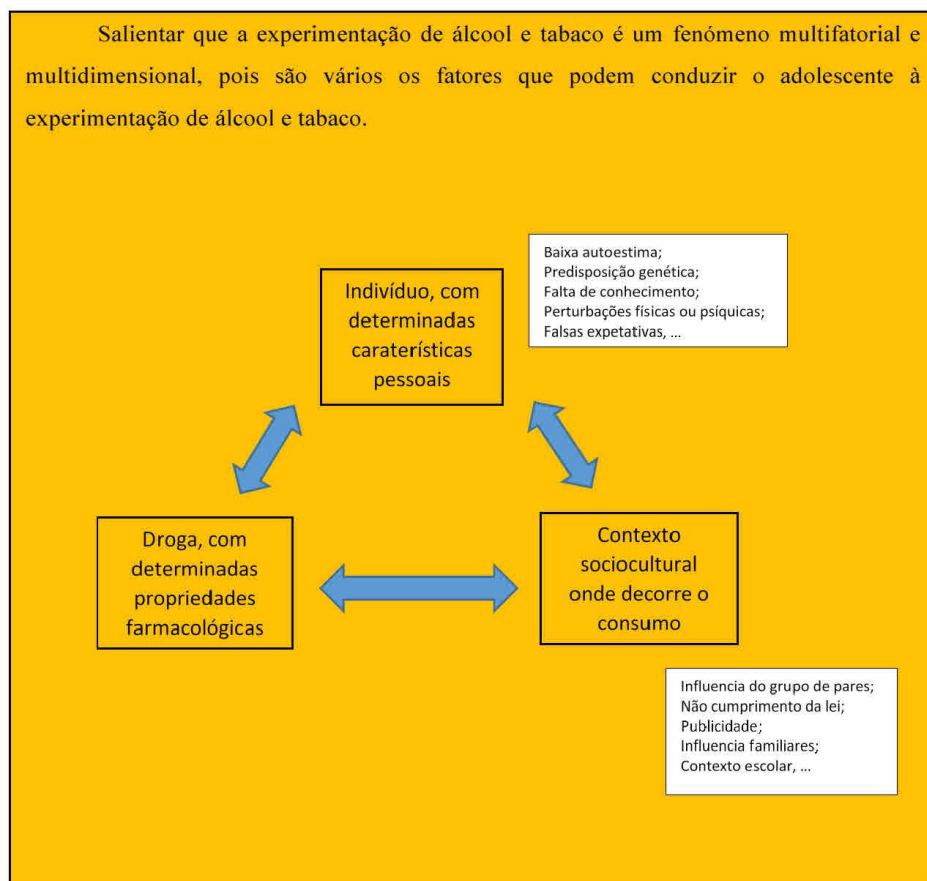
Desmistifique a ideia do álcool enquanto estimulante, pois o seu efeito desinibitório é muito rápido e transitório.

Depressoras do SNC	Estimulantes do SNC	Perturbadoras do SNC
Diminuem a atividade cerebral, isto é, o funcionamento do cérebro. As pessoas ficam mais lentas, menos reativas.	Aumentam a atividade cerebral. As pessoas ficam mais “aceleradas”, sem sono.	Modificam a atividade cerebral. A pessoa fica com a mente perturbada, pode ter alucinações visuais, auditivas, ataques de pânico, ansiedade intensa e quadros psicótico (Ex.-aluno que pensou que tinha asas e podia voar e se atirou de 8º andar).
Álcool, Calmantes e sedativos, Morfina, Heroína, Benzodiazepinas (soníferos ou hipnóticos, ansiolíticos)	Nicotina (tabaco); Anfetaminas; Cafeína; Cocaína	THC (maconha); LSD, Ecstasy

■ Existem drogas leves e drogas pesadas?

De acordo com a OMS (organização Mundial da Saúde), droga é toda a substância, natural ou sintética, que altera o funcionamento do Sistema Nervoso Central deprimindo-o, estimulando-o ou criando ruturas psicóticas, o que quer dizer que não existem drogas leves ou pesadas. A quantidade e a frequência do consumo é que poderá ser considerado leve ou pesado.

- O que leva os adolescentes a experimentar drogas, tais como o álcool e tabaco?
 - Solicitar a participação dos alunos e registar as suas respostas no quadro.



- Dinâmica de grupo:
 - Distribuir um cartão para cada aluno.
 - Pedir aos adolescentes para, anonimamente, escreverem numa folha os motivos que os levaram a experimentar ou não experimentar álcool e tabaco.
 - Colocar todos os papeis num saco.

- Tirar um a um, ler e questionar os alunos sobre estratégias a utilizar para poder fazer frente aos motivos que levaram à experimentação.

Reforce a importância do contexto social, familiar e escolar na tomada de decisão, não descurando as questões da individualidade, isto é, que os mesmos fatores podem influenciar diferentes pessoas de forma distinta.

Cada um deve reforçar competências pessoais e sociais para poder fazer frente aos fatores facilitadores do consumo. No final, a **tomada de decisão é individual e pessoal** e devemos fazer uma reflexão crítica e ponderada no momento de decidir, para o que é necessário ter conhecimentos fidedignos sobre o assunto.

- Terminar parafraseando o filme da Alice no país das maravilhas:



**Atividade 1: Sessão de educação para a saúde sobre álcool e tabaco
“As nossas escolhas...”**

- Objetivos:**
- Aumentar o conhecimento acerca dos conceitos de droga, dependência e adição, em pelo menos 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão.
 - Aumentar os conhecimentos sobre os efeitos das drogas no sistema nervoso central (SNC), em pelo menos 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão.
 - Aumentar conhecimentos sobre o álcool e o tabaco e os seus efeitos no SNC, em pelo menos 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão.
 - Aumentar os conhecimentos sobre os fatores que influenciam a experimentação e consumo de álcool e tabaco, em pelo menos 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão.
 - Identificar e refletir sobre os fatores que influenciam as escolhas, em pelo menos 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão.

População-Alvo	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 8º ano	Enfermeira mestranda Coordenador do CRI Alentejo Central	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 28 de novembro 8C:10h25m • Dia 29 de novembro. 8B:11h10m <p>Duração de 45 minutos</p>	Sala de aula da turma	<p>2m – Apresentação</p> <p>25m - Método expositivo e interrogativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposição temática pelo formador fomentando o diálogo • Distribuição de ferramentas de apoio <p>15m - Método ativo: Dinâmica de grupo acerca da temática em causa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que 85% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo participem na sessão de educação • Que 40% dos alunos consigam identificar 3 fatores de risco para a experimentação de tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de ocorrências • Resultados do instrumento de avaliação a aplicar a meio da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de alunos presentes/Nº total de alunos X 100 • Nº alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100;

Recursos Materiais: Ferramentas de apoio ao tema, Máquina fotográfica e Câmara de Vídeo

Recursos Humanos: Enfermeira Mestranda e parceiros

Recursos financeiros: Cartões e questionário de avaliação da sessão

Apêndice 8

Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas...”

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre Álcool e Tabaco:

“As nossas escolhas...”

A tua opinião acerca das sessões desenvolvidas é muito importante, no sentido de melhorar o desenvolvimento de sessões futuras.

Lê atentamente as afirmações seguintes e assinala com um X a tua resposta.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Os conteúdos foram abordados de forma objetiva e clara					
A informação transmitida permitiu aumentar os meus conhecimentos nesta temática					
Os conhecimentos adquiridos têm utilidade para a minha vida					
Os conhecimentos adquiridos contribuem para uma tomada de decisão consciente, crítica e responsável acerca do consumo de álcool e tabaco					
A sessão realizada respondeu às minhas expectativas					

Indica 3 fatores predisponentes da experimentação de álcool:

Indica 3 fatores predisponentes da experimentação de tabaco:

Obrigada pela tua colaboração,
Enfermeira Carmen Agostinho

Apêndice 9

Resultados da Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas...”

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre Álcool e Tabaco:

“As nossas escolhas...”

A avaliação contínua da sessão reverte-se de grande importância e relevo, pois permite verificar a aquisição de conhecimentos, bem como a adequação das estratégias utilizadas aos interesses da população alvo. Possibilita ainda a reformulação da sessão de forma a potenciar ganhos em saúde.

A avaliação foi efetuada no decurso da sessão, estimulando a participação dos alunos, no intuito de detetar dúvidas e receios, ou até mesmo, dando ênfase a algumas experiências citadas.

Para avaliação da sessão recorreu-se aos indicadores de atividade previamente estipulados:

- **Nº de alunos presentes/Nº total de alunos X 100**

$$62/62 \times 100 = 100\%$$

- **Nº alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100;**

Identificação de 3 predisponentes para a experimentação de tabaco:

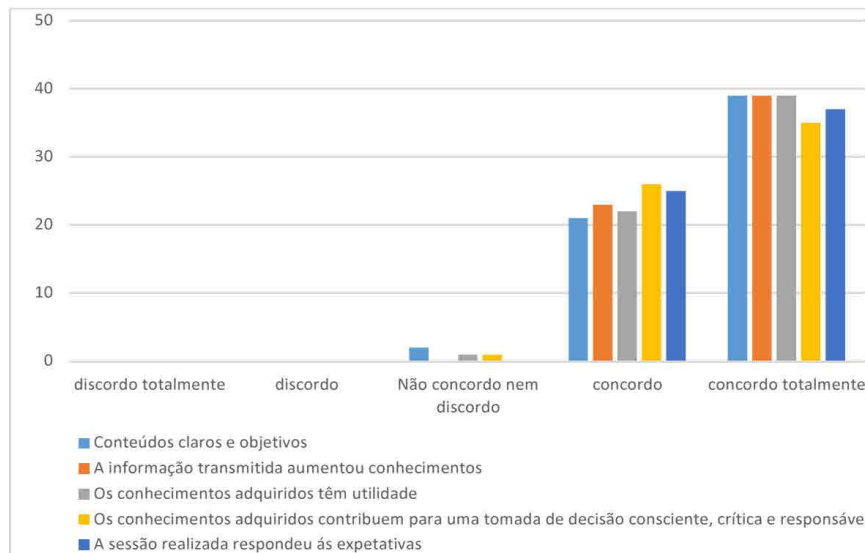
$$59/62 \times 100 = 95,16\%$$

Identificação de 3 predisponentes para a experimentação de Álcool:

$$60/62 \times 100 = 96,77\%$$

No final da sessão foi distribuído um questionário aos alunos, no intuito de avaliar os conhecimentos adquiridos e de verificar se a sessão correspondeu aos seus interesses, necessidades e expectativas. Ao avaliar os resultados obtidos e divulgados na Tabela 1 verificou-se que a sessão correspondeu ao esperado,

Tabela 1: Satisfação doa alunos acerca da sessão “As nossas escolhas...”



Apêndice 10

Cartaz “As nossas escolhas...”

CONSUMO DE ALCOOL E TABACO NA ADOLESCÊNCIA
A vida é feita de ESCOLHAS...

Não te deixes manipular
Tu és importante
A tua opinião conta
É, tu quem decide
Aproveita a liberdade
Curte a adolescência sem prisões

... dá à vida uma oportunidade merecida.
LIBERTA-TE!!! DIZ NÃO AO VÍCIO.

Logos for APE, ADE, and other organizations are visible at the bottom left of the film strip.

Apêndice 11:

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos Encarregados de Educação –
“Sabia que...”

Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais/ encarregados de educação dos alunos do 8º ano do 3º ciclo "Sabia que..."							
Objetivo: • Dar a conhecer o diagnóstico de saúde efetuado, a pelo menos 50% dos pais/encarregados de educação dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão. • Divulgar o projeto desenvolvido; • Envolver a família dos adolescentes no projeto; • Aumentar conhecimentos sobre o consumo de álcool e tabaco e suas consequências, em 30% dos pais/encarregados de educação dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão.							
População-Alvo	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais/ encarregados de educação dos alunos do 8º ano	Enfermeira mestranda	Dia 19 de dezembro 8ºA: 12h00 8C: 18h00 Dia 20 de dezembro. 8B:18h00 Duração de 30 minutos	Sala de aula da turma	3m - Apresentação 27m - Método expositivo e Método interrogativo; •Exposição temática pelo formador fomentando o diálogo	• Que 50% dos encarregados de educação participem na sessão de educação;	• Registo de ocorrências	• Nº de presentes/Nº total de encarregados de educação X 100
Recursos Materiais Computador, Data show, Ferramentas de apoio ao tema, Máquina fotográfica							
Recursos Humanos: Enfermeira Mestranda							

Apêndice 12

PowerPoint de Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos Encarregados de Educação – “Sabia que...”

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

GOVERNADOR DE ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO NA ADOLESCÊNCIA

Sabia que...



Autora:
Carmen Agostinho
Orientadora:
Prof. Ana Paula Belo(PhD)
Colaboradores:
Enf. Vanda

19 de dezembro de 2017

OBJETIVOS

- Dar a conhecer o diagnóstico de saúde efetuado;
- Divulgar o projeto desenvolvido;
- Envolver a família dos adolescentes no projeto;
- Reforçar os conhecimentos sobre as consequências do consumo de álcool e tabaco na adolescência.
- Reforçar a importância da família na prevenção dos consumos de substâncias



O ÁLCOOL E O TABACO SÃO DROGAS

A venda de álcool e tabaco é ilegal a menores de **18 anos**.

CONSUMO DE TABACO

43% dos adolescentes já **experimentou** tabaco.



- 11,4% afirma que o fez com 11/12 anos
- 16,1% com 13/14 anos
- Idade de experimentação compreendida entre o 8 anos e os 17 ou mais



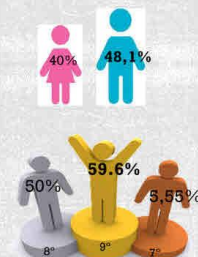
FATORES DE RISCO

- Baixo envolvimento escolar
- Alto envolvimento com os amigos

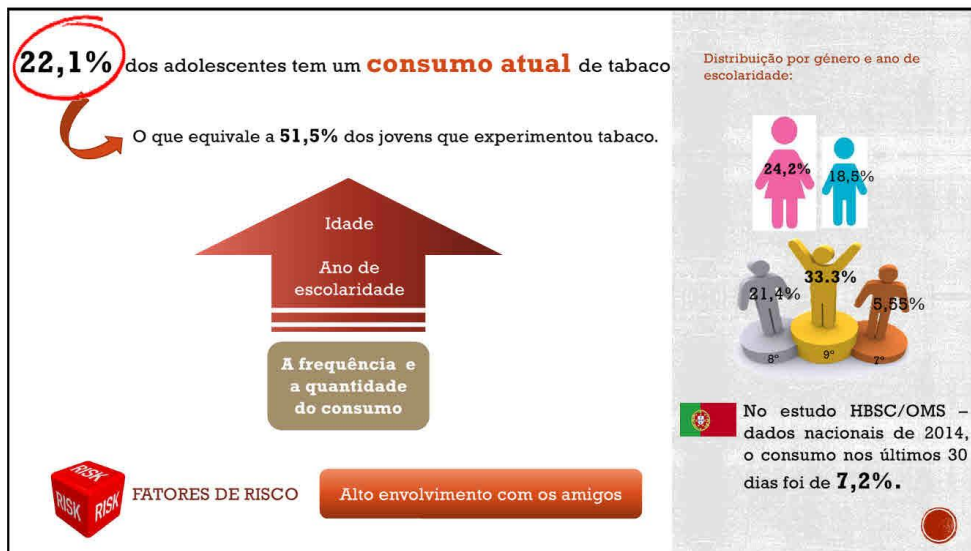
FATORES DE PROTEÇÃO

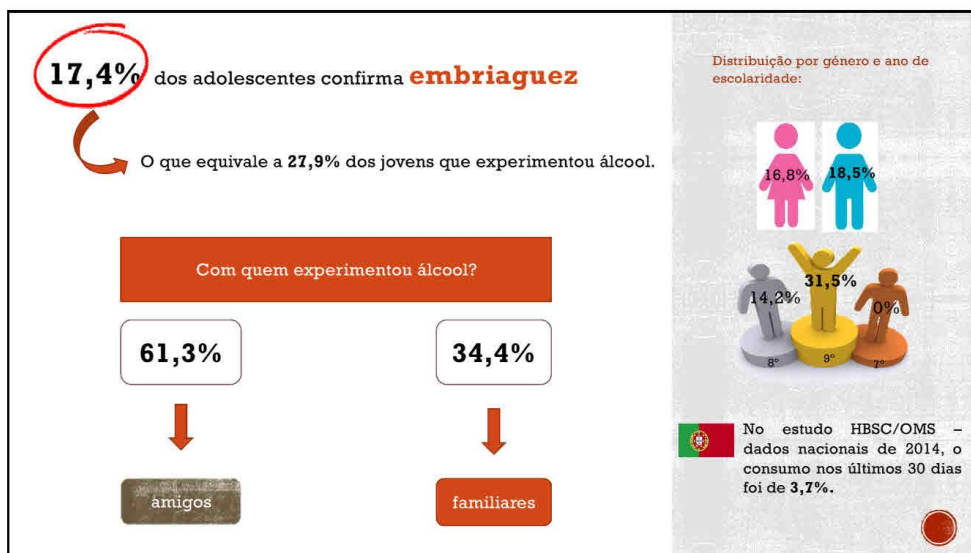
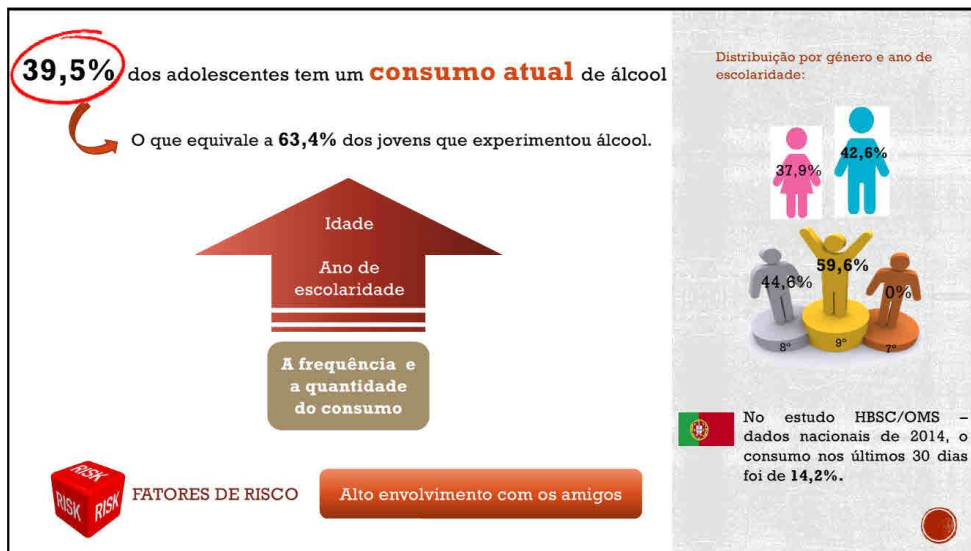
- Grande ligação com a família

Distribuição por género e ano de escolaridade



No estudo HBSC/OMS - dados nacionais de 2014, a experimentação de tabaco foi de **22,2%**.





CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO NA ADOLESCÊNCIA



O álcool e o tabaco têm **consequências** a **curto**, a médio e a longo prazo.

Em **Portugal** entre os principais fatores de risco associados à carga de doença estão o fumo do tabaco e o consumo de álcool (DGS, 2015).

CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO NA ADOLESCÊNCIA

O início precoce do consumo de tabaco predispõe a comportamentos de risco:

- consumo de álcool
- consumo de drogas ilegais
- relações sexuais precoces
- suicídio
- mortes prematuras
- incapacidades e qualidade de vida diminuída
- cancro (Boca, laringe, estômago, pulmão, ...)
- doenças do foro respiratório
- doenças cardiovasculares
- doenças do foro mental
- lesões ao nível do sistema nervoso central e periférico
- complicações na gestação

(Bertero et al., 2010; Bechole, 2008; Bernatti, 2002; Castro, Cordeiro, 2009; DG, 2011; Mattoso e Nunes, 2010; Davidell, 2006; Ferreira-Borges e Filha, 2004; Han et al., 2006; Marjón, 2002; Malik et al., 2003; Smith et al., 2008)



CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA

O consumo de álcool predispõe:

- A acidentes de viação
- homicídios
- afogamentos
- quedas
- queimaduras
- violência
- suicídio
- redução de produtividade no trabalho
- diversos tipos de cancro (pulmão, laringe)
- doenças cardíacas
- doenças pulmonares
- doenças crónicas de fígado
- complicações na gestação
- dependência de álcool
- envolvimento em relações sexuais precoces e desprotegidas.



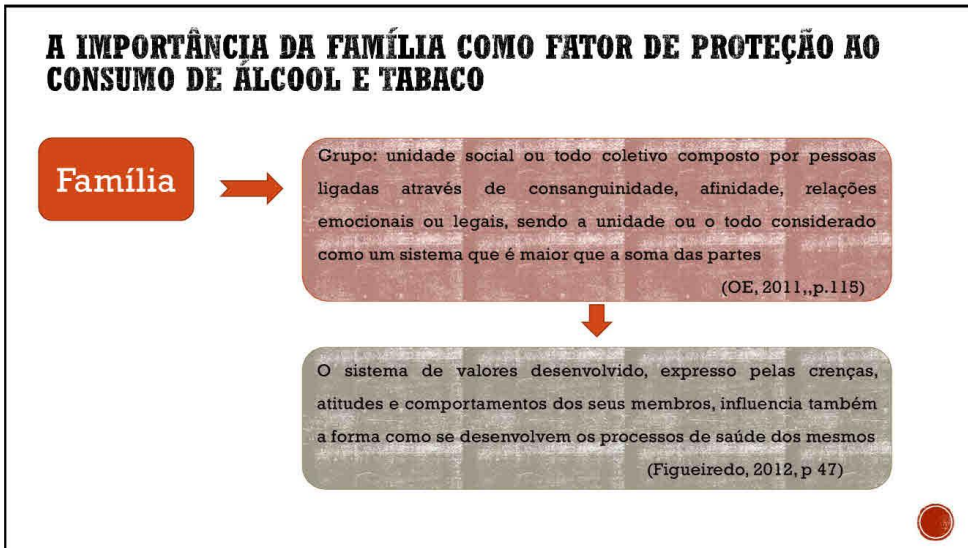
(Brodski, 2009; Brás, 2010; Cordova, 2009; Ferreira Borges e Filho, 2004; MS, 2007; Marcolini, 2012; Moreira e Rodrigues, 2009; WHO, 2011).

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO JUCAT (JOVENS UNIDOS CONTRA O ÁLCOOL E TABACO) VISA:

Aumentar a não adesão a comportamentos de consumo de tabaco e de álcool, em pelo menos 10 % dos alunos que frequentam o 8º ano do 3º ciclo,

- Indivíduo
- Família
- Escola
- Comunidade







Apêndice 13

Planeamento da sessão de Educação para a Saúde - “As nossas escolhas... e os conhecimentos e expetativas acerca do álcool e tabaco”



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Unidade Curricular

Estágio Final

2º ano / 1º semestre

Planeamento da sessão de Educação para a Saúde sobre Álcool e Tabaco aos alunos do 8º ano do 3º ciclo

**“As Nossas Escolhas... e os Conhecimentos e Expetativas acerca ao Álcool e
Tabaco”**

Autores:

Carmen Agostinho nº 37285

Évora

janeiro, 2018

ATIVIDADE 2

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE ÁLCOOL E TABACO “AS NOSSAS ESCOLHAS... E OS CONHECIMENTOS E EXPECTATIVAS ACERCA DO ÁLCOOL E TABACO”

Objetivos:

- Aumentar conhecimentos sobre o álcool e o tabaco;
- Desmistificar conhecimentos adquiridos;
- Diminuir as expectativas positivas do consumo destas substâncias
- Promover a tomada de decisão crítica e reflexiva

Descrição da Atividade:

■ Solicite que se formem 2 grupos. Cada um dos grupos terá 1 minuto para indicar o nome e um porta voz do grupo. Transcreva os nomes dos grupos no quadro.

■ Entregue a cada grupo um questionário com questões para resposta de verdadeiro ou falso. A um grupo questões sobre o álcool e ao outro grupo o questionário com questões sobre o tabaco.

Cada grupo tem 10 minutos para responder e discutir entre si a resposta correta.

■ Ao fim dos 10 minutos, chame o porta voz de cada grupo.

Leia a 1ª questão do questionário sobre o álcool em voz alta e obtenha a resposta do grupo.

Posteriormente questione o grupo rival se concorda com a resposta.

No fim diga a resposta correta e atribua a pontuação da seguinte forma:

Ao grupo respondente

- Resposta certa = 1 ponto

- Resposta errada = 0 ponto

Ao grupo Rival (Só em caso de resposta errada do grupo respondente):

- Resposta errada = 0 pontos

- Resposta correta = 2 pontos

Após a resposta diga a resposta correta e faça o respetivo esclarecimento de dúvidas.
Passe à 1ª questão do questionário sobre o tabaco e proceda da mesma forma.

Faça assim sucessivamente.

No final, ganha a equipa que tiver maior pontuação.

Questionários a utilizar:

Questionário Álcool 1



	Mito	Verdade
1 - O álcool é uma droga que desinibe		
2 - A cerveja é uma bebida leve pois contém menos álcool do que as outras bebidas.		
3 - Misturar cerveja, vinho e bebidas destiladas leva a embriaguez mais rapidamente do que só tomar um tipo de bebida alcoólica.		
4 - Quando se está embriagado, beber café ou tomar um banho frio pode ajudar a passar o efeito.		
5 - O álcool dá força e energia		
6 - Misturar álcool com outras drogas, incluindo analgésicos e anti-histamínicos pode ser perigoso.		
7 - Beber pouco não afeta as capacidades para conduzir.		
8 - Embriaguez e o <i>Binge drink</i> podem provocar alterações cerebrais irreversíveis		
9 - Os efeitos do álcool no corpo das raparigas são iguais aos efeitos do álcool no corpo do rapaz.		

Questionário Álcool 2



	Mito	Verdade
1 - O álcool é uma droga que estimula		
2 - A cerveja é uma bebida leve pois contém menos álcool do que as outras bebidas.		
3 - Misturar cerveja, vinho e bebidas destiladas leva a embriaguez mais rapidamente do que só tomar um tipo de bebida alcoólica.		
4 - Quando se está embriagado, beber café ou tomar um banho frio pode ajudar a passar o efeito.		
5 - O álcool alimenta e mata a sede		
6 - O álcool é um medicamento		
7 - Beber álcool e embriagar-me só aos fins-de-semana não produz danos no organismo.		
8 - O álcool é afrodisíaco e facilita as relações sexuais.		
9 - Beber pouco não afeta as capacidades para conduzir.		

Questionário Tabaco 1



	Mito	Verdade
1 - A nicotina é uma droga que relaxa e alivia o stress		
2 - Pode-se deixar de fumar quando quiser, basta querer.		
3 - O cigarro pode ser a porta de entrada para outros vícios		
4 - O tabaco só faz mal a quem fuma.		
5 - Cigarros light e flavorizados são menos prejudiciais que os cigarros tradicionais		
6 - A nicotina é uma das drogas que mais vicia		
7 - O cigarro aumenta o rendimento intelectual		
8 - Fumar um ou dois cigarros por dia não faz mal		
9 - Quem fumou por muitos anos ainda pode recuperar a saúde ao parar de fumar?		

Questionário Tabaco 2



	Mito	Verdade
1 - Fumar um cigarro relaxa e alivia o stress		
2 - Quando se deixa de fumar passa-se muito mal. É pior o remédio que a enfermidade.		
3 - O tabaco só faz mal a quem fuma.		
4 - Algumas marcas de cigarro são piores do que outras?		
5 - Cigarro eletrónico é uma boa alternativa ao cigarro?		
6 - Usar chiclete ou adesivo de nicotina pode viciar?		
7 - A nicotina é uma das drogas que mais vicia?		
8 - O cigarro pode ser a porta de entrada para outros vícios?		
9 - Fumar um ou dois cigarros por dia não faz mal?		

Cartão de Pontuação:

	Pontuação: Grupo álcool	Pontuação: Grupo tabaco
Pergunta 1		
Pergunta 2		
Pergunta 3		
Pergunta 4		
Pergunta 5		
Pergunta 6		
Pergunta 7		
Pergunta 8		
Pergunta 9		
Pergunta 10		
Total		

Tabela 1: Cartão de pontuação

**Atividade 2: Sessão de educação para a saúde sobre álcool dirigida aos alunos do 8º ano do 3º ciclo
“As nossas escolhas... e os conhecimentos e expetativas acerca do álcool e tabaco”**

- Objetivos:
- Aumentar conhecimentos sobre o álcool e o tabaco em 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão;
 - Desmistificar conhecimentos adquiridos em 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão;
 - Diminuir as expetativas positivas do consumo destas substâncias em 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão;

População-Alvo	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 8º ano	Enfermeira mestranda	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 9 de janeiro 8º A: 12h05 • Dia 10 de janeiro 8º B: 11h:10m • Dia 11 de janeiro 8º C: 9h15m <p>Duração de 45 minutos</p>	Sala de aula da turma	<ul style="list-style-type: none"> 5m - Método expositivo; • Explicação das regras do jogo. • Definição dos nomes do grupo; • Distribuição de ferramentas de apoio <p>40m - Método interrogativo e Método demonstrativo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jogo “mitos e verdades; • Exposição temática pelo formador fomentando o diálogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Que 85% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo participem na sessão de educação • Que cada grupo consiga responder corretamente a pelo menos 40% das questões colocadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de ocorrências • Resultados do instrumento de avaliação a aplicado 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de alunos presentes/Nº total de alunos X 100 • Nº de respostas corretas por grupo/Nº total de perguntas X 100;
Recursos Materiais Computador, Data show, Ferramentas de apoio ao tema (cartão de pontuação, questionários), Máquina fotográfica, Câmara de vídeo							
Recursos Humanos: Enfermeira Mestranda							
Recursos Financeiros: Impressão dos questionários e do cartão de pontuação							

Apêndice 14

PowerPoint de Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde - “As nossas escolhas... e os conhecimentos e expetativas acerca do álcool e tabaco”

Conhecimentos e expectativas acerca do álcool e tabaco



Orientadora:
Profª. Ana Paula Belo(PhD)
Colaboradores:
Enfª. Vanda



Autora:
Carmen Agostinho

Objetivos:

Aumentar conhecimentos sobre o álcool e o tabaco

Desmistificar conhecimentos adquiridos

Diminuir as expectativas positivas do consumo destas substâncias

Promover o a tomada de decisão crítica e reflexiva



Descrição da atividade:

Jogo: Mito ou verdade

- . Formação de 2 grupos (Cada grupo indica um nome e elege o porta voz do grupo)
- . Entrega dos questionários, um sobre álcool e outro sobre tabaco, a cada grupo.
- . Cada grupo tem 10 minutos para discutir e responder.
- . Ao fim dos 10 minutos, lê-se a 1ª questão de um dos questionários e o porta voz diz qual a sua resposta. Assim sucessivamente.

Pontuação do jogo:

Ao grupo respondente
- Resposta certa = 1 ponto
- Resposta errada = 0 ponto

Ao grupo Rival (Só em caso de resposta errada do grupo respondente):
Resposta errada = 0 pontos
Resposta correta = 2 pontos



1 – O álcool é uma droga estimulante

Apesar do álcool poder induzir um estado inicial de desinibição e euforia, este efeito é muito rápido e transitório. O álcool é uma substância **Depressora do Sistema Nervoso Central**, ou seja, **diminui a atividade cerebral**, deixando os consumidores **mais lentos, menos reativos**.



O álcool causa **sonolência**, lentificação do **pensamento** (dificuldade em falar), **turvação da visão**, **descoordenação motora e muscular** (andar a cambalear), **diminuição da capacidade de reação, atenção e compreensão**, **amnésia**, **fadiga muscular**, etc.



<http://www.isa.nutde.pt/ucsd/index.php/prevencao/mitos>



1 - A nicotina é uma droga que relaxa e alivia o stress

A nicotina - substância psicoativa presente no tabaco, produz um efeito **estimulante no Sistema Nervoso Central**, causando dependência.




A paragem do consumo, faz baixar os níveis de nicotina no cérebro, e origina sintomas de abstinência, tais como: **intranquilidade ou excitação, ansiedade ou agressividade, dificuldade de concentração, aumento do apetite, etc.**



A aparente sensação de alívio e relaxamento quando se fuma um cigarro deve-se à **supressão dos sintomas de abstinência.**







Cordoba, R. & Samitler, E. (2009). 50 mitos del tabaco. Departamento de Salud y Consumo Gobierno de Aragón.



2 - A cerveja é uma bebida leve pois contém menos álcool do que as outras bebidas.


O que define a quantidade de álcool ingerido não é o tipo de bebida, mas a quantidade de doses padrão que se ingerem.

~ 12 g de álcool puro				
330 ml de cerveja	=	100 ml de vinho	=	30 ml de destilado
				



Dose padrão de acordo com a OMS
Considerando um teor de álcool de:
Cerveja = 4%
Vinho = 12%
Whisky = 40%

<http://www.cisa.org.br/artigo/4503/definicao-dose-padrao.php>
 OMS(2010). Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide. Geneva 27, Switzerland:
 World Health Organization. Acedido a 09 de janeiro de 2018. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44322/1/9789241599405_eng.pdf

MITO ou **VERDADE?** 

2 – Pode-se deixar de fumar quando quiser, basta querer.


A **DEPENDÊNCIA** do tabaco é difícil de interromper.

Apenas **8%** dos fumantes deixa de fumar espontaneamente.

Cerca de **90%** dos tabagistas fracassam quando decidem deixar de fumar.

MITO

Cordoba, R. & Samitier, E. (2009). 50 mitos del tabaco. Departamento de Salud y Consumo Gobierno de Aragón.

MITO ou **VERDADE?** 

3 - Misturar cerveja, vinho e bebidas destiladas leva a embriaguez mais rapidamente do que só tomar um tipo de bebida alcoólica.

O **nível de álcool no sangue** depende da quantidade de álcool ingerida e não do tipo de bebida que se ingere.

É a quantidade de doses padrão de álcool que a pessoa ingere que vai determinar a quantidade de álcool no sangue.

O nível de alcoolémia (álcool no sangue) depende de vários fatores: idade, da estrutura física da pessoa (altura e massa muscular), do género, do estado de saúde, da vulnerabilidade genética, da quantidade ingerida, bem como, do contexto onde decorre a ingestão (ex: se foi efetuado o consumo durante as refeições).

MITO

<http://www.isa.madrid.es/ucad/index.jsp?prevencioa/mitos>

MITO ou **VERDADE** ?

3 - O cigarro pode ser a porta de entrada para outros vícios?

Vários estudos publicados nos últimos anos confirmam que o **cigarro** pode ser uma porta de entrada para outros comportamentos de risco, nomeadamente: **consumo de drogas ilegais** (cocaína, heroína, crack), **consumo de álcool**, **relações sexuais precoces**, **evasão escolar**, **suicídio**, ...

VERDADE

(Barreto et al., 2010; Beçaña, 2008; Bennett, 2002; Castro, Cordeiro, 2009; DGS, 2011; Matsuo e Nunes, 2010; Dowdell, 2006; Ferreira-Borges e Filho, 2004; Han et al., 2006; Marreiros, 2002; Matos et al., 2003; Smith et al., 2008)

MITO ou **VERDADE** ?

4 - Quando se está embriagado, beber café ou tomar um banho frio pode ajudar a passar o efeito.

Apenas **o tempo** pode ajudar uma pessoa a se restabelecer do estado de embriaguez.

O organismo humano demora, em média, **uma hora** para processar uma dose padrão de álcool.


MITO

A **cafeína** produz efeitos diuréticos, podendo mesmo desacelerar o processo de metabolização do álcool. Apesar de, aparentemente, deixar a pessoa mais desperta (por ser estimulante).

O **banho frio** também não é recomendado. O álcool produz uma sensação de calor devido à dilatação dos vasos sanguíneos, no entanto a temperatura interior do corpo diminui. Por isso, em situações de embriaguez devemos aquecer e proporcionar calor à pessoa e não tentar despertá-la com banhos frios.

Se algum colega teu entrar em coma alcoólico, coloca-o em posição lateral de segurança e chama o 112.

<http://www.sasude.pt/ucad/index.php/prevencao/mitos>

MITO ou **VERDADE?** 

4 - O tabaco só faz mal a quem fuma.

Os fumadores passivos (pessoas expostas ao fumo ambiental de tabaco) também ficam expostos ao risco de contrair doenças.


MITO

A curto prazo:
Reações como tosse, irritação nos olhos, dor de cabeça, agravamento de doenças respiratórias (asa bronquite) e náuseas.

A longo prazo:
Risco 30% maior de desenvolver cancro de pulmão e 24% maior de ter enfarte do miocárdio.

O tabaco é considerada a primeira causa de morte evitável no mundo.

<https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/tabaco.aspx>


MITO ou **VERDADE?** 

5 - O álcool dá força e energia


O álcool tem um efeito anestésico, que disfarça o cansaço provocado pelo trabalho físico ou intelectual intenso, dando a ilusão de voltarem as forças, no entanto **produz uma maior fadiga física e maior sonolência**. Também origina uma **diminuição da força e coordenação motora**.

MITO

Apesar de altamente calórico, o álcool é mencionado como contendo **calorias vazias**, isto porque contém quantidades insignificantes de vitaminas e sais minerais.

 Por sua vez, o álcool interfere na capacidade das células absorverem e usarem os nutrientes de outros alimentos, atrapalha a absorção de vitaminas e aminoácidos do longo do sistema digestivo e aumenta a perda de vitaminas na urina, podendo mesmo levar a estados de desnutrição.

<http://www.isaude.pt/bsad/index.php/prevencao/mitos>
http://portal.cm-espinho.pt/fotos/colite2/Access%20Social/Alcool/jogo_para_criancas_verdade_ou_mito.pdf




MITO
ou
VERDADE

5 - Cigarros light e flavorizados são menos prejudiciais que os cigarros tradicionais


Os **cigarros light e ultralight** (contém menor teor de nicotina e alcatrão) fazem tanto mal, ou até mais, que os tradicionais. Isso porque, apesar de cada cigarro ser menos tóxico, **o fumador tende a consumir mais cigarros**, para obter a mesma quantidade de nicotina.

Os **cigarros com sabor** também são verdadeiras armadilhas. Além de causarem os mesmos prejuízos à saúde que os cigarros comuns, como têm um sabor mais agradável podem levar a um **aumento do consumo**.



Vários estudos demonstraram que este tipo de tabaco **não evitou o crescimento das taxas de cancro do pulmão**.

Cordoba, R. & Samitier, E. (2009). 50 mitos del tabaco. Departamento de Salud y Consumo Gobierno de Aragón.




MITO
ou
VERDADE

6 - Misturar álcool com outras drogas, incluindo analgésicos e anti-histamínicos pode ser perigoso.


A **ingestão de álcool pode interagir com medicamentos**, atuando por diferentes mecanismos.

As interações podem ser:

- **farmacocinéticas** (umentam ou diminuem o esvaziamento gástrico, acarretando maior ou menor absorção de álcool; alteram, induzindo, inibindo ou competido, com a atividade de algumas enzimas utilizadas na bio transformação de vários fármacos);
- **farmacodinâmicas** (o álcool pode induzir tolerância associada ao desenvolvimento de dependência física);
- **efeito** (acentuação dos efeitos de outros depressores do SNC e dos efeitos adversos de outros fármacos e inibição de efeitos de dependência).



Wannmacher, L. (2007). Interações de medicamentos com álcool: verdades e mitos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Organização Pan-americana de Saúde/ Organização mundial de saúde. ISSN 1810-0791. 4(12). Acedido a 1 de janeiro de 2017. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1339892980v4n12_interacoes_medicamentosas.pdf




MITO
ou
VERDADE?

6 - A nicotina é uma das droga que mais vicia?


Uma das substâncias com **maior poder de dependência** é a **NICOTINA**.

A nicotina é uma droga psicoestimulante, com efeitos semelhantes à cocaína e heroína, libertando substâncias estimulantes no cérebro que levam à produção de dopamina, responsável pela sensação de prazer e euforia.

A nicotina, ao ser absorvida, atinge o cérebro após **7 a 19** segundos.



Andrade, A.L.M., Michell, D. & Silva (2014). Neurociências do abuso de drogas em adolescentes. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar. Estudo editora UFJF, pp. 25-37



MITO
ou
VERDADE?


7 - Beber pouco não afeta as capacidades para conduzir.

Mesmo pequenas quantidades de bebidas alcoólicas têm efeitos ao **nível da capacidade de concentração, da atenção, da motricidade e do tempo de reação.**

Para além disso, esta diminuição das capacidades não é percebida pelo consumidor que muitas vezes até julga que estão aumentadas.

		MULHERES										
		PESO (KG)										
		41	45	55	64	73	82	91	100	109		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	0,5	0,5	0,4	0,3	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
2	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	
3	1,5	1,4	1,1	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	
4	2,0	1,8	1,5	1,3	1,1	1,0	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	
5	2,5	2,3	1,9	1,6	1,4	1,3	1,1	1,0	0,9	0,9	0,9	
6	3,0	2,7	2,3	1,9	1,7	1,5	1,4	1,2	1,1	1,1	1,1	
7	3,5	3,2	2,7	2,3	2,0	1,8	1,6	1,4	1,3	1,3	1,3	
8	4,0	3,6	3,0	2,6	2,3	2,0	1,8	1,7	1,5	1,5	1,5	
9	4,5	4,1	3,4	2,9	2,6	2,3	2,0	1,9	1,7	1,7	1,7	
10	5,1	4,5	3,8	3,2	2,8	2,5	2,3	2,1	1,9	1,9	1,9	

		HOMENS										
		PESO (KG)										
		41	45	55	64	73	82	91	100	109		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
2	0,8	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	
3	1,1	0,9	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	
4	1,5	1,2	1,1	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	
5	1,9	1,6	1,3	1,2	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	
6	2,3	1,9	1,6	1,4	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	
7	2,6	2,2	1,9	1,6	1,5	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	
8	3,0	2,5	2,1	1,9	1,7	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	
9	3,4	2,8	2,4	2,1	1,9	1,7	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	
10	3,8	3,1	2,7	2,3	2,1	1,9	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	



<http://www.sasude.pt/ucad/index.php/prevencao/mitos>

ago-18 | Página 299

MITO ou **VERDADE** ?

7 - O cigarro aumenta o rendimento intelectual

O uso continuado do tabaco **reduz a velocidade e clareza nas habilidades cognitivas**, e **reduz o Q.I.** (Quociente de Inteligência).
As consequências na memória, capacidade de resolver problemas e QI são mais pronunciadas entre aqueles que fumaram por mais anos.

MITO

Córdoba, R. & Samitier, E. (2009). 50 mitos del tabaco. Departamento de Salud y Consumo Gobierno de Aragón.

MITO ou **VERDADE** ?


8 – A Embriaguez e o *Binge drink* podem provocar alterações cerebrais irreversíveis

A maturação cerebral só acontece por volta dos 25 anos de idade.

O consumo excessivo de álcool na adolescência pode traduzir-se em danos cerebrais, **défices neuro cognitivos irreversíveis**, com implicações na memória, aprendizagem e desenvolvimento intelectual.

VERDADE

Tessmann, C.C. & Gomes, R.F. (2014). Alcoolismo e o impacto nas funções cognitivas. Revista Digital, Buenos Aires, 196.
Zeigler et al. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine, 40, 23-32.




8 - Fumar um ou dois cigarros por dia não faz mal?

Cada cigarro contém inúmeras **substâncias químicas**, muitas delas **cancerígenas e tóxicas**.

Fumar pouco ou apenas conviver com fumadores provoca danos à saúde e aumenta o risco de desenvolver doenças cardíacas, vasculares, respiratórias e cancro, especialmente o de pulmão.

MITO

<http://www.dgs.pt/promocao-de-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/tabaco.aspx>
Direção Geral de Saúde [DGS] (2007). Cessação tabágica. Programa-tipo de atuação. Lisboa: Direção Geral de Saúde.



9 - Os efeitos do álcool no corpo das raparigas são iguais aos efeitos do álcool no corpo do rapaz.


As **mulheres são mais sensíveis** aos efeitos do álcool do que os homens

As mulheres, na sua composição corporal apresenta **menos água**. O álcool é solúvel em água, como tal, no corpo da mulher fica mais concentrado, o que potencia os seus efeitos.

As mulheres apresentam **níveis mais baixos das enzimas** que metabolizam o álcool, logo o álcool permanece mais tempo no corpo destas.

MITO


<http://www.saude.pt/ucad/index.php/brevecao/mitos>

MITO  **OU** **VERDADE**

9 - Quem fumou por muitos anos ainda pode recuperar a saúde ao parar de fumar?

SE DEIXAR DE FUMAR:

- **20 minutos** depois, o ritmo cardíaco baixa.
- **12 horas** depois, o nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais.
- **2 semanas a 3 meses** depois, o risco de ocorrência de enfarte do miocárdio desce e a função pulmonar aumenta.
- **1 a 9 meses** depois, a ocorrência de tosse e dispneia diminuem.
- **1 ano** depois, o risco de doença cardíaca coronária é metade do de um fumador.
- **5 anos** depois, o risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não-fumador.
- **10 anos** depois, o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador. O risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas também diminui.
- **15 anos** depois, o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador.



Direção Geral da Saúde [DGS] (2007). Cessação tabágica. Programa-tipo de atuação. Lisboa: Direção Geral da Saúde.



Apêndice 15

Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “As nossas escolhas ... e os conhecimentos e expectativas sobre o álcool e tabaco”

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre Álcool e Tabaco:

“As nossas escolhas... conhecimentos e expetativas sobre o álcool e tabaco”

A tua opinião acerca das sessões desenvolvidas é muito importante, no sentido de melhorar o desenvolvimento de sessões futuras.

Lê atentamente as afirmações seguintes e assinala com um X a tua resposta.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Os conteúdos foram abordados de forma objetiva e clara					
A informação transmitida permitiu aumentar os meus conhecimentos nesta temática					
Os conhecimentos adquiridos têm utilidade para a minha vida					
Os conhecimentos adquiridos contribuem para uma tomada de decisão consciente, crítica e responsável acerca do consumo de álcool e tabaco					
A sessão realizada permitiu desmistificar algumas crenças e mitos sobre o álcool e tabaco					
A sessão realizada respondeu às minhas expetativas					

Obrigada pela tua colaboração,

Enfermeira Carmen Agostinho

Apêndice 16

Resultados da Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “As nossas escolhas ... e os conhecimentos e expetativas sobre o álcool e tabaco”

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre Álcool e Tabaco:

“As nossas escolhas... conhecimentos e expetativas sobre o álcool e tabaco”

A avaliação contínua da sessão reverte-se de grande importância e relevo, pois permite verificar a aquisição de conhecimentos, bem como a adequação das estratégias utilizadas aos interesses da população alvo. Possibilita ainda a reformulação da sessão de forma a potenciar ganhos em saúde.

A avaliação foi efetuada no decurso da sessão, estimulando a participação dos alunos e o esclarecimento de dúvidas.

Para avaliação da sessão recorreu-se aos indicadores de atividade previamente estipulados:

- N° de alunos presentes/N° total de alunos X 100

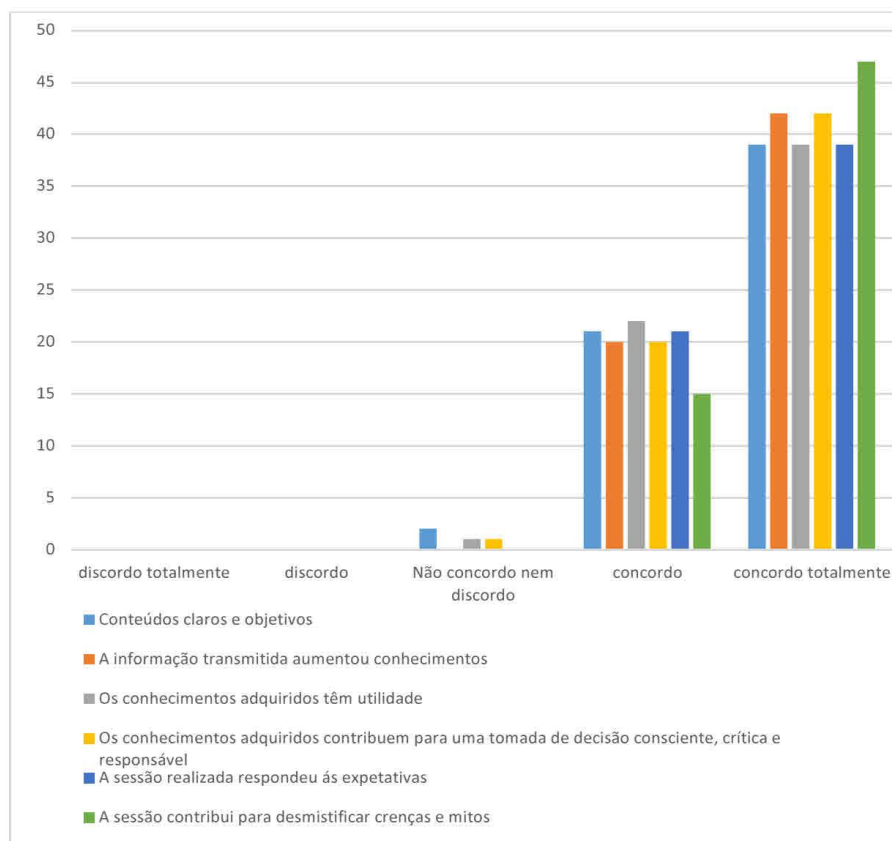
$$62/62 \times 100 = 100\%$$

- N° de resposta correta por grupo/N° de questões colocadas X 100;

8º A	Grupo “Tartarugas” = $6/9 \times 100 = 66,7\%$
	Grupo “Sei lá” = $5/9 \times 100 = 55,5\%$
8º B	Grupo “Pauchini” = $7/9 \times 100 = 77,8\%$
	Grupo “Calipolense” = $5/9 \times 100 = 55,5\%$
8º C	Grupo “A.A” = $6/9 \times 100 = 66,7\%$
	Grupo “Raparigas” = $7/9 \times 100 = 77,8\%$

No final da sessão foi distribuído um questionário aos alunos, no intuito de avaliar os conhecimentos adquiridos e de verificar se a sessão correspondeu aos seus interesses, necessidades e expetativas. Ao avaliar os resultados obtidos e divulgados na Tabela I verificou-se que a sessão correspondeu ao esperado,

Tabela 1: Satisfação dos alunos acerca da sessão “As nossas escolhas... conhecimentos e expectativas sobre o álcool e tabaco”



Apêndice 17

Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas... têm consequências...”



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Unidade Curricular

Estágio Final

2º ano / 1º semestre

**Planeamento da sessão de Educação para a Saúde sobre Álcool e
Tabaco aos alunos do 8º ano do 3º ciclo**

“As nossas escolhas... têm consequências.”

Autores:

Carmen Agostinho nº 37285

Évora

Janeiro, 2018

ATIVIDADE 3

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE ÁLCOOL E TABACO

“AS NOSSAS ESCOLHAS... TÊM CONSEQUÊNCIAS”

Objetivos:

- Aumentar conhecimentos sobre o álcool e tabaco e consequências da experimentação e consumo, em 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão.
- Identificar e refletir sobre as consequências das escolhas pessoais;
- Desenvolver competências de tomada de decisão responsável e saudável
- Fortalecer escolhas positivas

Descrição da atividade:

1. Iniciar a atividade com uma dinâmica de reflexão

Passar um embrulho fechado e bastante atrativo pelos alunos e afirmar que lá dentro há algo embaraçoso e negativo que os pode deixar envergonhados perante a turma.

Aquele que no final decidir abrir a caixa vai encontrar um simples rebuçado.

No final suscite a reflexão sobre o facto de que até as mais pequenas escolhas têm consequências e que cada um será responsabilizado pelos resultados positivos e negativos de suas escolhas pessoais.



Ressalte a importância do **pensamento crítico** e da **responsabilidade** para se alcançar liberdade e autonomia.

2. Visionamento de um filme.

<https://www.youtube.com/watch?v=cCXCNGa13Rg>

O filme descreve uma festa de adolescentes de 16 anos, na qual um jovem leva bebidas alcoólicas. Alguns decidem beber outros não. A Nina é uma jovem que decide não beber e seu amigo Luca é um dos que bebe. As consequências das escolhas realizadas pelos 2 amigos são reveladas no filme.

3. Estimule o debate solicitando aos alunos a sua opinião sobre o filme a que assistiram.

- Peça que alguém faça uma sinopse do filme.
- Pergunte o que acharam do filme: De que cenas mais gostaram? De que cenas menos gostaram? Se se identificaram com as personagens? Se já vivenciaram situações como as que o filme apresenta?
- Quais os argumentos que usariam para convencer a Nina a beber?
- Quais os argumentos para convencer o Luca a não beber?

4. Promova a reflexão sobre:

- É fácil dizer que não?? (pode se sugerir a cada aluno que faça uma reflexão sobre os argumentos pessoais para dizer não).

Há argumentos muito sedutores para o consumo (socialização, desinibição, diversão, esquecer, ...). Mas, é muito importante ter opinião própria, ser autónomo e independente e buscar um estilo de vida saudável.

5. Promova a reflexão sobre as consequências do consumo de álcool.

- O que teria acontecido se a Nina não fosse atrás do amigo, quando ele abandonou a festa.

Relembrando o filme saliente que:

Atitudes irrefletidas e irresponsáveis tanto podem ter consequências apenas desagradáveis (ressaca, perda de pertences, etc.) como podem resultar em situações graves e irreversíveis (acidente, briga, sexo desprotegido ou indesejado, gravidez, etc.).

6. Termine com outro filme e deixe em aberto a reflexão sobre as escolhas

<https://www.youtube.com/watch?v=rKBEtwO4PUA>

Atividade 3: Sessão de educação para a saúde sobre o álcool e o tabaco dirigida aos alunos do 8º ano do 3º ciclo “As nossas escolhas... têm consequências”							
Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar conhecimentos sobre o álcool e tabaco e consequências da experimentação e consumo, em 40% dos alunos do 8º ano, ao longo desta sessão. • Identificar e refletir sobre as consequências das escolhas pessoais; • Desenvolver competências de tomada de decisão responsável e saudável • Fortalecer escolhas positivas 							
População-Alvo	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 8º ano	Enfermeira mestranda	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 23 de janeiro 8ªA: 12h05 • Dia 24 de janeiro 8ªB: 11h:10m • Dia 25 de janeiro 8ªC: 9h15m Duração de 45 minutos	Sala de aula da turma	10m - Método ativo <ul style="list-style-type: none"> • Dinâmicas de grupo acerca da temática em causa; 10 - Método expositivo; <ul style="list-style-type: none"> • Visionamento de um filme 20m - Método interrogativo; <ul style="list-style-type: none"> • Exposição temática pelo formador fomentando o diálogo • Distribuição de ferramentas de apoio 5 - Método expositivo; <ul style="list-style-type: none"> • Visionamento de um filme 	<ul style="list-style-type: none"> • Que 85% dos alunos do 8º ano do 3º ciclo participem na sessão de educação • Que 40% dos alunos consigam identificar 3 consequências do consumo de álcool e tabaco • Que 40% dos alunos consigam identificar 2 consequências da embriaguez 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de ocorrências • Resultados do instrumento de avaliação a aplicar a meio da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de alunos presentes/Nº total de alunos X 100 • Nº de alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100; • Nº de alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100;
Recursos Materiais: Computador, Data show, Ferramentas de apoio ao tema, Máquina fotográfica							
Recursos Humanos: Enfermeira Mestranda							
Recursos financeiros: Impressão do folheto, Impressão do questionário							

Apêndice 18:

Panfleto “O Percurso do Tabaco e Álcool no Organismo e as suas Consequências”

O PERCURSO DO ÁLCOOL NO CORPO

- 1. ABSORÇÃO**
Ingerido através da boca, o álcool é inteiramente absorvido pelo tubo digestivo: **30% no estômago, 60% no duodeno e intestino delgado, 5% no intestino grosso.**
A absorção faz-se em 15-20 minutos, no entanto, há vários fatores que podem alterar o tempo de absorção, por ex: a concentração de álcool ingerido a velocidade do consumo, o estado da mucosa gástrica e duodenal, a ingestão simultânea de alimentos, o tipo de alimentos ingeridos, ...
- 2. DISTRIBUIÇÃO**
O álcool absorvido é transportado pelo sangue para todo o organismo, em função do conteúdo hídrico dos diferentes órgãos ou tecidos. Assim, as maiores concentrações de álcool vão alojar-se nos órgãos com mais água, nomeadamente o fígado, o cérebro, os rins, o coração e os músculos.
- 3. METABOLISMO**
90% do álcool ingerido é metabolizado pelo **fígado** através de enzimas especiais. Um fígado saudável consegue metabolizar cerca de uma dose padrão de álcool por hora (12g de álcool puro).
- 4. ELIMINAÇÃO**
90% do álcool absorvido é eliminado pelo fígado, o restante (10%) é excretado sem modificações na urina, suor e respiração.

OS EFEITOS DO ÁLCOOL NO CORPO

O CONSUMO DE ÁLCOOL PROVOCA PROBLEMAS AO NÍVEL DE VÁRIOS ÓRGÃOS.

- CÉREBRO**
Fracas concentração; Perturbação da memória; Défices neuro cognitivos com implicação na aprendizagem e desenvolvimento intelectual; Aumento do fluxo sanguíneo cerebral e diminuição da resistência vascular cerebral.
- CORAÇÃO**
Hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, miocardiopatias, fragilidade das paredes vasculares e consequentes hemorragias.
- FIGADO**
Esteatose Hepática (Gordura no fígado), hepatite crónica e Cirrose
- PÂNCREAS E ESTOMAGO**
Gastrites, esofagites, pancreatites, cancro da boca, esófago, estomago e pâncreas
- MÚSCULOS**
Perda de tónus muscular e atrofia muscular, câibras, contraturas musculares.
- SEXUALIDADE**
Impotência sexual, atrofia testicular alterações menstruais e infertilidade.

Referências bibliográficas: Cabral, L. (2007). Consumo de bebidas alcoólicas em rituais/Praxes académicas. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto; Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). Programa Nacional Prevenção e Controlo do Tabagismo, 2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde.; Mello, M.L.; Barnias, J. & Breda, J. (2001). Alcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direção geral de Saúde; Tessmann, C.C. & Gomes, R.F. (2014). Alcoolismo e o impacto nas funções cognitivas. Revista Digital. Buenos Aires. 196.; Zeigler et al. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine. 40. 23-32.

O PERCURSO DO FUMO NO CORPO

- O fumo do tabaco passa pela boca (Lábios, boca e língua) passa pela faringe, laringe, traqueia e chega aos pulmões.
- É nos alvéolos pulmonares que se dão as trocas gasosas (os pulmões recebem do sangue o dióxido de carbono vindo do corpo e fornecem o oxigénio e nutrientes ao sangue).
- Num individuo fumador o ar fornecido ao sangue contém 7000 substâncias tóxicas. Estas substâncias tóxicas, percorrem todo o corpo através da corrente sanguínea, em menos de um minuto.
- O sangue é filtrado pelos rins, que enviam para a bexiga as toxinas, eliminadas pelo sistema urinário.

OS EFEITOS DO TABACO NO CORPO

O CONSUMO DE TABACO É RESPONSÁVEL POR 10% DAS MORTES EM PORTUGAL.

- Cataratas, cegueira**
- Mau hálito, cáries dentárias, cancro da boca, língua, faringe, laringe, esófago**
- CÉREBRO**
Dependência química e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC).
- CORAÇÃO**
Hipertensão arterial, enfarte agudo do miocárdio
- RINS E BEXIGA**
Cancro
- FIGADO, PÂNCREAS, ESTOMAGO E INTESTINO**
Gastrites, cancro.
- PULMÕES**
Diminuição da capacidade respiratória, bronquite, enfisema pulmonar, infeções respiratórias, asma, cancro do pulmão, brônquios e traqueia.
- PERNAS E PÉS**
Trombose venosa periférica, isquémia dos membros inferiores.

Logos: JUCAT, and other institutional logos.

Apêndice 19

Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas... têm consequências”

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre Álcool e Tabaco:

“As nossas escolhas... têm consequências”

A tua opinião acerca das sessões desenvolvidas é muito importante, no sentido de melhorar o desenvolvimento de sessões futuras.

Lê atentamente as afirmações seguintes e assinala com um X a tua resposta.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Os conteúdos foram abordados de forma objetiva e clara					
A informação transmitida permitiu aumentar os meus conhecimentos nesta temática					
Os conhecimentos adquiridos têm utilidade para a minha vida					
Os conhecimentos adquiridos contribuem para uma tomada de decisão consciente, crítica e responsável acerca do consumo de álcool e tabaco					
A sessão realizada respondeu às minhas expectativas					

Indica 3 consequências do consumo de tabaco:

Indica 3 consequências do consumo de álcool:

Indica 2 consequências da embriaguez:

Obrigada pela tua colaboração,
Enfermeira Carmen Agostinho

Apêndice 20

Resultados da Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – “As nossas escolhas... têm consequências”

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde sobre Álcool e Tabaco:

“As nossas escolhas... têm consequências”

A avaliação contínua da sessão reverte-se de grande importância e relevo, pois permite verificar a aquisição de conhecimentos, bem como a adequação das estratégias utilizadas aos interesses da população alvo. Possibilita ainda a reformulação da sessão de forma a potenciar ganhos em saúde.

A avaliação foi efetuada no decurso da sessão, estimulando a participação dos alunos, no intuito de detetar dúvidas e receios, ou até mesmo, dando ênfase a algumas experiências citadas.

Para avaliação da sessão recorreu-se aos indicadores de atividade previamente estipulados:

• **Nº de alunos presentes/Nº total de alunos X 100**

$$62/62 \times 100 = 100\%$$

• **Nº alunos com resposta correta/Nº de alunos presentes X 100;**

Identificação de 3 consequências do consumo de tabaco:

$$57/62 \times 100 = 91,94\%$$

Identificação de 3 consequências do consumo de álcool:

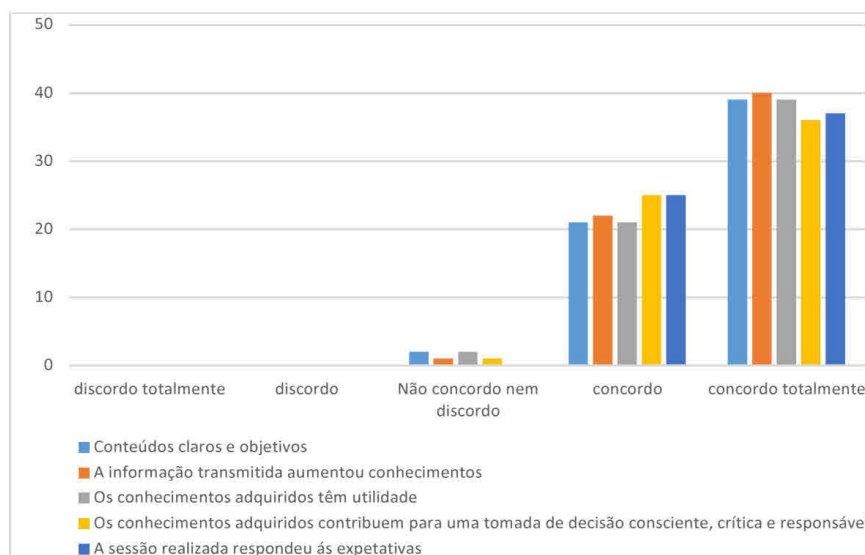
$$61/62 \times 100 = 98,39\%$$

Identificação de 2 consequências da embriaguez

$$60/62 \times 100 = 96,77\%$$

No final da sessão foi distribuído um questionário aos alunos, no intuito de avaliar os conhecimentos adquiridos e de verificar se a sessão correspondeu aos seus interesses, necessidades e expectativas. Ao avaliar os resultados obtidos e divulgados na Tabela 1 verificou-se que a sessão correspondeu ao esperado,

Tabela 1: Satisfação dos alunos acerca da sessão “As nossas escolhas...têm consequências.”



Apêndice 21

Cartaz “As nossas escolhas... têm consequências”

O CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO ABRE PORTAS A OUTROS COMPORTAMENTOS DE RISCO

Consumo de drogas ilegais

Comportamento sexual de risco

Acidentes de Trânsito

Violência

Abandono escolar

Suicídio

Incapacidade física, mental e social

Incapacidade/morte prematura

As escolhas têm consequências...
...reflete antes de agir.
O poder de decisão é teu!

Apêndice 22:

Artigos Publicados do *Site* da Escola

Artigo 1

JUCAT – Jovens Unidos Contra Álcool e Tabaco

Carmen Dolores Roque Agostinho, Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora; Enfermeira no Serviço de Cirurgia Geral – tira 1 do Hospital Espírito Santo de Évora – EPE; aluna do mestrado em enfermagem em associação - Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias – na área de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública; carmenagostinho@gmail.com

JUCAT – Jovens Unidos Contra Álcool e Tabaco

JUCAT (Jovens Unidos Contra Álcool e Tabaco) é o nome de um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em Meio Escolar, cuja população alvo são os alunos do 8º ano do 3º ciclo da Escola [REDACTED]. O mesmo faz parte integrante do projeto de mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública a ser desenvolvido pela Enfermeira Mestranda Carmen Agostinho, que se encontra a realizar o Estágio Final na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de [REDACTED], sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Belo e da Supervisão da Enfermeira Vanda [REDACTED]. Este projeto conta com a parceria, apoio e participação de várias entidades, nomeadamente: Agrupamento de Escolas [REDACTED], PES (Projetos de Educação para a Saúde) e AJE Livre (Apoio a Jovens Estudantes).

Pertinência do projeto

Pode afirmar-se que a adolescência é uma fase do ciclo vital caracterizada por notáveis alterações físicas, cognitivas, psicológicas e sociais, que surgem associadas e interligadas, interagindo entre si. Todas estas transformações provocam no adolescente sentimentos e emoções ambivalentes para as quais o mesmo tem de encontrar o ponto de equilíbrio e assegurar a satisfação das suas necessidades básicas, tais como: segurança, afeto, valorização, auto estima e protagonismo social (Ferreira, 2014). Contudo, na incessante procura de novas formas de prazer e transgressão, da busca de limites, de identificação pessoal e autoafirmação, características próprias desta complexa etapa de crescimento e desenvolvimento, são por vezes realizadas escolhas, tomadas decisões e efetivados comportamentos nunca antes tentados e experienciados.

Accionados pelo prisma da impulsividade, excitabilidade, imaturidade e espírito aventureiro (observado desde a antiguidade nesta fase do ciclo vital) estes indivíduos colocam-se numa posição vulnerável a diversas situações e comportamentos de risco. Como nos referem Gomes & Mendes (2009, p.689):

o termo risco, quando aplicado aos adolescentes, tem sido usado para designar um conjunto de comportamentos cuja natureza comum reside na exposição a uma maior probabilidade de sofrer danos físicos, psicológicos ou mesmo a morte. Risco pode ainda significar uma ameaça ao próprio futuro.

Assim, a expressão comportamentos de risco é “definida como a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental dos adolescentes” (Feijó & Oliveira, 2001, p. 125).

São inúmeros os comportamentos considerados de risco. Destes, aqueles que apresentam maior prevalência na adolescência são o consumo de álcool e tabaco. Estas são as substâncias psicoativas mais consumidas por adolescentes, funcionando como porta de entrada para muitos outros comportamentos de risco.

No que diz respeito ao uso de álcool na adolescência, os dados nacionais de 2014, desenvolvidos pelo estudo HBSC/OMS (estudo colaborativo da OMS realizado de 4 em 4 anos no nosso país, a alunos do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade) revelam que: 41,2% dos jovens inquiridos já experimentaram álcool e que 17,2% refere já se ter embriagado. A média de idade de experimentação de álcool foi de 12,8 anos e a de embriaguez foi de 13,9 anos de idade. Quanto à frequência do consumo verifica-se que 4,2% refere um consumo regular de álcool, e 3,7% refere ter ficado 1 a 3 vezes embriagado o último mês (Matos et al, 2015).

Quanto ao uso de tabaco por parte de adolescentes, Feijão (2015), revela que nos dados obtidos no ESPAD-Portugal/2015 a prevalência de experimentação foi de 12% nos alunos de 13 anos e 59% nos alunos de 18 anos; a prevalência de consumos recentes foi de 8% nos alunos de 13 anos e 46% nos alunos de 18 anos; a prevalência de consumos atuais foi de 4% nos alunos de 13 anos e 32% nos alunos de 18 anos (Feijão, 2015). A média de idade de experimentação de tabaco foi de 13 anos. (Matos et al, 2015).

Estes dados revelam-se preocupantes, divulgando a iniciação precoce do uso do álcool e do tabaco, bem como a manutenção do comportamento de consumo. Factos estes que prejudicam o adequado desenvolvimento do indivíduo e potenciam situações de dependência futura.

Os estudos HBSC/OMS (2014) e ESPAD-Portugal/2015 divulgam ainda que a prevalência do consumo de álcool e tabaco é superior na região Alentejo, destacando assim a influência cultural como fator de risco ou proteção no comportamento de consumo.

A evidência denuncia que estas experiências de consumo são vulgares e socialmente aceites, bem como culturalmente fundamentadas. Parece não haver consenso relativamente à temática do consumo de álcool e tabaco. Se por um lado, a lei não permite a venda a menores de 18 anos, por outro, vendedores, usuários e agentes de autoridade ignoram o não cumprimento da mesma. Como nos afirma Pechansky, Szobot & Scivoletto (2004) a inexistência de uma posição firme e unânime sobre este facto parece aliciar os adolescentes ao início precoce dos consumos abusivos.

Não obstante, os problemas decorrentes do uso do álcool e tabaco vão muito além do incumprimento da lei. De acordo com a DGS (2015) entre os principais fatores de risco associados à carga de doença a nível mundial estão o fumo do tabaco e o consumo de álcool. Acresce ainda, a inegável relação entre o consumo destas substâncias e outros comportamentos de risco, tais como: consumo de drogas ilegais, violência, relações sexuais desprotegidas, condução sobre efeito do

álcool, absentismo escolar, (...) (Loureiro et al, 2013; Alvarez-Aguire, Alonso Castillo & Zanetti, 2014).

A análise e discussão destes dados e o diagnóstico de saúde efetuado aos alunos do 3º ciclo da ESPHC de Vila Viçosa demonstra necessidade de um projeto de intervenção aos alunos do 3º ciclo da ESPHC, fruto da elevada participação dos mesmos em inúmeros comportamentos de risco, tais como o consumo de álcool e tabaco, expondo-os a possíveis danos físicos, sociais, mentais e psicológicos.

Por fim, estes dados exigem uma observação cuidadosa e reflexão crítica, de forma a compreender a influência dos múltiplos cenários na vulnerabilidade individual ou coletiva desta faixa etária. Os comportamentos de risco manifestam-se de forma diferente segundo a idade, o género e o contexto social, escolar e familiar no qual o adolescente se insere, exigindo uma atuação específica.

Objetivos do projeto

Objetivo geral

Aumentar a não adesão a comportamentos de consumo de tabaco e de álcool, em pelo menos 10 % dos alunos que frequentam o 8º ano do 3º ciclo, da [REDACTED], até junho de 2019

Objetivos específicos

- Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de tabaco, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [REDACTED]
- Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de consumo atual de tabaco, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [REDACTED]
- Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de álcool, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [REDACTED]
- Diminuir pelo menos 10 %, a taxa de prevalência de consumo atual de álcool, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [REDACTED]
- Diminuir pelo menos 10 % a taxa de prevalência de experimentação de embriaguez, dos alunos do 8º ano do 3º ciclo da [REDACTED]

Seleção de estratégias

A estratégia de intervenção do presente projeto envolve o desenvolvimento de várias atividades que estimulem a adesão a comportamentos saudáveis, através de sessões de educação para a saúde que fomentem o envolvimento e participação ativa dos alunos de 8º ano, e atividades que

incitem o envolvimento, consciencialização e sensibilização de todos os alunos da escola. A educação interpares e o role playing entre outras dinâmicas de grupo são assim métodos elegidos como estratégias de intervenção. Pretende-se estimular a reflexão sobre a ação e assim promover o (re)conhecimento de uma situação e persuadir de forma positiva a tomada de decisão.

Reconhecendo que o indivíduo não vive isolado, mas em grupo, como parte integrante de uma família que está inserida num contexto ambiental e social específico, programam-se a inclusão de atividades de mobilização e sensibilização da família e da comunidade envolvente.

Atividades desenvolvidas

Criação do nome do projeto

Para que o nome do projeto se enquadrasse nas expectativas e interesses da população alvo – os adolescentes, definiu-se que o mesmo seria sugerido pelos alunos das turmas de 8º ano. Pediu-se a cada uma das 3 turmas de 8º ano, que após reflexão e discussão em grupo sobre a temática do consumo de álcool e tabaco entre jovens, com o diretor de turma, decidisse uma frase/nome para o projeto.

A atividade foi acolhida de forma positiva pelos alunos de todas as turmas, que participaram de forma entusiástica e participativa na seleção de uma frase/ nome do projeto.

Surgiram assim várias hipóteses:

- Dá à vida uma oportunidade merecida.
- Liberta-te! Diz não ao vício.
- JUCAT – Jovens unidos contra Álcool e Tabaco.

No final, através de votação por parte dos parceiros foi decidido o nome vencedor do projeto.

Apesar de apenas uma das hipóteses poder ser escolhida, foi reconhecido e valorizado o potencial das outras frases/ nomes escolhidos, que se revelaram uma mais valia e fizeram parte da mensagem transmitida no cartaz de sensibilização efetuado e exposto na escola.

Pretendeu-se com esta estratégia sensibilizar e promover o envolvimento de todos os alunos com o projeto, motivando-os a um determinado comportamento. Visou-se ainda desenvolver e reforçar a autoconfiança, a autoestima e a responsabilidade dos alunos, influenciando positivamente as suas decisões, atitudes, crenças e comportamentos.

Comemoração do dia Mundial do Não fumador

O dia Mundial do não fumador comemora-se no dia 17 de novembro.

Esta atividade envolveu a realização e distribuição de folhetos aos alunos da escola.

Foi ainda, previamente pedido aos alunos do 8º ano para escreverem frases sobre o consumo de tabaco. Posteriormente foi feita uma seleção das frases que foram trabalhadas informaticamente pelos alunos do curso de multimédia e aplicadas em panos de tabuleiro. Os respetivos panos de tabuleiros foram colocados no tabuleiro de refeição durante o almoço escolar.

Esta atividade teve como finalidade o envolvimento de todos os alunos da escola, bem como exercer alguma influência através do grupo de pares.

Realização e Afixação do Cartaz “A vida é feita de escolhas...”



Referencias bibliográficas

Alvarez-Aguire, A.; Alonso Castillo, M.M. & Zanetti, A.C.G. (2014). Fatores preditivos do uso de álcool e tabaco em adolescentes. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 22(6), 1056-1062.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Feijão, F. (2015). Estudos sobre os consumos de Álcool, Tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências – 2015. Sumário Executivo. EDATD_CAD/2015 (ESPAD-Portugal/2015). Disponível em:

http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Documents/2016/SICAD_ECATD_15_Sumário_Executivo.pdf

Feijó, B.R. e Oliveira, É. A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria* (77) (2), pp.125-134. Acedido em 5 de junho de 2017. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54698/000386001.pdf>

Ferreira, S. M. O. (2014). *Promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco para a saúde na adolescência*. Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém. Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Disponível no repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/1202>

Gomes, V.L.O. e Mendes, F.R.P. (2009). Representações de adolescentes Luso brasileiros acerca do conceito de “Risco”: Subsídios para actuação de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Acedido em 5 de junho de 2017. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a29.pdf

Loureiro, L.M.J.; Barroso, T.M.M.D.A.; Mendes, A.M.O.C.; Rodrigues, M. A.Oliveira, R.A.A.N. & Oliveira, N.R.N. (2013). LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES E JOVENS PORTUGUESE SOBRE ABUSO DE ÁLCOOL. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 17 (3). 474-481.

Matos, M.G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & Equipa Aventura Social (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão – Dados nacionais de 2014*. Equipa Aventura Social. Lisboa.

Pechansky, F.;Szobot, C. M. & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogénicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26. 14-17.

Artigo 2

As Nossas Escolhas... e os Conhecimentos e Expetativas Acerca do Álcool e Tabaco

Carmen Dolores Roque Agostinho, Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora; Enfermeira no Serviço de Cirurgia Geral – tira 1 do Hospital Espírito Santo de Évora – EPE; aluna do mestrado em enfermagem em associação - Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias – na área de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública; carmenagostinho@gmail.com

AS NOSSAS ESCOLHAS... E OS CONHECIMENTOS E EXPETATIVAS ACERCA DO ÁLCOOL E TABACO

O consumo de álcool e tabaco na adolescência constitui um grave problema de saúde pública. No entanto, os seus efeitos funestos são muitas vezes ocultados pela aceitação do consumo destas drogas, muitas vezes imbuídas de crenças culturais e sociais fundamentadas, que dirigem os jovens à experimentação e consumo destas substâncias na perspectiva de conseguir alcançar os proclamados resultados positivos e satisfatórios. A existência destas crenças e expetativas positivas dos efeitos do consumo de álcool e tabaco formam um meio cultural propício ao não reconhecimento do consumo de álcool e tabaco como problemas de saúde.

No contexto sociocultural português, o consumo de álcool é frequentemente iniciado no seio familiar e surge articulado a celebração, cerimónias religiosas, festas e eventos recreativos (Barroso, Mendes e Barbosa, 2013). A este contexto familiar e social benévolo e favorecedor do consumo de álcool alia-se a expectativa de força, liberdade, desinibição e descontração, exposta nos mitos culturais (Mello & Ribeiro, 2016), que encarreiram o adolescente a consumos de álcool abusivos e pesados. De facto, não é difícil ouvir vozes que apregoam um combinado de mitos favoráveis ao consumo de álcool, tais como: o álcool dá força, o álcool alimenta, o álcool aquece, o álcool faz bem ao coração, (...). Verdade é que, num passado não muito distante, era prática diária trabalhadores rurais ingerirem de madrugada, antes de iniciar o dia de trabalho, as tão conhecidas sopas de “Cavalo Cansado” (pedaços de pão embebidos em vinho tinto), na expectativa de obter forças e energia para mais um dia de trabalho árduo. Também o consumo de tabaco é frequentemente observado como elemento facilitador de integração num grupo, como relaxante, atraente e sedutor (...).

Não sendo a única causa de consumo de álcool e tabaco, para os quais concorrem múltiplos fatores, é aceite por muitos autores que as expetativas positivas e autoeficácia acerca do álcool e tabaco têm um papel mediador e facilitador do consumo destas drogas (Blume, Lostuter, Schamaling & Marlatt, 2003).

Entende-se por expetativas os “processos psicológicos que usam experiências e crenças sobre determinado comportamento, pensamento ou emoção para guiar futuros comportamentos” (Lopes, Cunha, Zibetti & Bizarro, 2014, p. 441). As informações adquiridas relativamente aos efeitos de drogas são guardadas enquanto expetativas,

influenciando os indivíduos no momento da tomada de decisão entre consumir ou não consumir determinada substância (Gouveia 1996). As expectativas funcionam assim, como variáveis mediadoras do consumo.

O inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool (IECPA), agrupa os diferentes tipos de expectativas: efeitos globais positivos e facilitação da interação social, ativação do prazer social, efeitos positivos na atividade e humor, escapa a estados emocionais negativos, desinibição sexual, diminuição de sentimentos negativos de si mesmo (Gouveia et al, 1993).

Quanto ao cigarro, as expectativas

podem ser positivas (crença de que vai melhorar o humor, a sociabilidade ou controlar o peso) ou negativas (riscos para a saúde); e podem estar relacionadas aos efeitos físicos (alterações nas sensações e efeitos fisiológicos da droga, como relaxamento), psicológicos (cognições e estados emocionais alterados, como alívio do estresse), e comportamentais (mudanças nos atos e comportamento manifesto, como melhora da sociabilidade) do fumar” (Lopes et al, 2014, p. 441).

Um estudo desenvolvido por Gouveia (1996) onde se associou a relação entre o padrão de consumo de álcool em adultos e adolescentes e as expectativas envolvidas, revelou que: no caso dos adolescentes bebedores sociais, sem problemas associados, o padrão de consumo estava associado a expectativas de facilitação do comportamento social. Em adolescentes bebedores com problemas associados, o consumo tem como mediadoras expectativas de melhorar o funcionamento cognitivo e motor.

Um estudo desenvolvido por Lopes et al (2014), revelou que o consumo de tabaco tem associadas determinadas expectativas, nomeadamente: a integração no grupo de pares, o alívio do stress, agente facilitador em encontros sociais. O mesmo estudo confirmou ainda o consumo de álcool como predisponente do consumo de tabaco. O consumo de tabaco pelos pares (namorados e amigos) mostrou-se o maior preditor do consumo atual de tabaco, apesar de ter exibido menor influência do que o álcool como fator preditor de experimentação.

O supracitado estudo contribuiu com um conjunto de evidências da associação entre consumo de álcool e comportamento de fumar, o que sugere que ações de prevenção que envolvam a abordagem das duas drogas em conjunto. Isto porque, a exposição a uma delas servirá de “gatilho” para o uso da outra (Lopes et al, 2014).

A evidência demonstra assim, que a existência de expectativas e crenças positivas acerca dos efeitos do álcool e tabaco dirigem os indivíduos à tomada de decisão de

experimental beber e fumar. Surge assim a necessidade de intervenções voltadas a essa questão, revelando que as consequências negativas do uso a curto, médio e longo prazo do álcool e tabaco sobressaem às expectativas de efeito positivo, desmistificando mitos e crenças muitas vezes enraizados no meio social e cultural português.

Desta forma e no intuito de diminuir expectativas positivas sobre o álcool e o tabaco, foram desenvolvidas atividades de educação para a saúde, no âmbito do Projeto JUCAT.

Atividades desenvolvidas:

Apresentação do logotipo do projeto

O logotipo, juntamente com o nome do projeto constituem a identidade do presente projeto de intervenção comunitária em meio escolar. Pretendeu-se que o logotipo fosse ao encontro das expectativas e interesses da população alvo – os adolescentes.

A realização do logotipo teve a contribuição do Professor Lino Gato, que desempenhou um papel fundamental na efetivação desta atividade.



Sessão de educação para a saúde sobre álcool dirigida aos alunos do 8º ano do 3º ciclo da ESPHC de Vila Viçosa: “As nossas escolhas... e os conhecimentos e expectativas acerca do álcool e tabaco”

Objetivos:

- Aumentar conhecimentos sobre o álcool e o tabaco;
- Desmistificar conhecimentos adquiridos;
- Diminuir as expectativas positivas do consumo destas substâncias
- Promover a tomada de decisão crítica e reflexiva

Descrição da atividade:

Foi realizado um jogo interativo com os alunos de cada turma. Cada turma formou 2 grupos, que responderam a um questionário sobre Mitos e Verdades sobre o álcool e tabaco, sendo atribuída pontuação quando a resposta foi correta.

Esta atividade permitiu, de uma forma lúdica e divertida, o debate e reflexão sobre muitas crenças e mitos social e culturalmente adquiridos.

Foram transmitidos conhecimentos que permitem uma tomada de decisão consciente, bem como transmitidos conhecimentos que possibilitam a redução de danos em situações de embriaguez ou consumo excessivo de álcool.

O estendal dos “Mitos e Verdades sobre o Álcool e Tabaco”

Todos os mitos e verdades trabalhados com os alunos de 8º ano, em sala de aula, através do jogo “Mitos e Verdades” foram posteriormente divulgados a todos os alunos da escola, permitindo o alargar os conhecimentos transmitidos a toda a comunidade escolar, enquanto fator determinante dos comportamentos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso, T.M.M.D.A., Mendes, A.M.O.C. & Barbosa, A.J.F. (2013). Programa De Prevenção Do Uso/Abuso De Álcool Para Adolescentes Em Contexto Escolar: Parar Para Pensar. *Escola Anna Nery revista de Enfermagem*. 17(3), pp. 466-473

Blume, A; Lostuter, T.; Schamaling, K. & Marlatt, G. (2003). Beliefs abouts Drinking Behaviour Predict Drinking Consequences. *Journal Of Psychoactive Drugs*. 35(3), pp. 395-399

Gouveia, J. ; Ramalheira, C.; robalo, M.; Borges, J. & Almeida, J. (1993). Inventário de Expetativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool. *Psicologia Clínica*. 14 (3), pp. 147-163.

Gouveia, J. (1996). A Importância das Expetativas Acerca dos Efeitos do álcool Nos Modelos de Tratamento e Prevenção das Recaídas no Alcoolismo. *Interações*. (4), pp. 7-24.

Lopes, F.; Cunha, S.M.; Zibetti, M. & Bizarro, L. (2014). Padrão de consumo e expetativas em relação ao cigarro entre universitários. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*. 15(2), pp. 439-453

Melo, C.C., Pichelli, A. A. W. S. & Ribeiro, K.C.S. (2016). Um estudo comparativo entre o consumo de álcool e tabaco por adolescentes: fatores de vulnerabilidade e suas consequências. *Inter scientia*. 4(1), pp.21-30

Apêndice 23

Artigo Científico – Comportamentos de Risco na Adolescência: o Consumo de Álcool e
Tabaco



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Unidade Curricular

Estágio Final

2º Ano/1º Semestre

COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA: CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

RISK BEHAVIORS IN ADOLESCENCE: ALCOHOL AND TOBACCO CONSUMPTION

Autora:

Carmen Agostinho nº 37285

Docente:

Profª. Ana Paula Pires Rodrigues Belo (PhD)

Évora

Janeiro, 2018



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Unidade Curricular

Estágio Final

2º Ano/1º Semestre

COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA: CONSUMO DE TABACO E ÁLCOOL

RISK BEHAVIORS IN ADOLESCENCE: ALCOHOL AND TOBACCO CONSUMPTION

Autora:

Carmen Agostinho nº 37285

Évora

Janeiro, 2018

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

**RISK BEHAVIORS IN ADOLESCENCE: ALCOHOL AND
TOBACCO CONSUMPTION**

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

Carmen Dolores Roque Agostinho, Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora; Enfermeira no Serviço de Cirurgia Geral – tira 1 do Hospital Espírito Santo de Évora – EPE; aluna do mestrado em enfermagem em associação - Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias – na área de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública; carmenagostinho@gmail.com

COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência dos comportamentos de consumo de álcool e tabaco dos adolescentes de uma escola do distrito de Évora, bem como identificar e analisar os determinantes associados à exposição a estes comportamentos de risco. **Metodologia:** Estudo transversal de cariz quantitativo, efetuado através da análise do inquérito por questionário *Comportamentos de risco (Versão Portuguesa – 2007)*, aplicado a uma amostra de 149 alunos do 3º ciclo. **Resultados:** A prevalência de experimentação de álcool e tabaco foi de 63% e 43%, respetivamente. O consumo atual de álcool é referido por 39,5% da amostra e o consumo atual de tabaco por 22,1%. A taxa de prevalência de embriaguez foi de 17,4%. Verificou-se a correlação estatística entre alguns dos referidos comportamentos e a idade, o ano de escolaridade, a reprovação escolar, a ligação familiar e a ligação com amigos. **Conclusão:** urge desenvolver estratégias de promoção da saúde que direcionem a população em estudo à não adesão a comportamentos de consumo de tabaco e de álcool. Estas estratégias devem considerar as características específicas encontradas e incluir o envolvimento ativo dos adolescentes, da escola, da família e da comunidade.

Descritores: Consumo de Álcool por menores; Consumo de Tabaco; Adolescentes; Comportamentos de risco; Educação em Saúde.

Abstract

Objective: To determine the behaviours prevalence of alcohol and cigarettes consumption on teenagers from an Évora's district school as well as identify and analyse the exposal associated determinants to these risk behaviours. **Methodology:** quantitate transversal study accomplished through survey by inquiry *Comportamentos de risco (Versão Portuguesa – 2007)*, applied to a sample of 149 students from the 3rd Cycle. **Results:** The alcohol and smoking prevalence was from 63% and 43% respectively. The actual alcohol consumption is referred by 39,5% through the sample and the smoking actual consumption by 22,1%. The inebriation prevalence tax was from 17,4%. It was verified a statistic correlation between some of the behaviours referred and the school year, school

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

disapproval, family and friends connections. **Conclusion:** It urges to develop health promotion strategies that guide the in study population to the non-adhesion to alcohol and cigarettes consumption behaviours. These strategies should consider the found specific characteristics and include the teenagers, school, family and community in an active involvement.

Keywords: Under-aged alcohol consumption, cigarettes consumption, teenagers, risk behaviours, education in health.

COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

Introdução

A adolescência é uma fase do ciclo vital caracterizada por notáveis alterações físicas, cognitivas, psicológicas e sociais, que surgem associadas e interligadas, interagindo entre si. Apesar do seu caráter individual e contextual, o adolescente é unanimemente descrito pela intensa exploração de ambientes e relações e pela descoberta de novas experiências. Contudo, na incessante procura de novas formas de prazer e transgressão, da busca de limites, de identificação pessoal e autoafirmação, são por vezes realizadas escolhas, tomadas decisões e efetivados comportamentos nunca antes tentados e experienciados. Estas práticas podem ser consideradas normativas^{1,2,3} pela ajuda no relacionamento do adolescente com os pares, bem como na consolidação da sua independência e capacidade de fazer escolhas.¹ No entanto, alguns comportamentos podem acarretar consequências negativas a curto, médio e longo prazo,² colocando os adolescentes numa posição vulnerável a diversos comportamentos de risco.

Quando associado a adolescentes, o termo risco indica “um conjunto de comportamentos cuja natureza comum reside na exposição a uma maior probabilidade de sofrer danos físicos, psicológicos ou mesmo a morte. Risco pode ainda significar uma ameaça ao próprio futuro”.⁴ Assim, a expressão comportamentos de risco é “definida como a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental dos adolescentes”.⁵

Posto isto, é imprescindível distinguir entre a experimentação de riscos inevitáveis e favoráveis ao desenvolvimento humano e a experimentação que pode conduzir a consequências negativas na saúde física ou mental do adolescente. Ou seja, é essencial identificar a iniciação precoce de determinado comportamento e a sua manutenção, bem como monitorizar a coocorrência de vários comportamentos de risco e a sequência causal entre eles.^{1,2}

São considerados comportamentos de risco os comportamentos que contribuem para lesões acidentais e violência; o consumo de tabaco, álcool e outras drogas; comportamentos sexuais de risco; comportamentos alimentares pouco saudáveis; inatividade física; comportamento antissocial; comportamento

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

suicida; dificuldades escolares; entre outros. Destes, aqueles que apresentam maior prevalência na adolescência são o consumo de álcool e tabaco.

No que diz respeito ao uso de álcool na adolescência, os dados nacionais de 2014 desenvolvidos pelo estudo HBSC/OMS, revelam que 41,2% dos jovens inquiridos já experimentou álcool e que 4,3% se embriagou nos 30 dias antecedentes à recolha de dados. A média de idade de experimentação de álcool foi de 12,8 anos e a de embriaguez foi de 13,9 anos de idade.⁶

Quanto ao uso de tabaco por parte de adolescentes, os dados obtidos no ESPAD-Portugal/2015, revelam: uma prevalência de experimentação de 12% nos alunos de 13 anos e 59% nos alunos de 18 anos; a prevalência de consumos recentes foi de 8% nos alunos de 13 anos e 46% nos alunos de 18 anos; a prevalência de consumos atuais foi de 4% nos alunos de 13 anos e 32% nos alunos de 18 anos.⁷ Os resultados do estudo HBSC/OMS, revelam que 22,2% dos jovens inquiridos já experimentou tabaco e que 7,2% assumiu o consumo atual desta substância. A média de idade de experimentação de tabaco foi de 13 anos.⁶

Os estudos HBSC/OMS (2014) e ESPAD-Portugal/2015 divulgam ainda que a prevalência do consumo de álcool e tabaco é superior na região Alentejo, destapando assim a influência cultural como determinante no comportamento de consumo.

A evidência denuncia que estas experiências de consumo são vulgares e socialmente aceites, bem como culturalmente fundamentadas. Parece não haver consenso relativamente à temática do consumo de álcool e tabaco. Se por um lado, a lei não permite a venda a menores de 18 anos, por outro, vendedores, usuários e agentes de autoridade ignoram o não cumprimento da mesma. A inexistência de uma posição firme e unânime sobre este facto parece aliciar os adolescentes ao início precoce dos consumos abusivos.⁸

Não obstante, os problemas decorrentes do uso do álcool e tabaco vão muito além do incumprimento da lei. Isto porque, entre os principais fatores de risco associados à carga de doença a nível mundial estão o fumo do tabaco e o consumo de álcool,⁹ ao que acresce a inegável relação entre o consumo destas substâncias e outros comportamentos de risco, tais como: consumo de drogas ilegais, violência, relações sexuais desprotegidas, condução sobre efeito do

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

álcool, absentismo escolar, (...).^{10,11} A maior parte destes comportamentos tem início na adolescência e contribui indiscutivelmente para a taxa de mortalidade e morbilidade desta faixa etária.

É neste âmbito que a prevenção consumo de álcool e tabaco surgem como áreas de intervenção do eixo estratégico do Programa Nacional de Saúde Escolar 2015, que visa capacitar a comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudáveis.¹²

Torna-se difícil restringir este fenómeno – consumo de álcool e tabaco, a uma única causa, pois o mesmo resulta de um somatório de fatores de risco/proteção de carácter individual (perceção física e de saúde¹³, conhecimento,^{13,14} idade,^{11,14,15} género,^{11,15} resiliência,¹¹ assertividade,^{11,14} procura de efeito positivos,^{14,16} auto-estima¹⁴ e frequência de contextos recreativos¹⁴) e contextual (tabagismo dos pais e irmãos,^{13,14} rendimento familiar,¹⁵ relação com a escola,¹³ relação com os pares,¹³ aceitação do grupo de pares,^{14,16} publicidade,¹⁷ visualização do consumo como normativa social¹⁴ e facilidade de acesso¹⁷).

Torna-se assim necessário monitorizar os comportamentos de risco das populações, de acordo com o seu contexto específico, numa busca incessante de compreender quais os comportamentos que nela prevalecem, bem como quais os fatores de risco/proteção que lhe estão associados. A identificação correta da situação permite a elaboração e o desenvolvimento de estratégias específicas e individualizadas que poderão diminuir os índices de consumo de álcool e tabaco e reduzir os custos excessivos despendidos no tratamento das suas complicações.

A vulnerabilidade percebida desta faixa etária e a inexistência de uma monitorização destes comportamentos de risco na escola em causa tornam visível a necessidade de realização de um diagnóstico de saúde direcionado. Neste contexto o presente estudo tem como objetivo determinar a prevalência de: experimentação e consumo atual de tabaco, experimentação e consumo atual de álcool e embriaguez, nos adolescentes de uma escola do distrito de Évora, bem como identificar e analisar os determinantes associados à exposição a estes comportamentos de risco. Este estudo pode ser um importante recurso para a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, uma vez que, o

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

conhecimento aprofundado deste fenómeno e a identificação das variáveis contextuais existentes permitem demandar estratégias específicas e eficazes na sua prevenção e desta forma melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e contribuir para ganhos em saúde.

Metodologia

Este é um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado numa escola da região do Alto Alentejo, distrito de Évora. A população em estudo remete para a totalidade dos alunos (228) matriculados no 3º ciclo da única escola do concelho onde se desenvolveu a investigação. A amostra foi selecionada através do método de amostragem não probabilística por conveniência, sendo obrigatório a conjugação dos seguintes critérios de inclusão: a entrega, em tempo útil, do Termo de Consentimento Informado devidamente assinado e autorizado pelos encarregados de educação; aceitar participar no estudo; e estar presente no momento da colheita de dados.

A colheita de dados ocorreu em sala de aula, na presença da investigadora e do diretor de cada turma, entre os dias 1 e 17 de junho de 2017. Recorreu-se ao inquérito por questionário *Comportamentos de risco (Versão Portuguesa – 2007)*, após aquisição da autorização de utilização deste pela autora. Trata-se da tradução e validação do questionário Youth Risk Behavior Survey, desenvolvido pelo Centers for Disease Control and Prevention em 1991, nos EUA. A autora da tradução inclui as questões relacionadas com a família, os amigos e o ambiente escolar, adaptados da versão para adolescentes da Nova Zelândia, permitindo assim o cálculo de subescalas para avaliar o grau de envolvimento dos alunos com a escola, com a família e com os amigos.

A versão portuguesa do questionário é composta por 106 questões organizadas em 18 domínios: Características sociodemográficas; Estrutura familiar; Perceção do desempenho escolar; Ambiente escolar; Adaptação social; Suporte social pelos pais amigos, pares, agentes educativos e outros adultos; Saúde e bem-estar; Altura e peso corporal; Segurança e acidentes; Comportamentos de violência; Humor depressivo e ideação suicida; Consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas; Comportamento sexual; Perceção do peso

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

corporal e hábitos alimentares; Atividade física; VIH/ SIDA; Uso de serviços de saúde dentária; Proteção solar.

Após recolha dos questionários procedeu-se à sua análise, validação e codificação. Posteriormente e com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 24, foi criada uma base de dados para o tratamento estatístico dos dados coletados. De seguida, efetuou-se uma análise descritiva, onde se apurou a frequência numérica e percentual das variáveis categóricas. Para verificar a dependência entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado. Sempre que, pelo tamanho da amostra, não se garantiram os critérios de utilização do referido teste, com possibilidade de enviesamento de dados, foi verificada a existência de correlação linear de Pearson. O nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$).

Ao longo deste artigo são descritos e analisados apenas os comportamentos de consumo de álcool e tabaco dos adolescentes. A caracterização dos comportamentos de consumo de tabaco é efetuada com base nos seguintes indicadores: Experimentação de tabaco ao longo da vida (Experimentou? Com que idade? Com quem?), Consumo atual de tabaco (Consumiu nos 30 dias que antecederam a pesquisa?) e Exposição ao fumo de tabaco. No que diz respeito ao álcool a caracterização é fundamentada na prevalência de: Experimentação de álcool ao longo da vida (Experimentou? Com que idade? Com quem?), Consumo atual de álcool (Consumiu nos 30 dias que antecederam a pesquisa?) e Embriaguez nos últimos 30 dias. Após determinar o padrão de consumo de tabaco e álcool é verificada a existência de correlação estatística significativa com possíveis variáveis explicativas, tais como: idade, género, ano de escolaridade, reprovação escolar; grau de envolvimento com a família, com a escola e com os amigos. Por fim é analisada a correlação entre os comportamentos de consumo de álcool e tabaco e outros comportamentos de risco averiguados no questionário utilizado.

O presente estudo foi submetido à aprovação da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas áreas da saúde e do bem-estar da Universidade de Évora, com obtenção de parecer positivo. Simultaneamente foi incitada a aprovação à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e à Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), que emitiram parecer

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

favorável. Contou-se ainda com a anuência do diretor do agrupamento de escolas onde se efetuou o diagnóstico de saúde.

Apresentação dos resultados

A nossa amostra é constituída por 149 alunos, o que equivale a 65,35% dos alunos do 3º ciclo da escola onde decorreu a investigação. A idade dos inquiridos instala-se entre os 12 e os 18 anos de idade, evidenciando uma moda e média de 14 anos de idade.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Variáveis categóricas	Frequência Numérica (N)	Frequência Percentual (%)
Género (N=149)		
Masculino	54	36,2
Feminino	95	63,8%
Ano de escolaridade (N=149)		
7º ano	36	24,2%
8º ano	56	37,6%
9º ano	57	38,3%
Com quem vive (N=149)		
Ambos os pais	117	78,5%
Apenas com o pai ou a mãe	25	16,8%
Outra situação	7	4,7%
Reprovação escolar (N=149)		
Sim	33	22,1%
Não	116	77,9%
Grau de envolvimento familiar (N=149)		
Baixo	18	12,1%
Médio	58	38,9%
Elevado	73	49%
Grau de envolvimento escolar (N=149)		
Baixo	40	26,8%
Médio	102	68,5%
Elevado	7	4,7%
Grau de envolvimento com os amigos (N=149)		
Baixo	35	23,5%
Médio	22	14,8%
Elevado	92	61,7%

Como nos revela a tabela 1, existe um predomínio do género feminino e semelhante distribuição da amostra pelo 8º e 9º ano de escolaridade, com menor representatividade de alunos do 7º ano. A grande maioria, 78,5% da amostra, vive com ambos os pais e 49% exhibe forte ligação familiar. A retenção escolar é confirmada por 22,1% da nossa amostra e o grau de envolvimento com a escola

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

é maioritariamente mediano (68,5%). O alto envolvimento com os amigos foi concedido a 61,7% dos adolescentes inquiridos.

Tabela 2- Caracterização do comportamento de consumo de tabaco

Variáveis categóricas		Frequência Numérica (N)	Frequência Percentual (%)
EXPERIMENTAÇÃO DE TABACO (N= 149)	Já experimentaste fumar (mesmo 1 ou 2 passas)?		
	Sim	64	43%
	Não	85	57%
	Com que Idade de experimentaste fumar um cigarro inteiro?		
	Nunca fumei um cigarro inteiro	96	64,4%
	8 anos ou menos	2	1,3%
	9 a 10 anos	4	2,7%
	11 a 12 anos	17	11,4%
	13 a 14 anos	24	16,1%
	15 a 16 anos	5	3,4%
+ de 17 anos	1	0,7%	
Com quem experimentas-te fumar? (N=149)	Com quem experimentas-te fumar? (N=149)		
	Nunca fumei	85	57%
	Com o(a) namorado(a)	2	1,3%
	Com amigos(as)	58	38,9%
	Com um familiar	3	2%
	Sozinho	1	0,7%
CONSUMO ATUAL DE TABACO	Fumaste nos últimos 30 dias?		
	Omisso	96	
	Sim	33	22,1%
	Não	20	13,4%
EXPOSIÇÃO AO FUMO PASSIVO (N=149)	Exposição ao fumo de cigarros (N=149)		
	Sim	64	43%
	Não	85	57%

O comportamento de consumo de tabaco é evidenciado na tabela 2, onde se exhibe uma taxa de prevalência de experimentação de tabaco de 43% dos adolescentes auscultados. Destes, 11,4% assevera tê-lo feito aos 11/12 anos de idade e 16,1% entre os 13 /14 anos. Estes dados confirmam que dos 53 alunos que afirma ter fumado um cigarro inteiro, 41(77,4%) fê-lo entre os 11 e 14 anos de idade. O intervalo compreendido entre os 11/14 anos é assim, um fator de risco acrescido na experimentação desta droga. Para 90,6% dos alunos a experimentação de tabaco efetivou-se na companhia de amigos. A confirmação do consumo atual de tabaco é ostentada por 22,1% dos adolescentes, o que equivale a 51,5% dos jovens que experimentaram fumar.

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

A maioria da estrutura amostral (57%) afirma não estar exposto ao fumo passivo.

Tabela 3 – Comportamento de consumo de tabaco em relação ao género, ano de escolaridade, com quem vive, reprovação escolar, envolvimento com a família, com os amigos e com a escola

Variáveis categóricas	Experimentação de tabaco (N=149)		Valor p	Consumo atual de tabaco (N=53)		Valor p
	Sim (N/%)	Não (N/%)		Sim (N/%)	Não (N/%)	
Género						
Masculino	26(48,1%)	28(51,9%)	0,334 [#]	10(47,6%)	11(52,4%)	0,075 [#]
Feminino	38(40%)	57(60%)		23(71,9%)	9(28,15)	
Ano de escolaridade						
7º ano	3(8,3%)	33(91,7%)	<0,0001 [#]	2(66,7%)	1(33,3%)	0,866 [#]
8º ano	28(50%)	28(50%)		12(66,7%)	6(33,3%)	
9º ano	34(59,6%)	23(40,4%)		19(59,4%)	13(40,6%)	
Vives com:						
Ambos os pais	51(43,6%)	66(56,4%)	0,486 [#]	24(57,1%)	18(42,9%)	0,355 ^{##}
Pai ou mãe	9(36%)	16(64%)		6(75%)	2(25%)	
Outra situação	4(57,1%)	3(42,9%)		3(100%)	0(0%)	
Reprovação escolar						
Sim	20(60,6%)	13(39,4%)	0,02 [#]	12(66,7%)	6(33,3%)	0,635 [#]
Não	44(37,9%)	72(62,1%)		21(60%)	14(40%)	
Envolvimento família						
Baixo (N=18)	11(61,1%)	7(38,2%)	0,069 [#]	6(75%)	2(25%)	0,405 ^{##}
Médio (N=58)	28(48,3%)	30(51,7%)		15(62,5%)	9(37,5%)	
Elevado (N=73)	25(34,2%)	48(65,8%)		12(57,1%)	9(42,9%)	
Envolvimento escolar						
Baixo (N=40)	22(55%)	18(45%)	0,123 ^{##}	13(61,9%)	8(38,1%)	0,810 ^{##}
Médio (N=102)	39(38,2%)	63(61,7%)		19(61,3%)	12(38,7%)	
Elevado (N=7)	3(42,9%)	4(57,1%)		1(100%)	0(0%)	
Envolvimento amigos						
Baixo (N=35)	11(31,4%)	24(68,6%)	0,243 [#]	5(62,5%)	3(37,5%)	0,725 ^{##}
Médio (N=22)	9(40,9%)	13(59,1%)		4(50%)	4(50%)	
Elevado (N=92)	44(47,8%)	48(52,2%)		24(64,9%)	13(35,1%)	

Teste Qui-Quadrado ## Correlação de Pearson

Ao analisar a dependência entre as variáveis de consumo de tabaco e as possíveis variáveis explicativas (Tabela 3), confirmou-se a associação significativa entre o ano de escolaridade e a experimentação de tabaco ($p < 0,0001$). À medida que ao ano de matrícula aumenta, sobe a percentagem de experimentação. Também a reprovação escolar é um fator de risco acrescido para a experimentação de tabaco, confirmada pela dependência entre estas variáveis ($p = 0,02$). Apesar da ligação com a família apresentar valores de independência em relação à experimentação de tabaco ($p = 0,069$), verifica-se

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

que a declaração de experimentação aumenta inversamente ao grau de envolvimento dos adolescentes com a família. São os alunos que têm baixa ligação familiar os que apresentam maior taxa de prevalência de experimentação de tabaco. O alto envolvimento com a família revela-se assim um fator protetor da experimentação de tabaco. O grau de envolvimento com os amigos não revelou correlação significativa com a experimentação de tabaco ($p=0,243$). No entanto, a influência dos amigos é confirmada na resposta à questão: Com quem experimentaste fumar?, na qual, 58(90,6%) dos 64 adolescentes que confirma ter concretizado esta experiência, a efetivou com o grupo de pares. Confirma-se ligeiro predomínio do género masculino na experimentação de tabaco, no entanto, não se confirmou a dependência entre duas variáveis.

Não se confirmou dependência entre o consumo atual de tabaco e as possíveis variáveis explicativas em estudo. Podemos pois, assegurar que o grande fator de risco do consumo atual de tabaco é a sua experimentação. Também o género feminino revela maior vulnerabilidade para o consumo atual de tabaco, pois apesar de menor representatividade na experimentação, revela-se um predomínio de raparigas na taxa de prevalência do consumo atual de tabaco.

Na tabela 4, podemos observar o comportamento de consumo de álcool dos adolescentes. Dos 149 adolescentes pesquisados 62,4% afirmou ter experimentado álcool. Destes, 16,8% garante tê-lo feito aos 11/12 anos de idade e 32,2% entre os 13 /14 anos. A idade entre os 11 e os 14 anos de idade constitui assim um fator de risco na experimentação de álcool. Ao considerar apenas os jovens que experimentaram álcool, constatamos que a ingestão da primeira bebida alcoólica ocorreu para 61,3% dos adolescentes na companhia de amigos e para 34,4% junto de familiares.

O consumo atual de álcool é confirmado por 39,6% dos adolescentes inquiridos, o que equivale a 63,4% dos jovens que afirmam ter bebido pelo menos uma bebida alcoólica. A embriaguez apresenta uma taxa de prevalência de 17,5%.

COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

Tabela 4 – Caracterização dos comportamentos de consumo de álcool

Variáveis categóricas		Frequência Numérica (N)	Frequência Percentual (%)
EXPERIMENTAÇÃO DE ÁLCOOL (N= 149)	Já experimentaste álcool, além de goles?		
	Sim	93	62,4%
	Não	56	37,6%
	Com que idade de experimentaste álcool?		
	Nunca bebi álcool (omisso)	56	
	8 anos ou menos	3	2%
	9 a 10 anos	8	5,4%
	11 a 12 anos	25	16,8%
	13 a 14 anos	48	32,2%
	15 a 16 anos	7	4,7%
	+ de 17 anos	2	1,3%
	Com quem bebeste a 1ª bebida alcoólica?		
Nunca bebi (Omisso)	56		
Com o(a) namorado(a)	3	2%	
Com amigos(as)	57	38,3%	
Com um familiar	32	21,5%	
Sozinho	1	0,7%	
CONSUMO ATUAL DE ÁLCOOL (N=149)	Bebeste, pelo menos 1 bebida, nos últimos 30 dias?		
	Omisso	56	
	Sim	59	39,6%
	Não	34	22,8%
EMBRIAGUEZ (N=149)	Bebeste 5 ou mais bebidas, sem espaço de 4 horas entre elas, nos últimos 30 dias?		
	Omisso	56	
	Sim	28	18,8%
	Não	65	43,6%
	Ficaste embriagado, nos últimos 30 dias?		
	Omisso	56	
	Sim	26	17,5%
	Não	67	45%

A tabela 5 evidencia a relação de dependência entre os comportamentos de consumo de álcool e as possíveis variáveis explicativas em estudo. O ano de escolaridade revela dependência com a experimentação de álcool ($p < 0,0001$) e com o consumo atual desta substância ($p = 0,001$), evidenciando que à medida que o ano de escolaridade aumenta, sobe proporcionalmente a experimentação e consumo atual de bebidas alcoólicas. O alto envolvimento com os amigos também se revelou um fator de risco acrescido da experimentação de álcool ($p = 0,025$), bem como do consumo atual de álcool ($p = 0,027$), confirmado por um aumento proporcional de adolescentes que experimenta e consome bebidas alcoólicas, em função do aumento de envolvimento com o grupo de pares. Este

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

dado reforça a influência dos amigos na experimentação de álcool, revelada pela elevada percentagem de inquiridos que o fez pela 1ª vez na companhia amigos.

Tabela 5 - Comportamento de consumo de álcool em relação ao género, ano de escolaridade, com quem vive, reprovação escolar, envolvimento com a família, com os amigos e com a escola

Variáveis categóricas	Experimentação de álcool (N=149)		p	Consumo atual de álcool (N=93)		p
	Sim (N/%)	Não (N/%)		Sim (N/%)	Não (N/%)	
Género						
Masculino (N=54)	33(61,1%)	21(38,9%)	0,804#	23(69,7%)	10(30,3%)	0,353#
Feminino (N=95)	60(63,1%)	35(36,9%)		36(60%)	24(40%)	
Ano de escolaridade						
7º ano (N=36)	7(19,4%)	29(80,6%)	<0,0001#	0(0%)	7(100%)	0,001#
8º ano (N= 56)	39(69,6%)	17(30,4%)		25(64,1%)	14(35,9%)	
9º ano (N= 57)	47(82,5%)	10(17,5%)		34(72,3%)	13(27,7%)	
Com quem vive						
Ambos os pais (N= 117)	73(62,4%)	44(37,6%)	0,880#	46(63%)	27(37%)	0,969#
Apenas pai/mãe (N=25)	16(64%)	9(36%)		10(62,5%)	6(37,5%)	
Outra situação (N=7)	4(57,1%)	3(42,9%)		3(75%)	1(25%)	
Reprovação escolar						
Sim (N=33)	23(69,7%)	10(30,3%)	0,328#	16(69,6%)	7(30,4%)	0,482#
Não (N=116)	70(60,3%)	46(39,6%)		43(61,4%)	27(38,6%)	
Envolvimento família						
Baixo (N=18)	12(66,7%)	8(44,3%)	0,299#	9(75%)	3(25%)	0,666#
Médio (N=58)	40(69%)	18(31%)		25(62,5%)	15(37,5%)	
Elevado (N=73)	41(56,2%)	32(43,8%)		25(61%)	16(39%)	
Envolvimento escolar						
Baixo (N=40)	28(70%)	12(30%)	0,268##	23(82,1%)	5(17,9%)	0,052##
Médio (N=102)	61(59,8%)	41(41,2%)		33(54,1%)	28(45,9%)	
Elevado (N=7)	4(57,1%)	3(42,9%)		3(75%)	1(25%)	
Envolvimento amigos						
Baixo (N=35)	16(45,7%)	19(54,3%)	0,025#	7(43,8%)	9(56,3%)	0,027##
Médio (N=22)	12(54,5%)	10(45,5%)		6(50%)	6(50%)	
Elevado (N=92)	65(70,7%)	27(29,3%)		46(70,8%)	19(29,2%)	

Teste Qui-Quadrado ## Correlação de Pearson

O envolvimento escolar não revela relação de dependência com a experimentação de álcool.

No que diz respeito à embriaguez foi confirmada a existência de correlação linear positiva significativa em relação ao grau de envolvimento com os amigos ($p=0,029$) e em relação ao ano de matrícula ($p=0,012$). Verifica-se que o relato de embriaguez aumenta proporcionalmente ao grau de envolvimento com o grupo de pares e ao ano de escolaridade.

Apesar da correlação entre o envolvimento com a escola e a embriaguez não se revelar significativa ($p=0,061$), a proximidade deste valor revela a

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

influência do envolvimento escolar na taxa de prevalência de embriaguez. De facto, confirma-se um crescimento inversamente proporcional entre as duas variáveis. À medida que o envolvimento escolar aumenta diminui a percentagem de alunos que confirma ter ficado embriagado nos últimos 30 dias.

Foi confirmada a dependência entre as variáveis experimentação de cigarros e experimentação de álcool ($p < 0,0001$), bem como entre o consumo atual de tabaco e consumo atual de álcool ($p = 0,008$), atestando a associação entre estes comportamentos de risco.

Averiguou-se a existência de correlação linear negativa significativa entre a experimentação de tabaco e o uso de capacete de proteção ao andar de bicicleta ($p = 0,019$) e o uso de cinto de segurança ($p = 0,001$), revelando que quando existe experimentação de tabaco diminuem os comportamentos de segurança. Verificou-se ainda a presença de correlação linear positiva significativa entre a experimentação de tabaco e o início precoce de relações sexuais ($p < 0,0001$), ou seja, o início da atividade sexual precoce é superior nos adolescentes que experimentam fumar.

Constatou-se correlação linear negativa significativa entre a experimentação de álcool e o uso de capacete em bicicleta ($p = 0,002$), o uso de capacete ao andar de mota ($p = 0,002$) e o uso de cinto de segurança ($p < 0,0001$). A experiência de consumo álcool diminui assim a adesão aos comportamentos de segurança. Confirmou-se ainda que, existe correlação linear positiva significativa entre a experimentação de álcool e o “andar armado com faca ou canivete” ($p = 0,028$) e o início precoce da vida sexual ($p < 0,0001$).

Discussão de resultados

Os resultados aqui apresentados confirmaram a magnitude dos comportamentos de consumo de álcool e tabaco nos adolescentes que integraram a nossa amostra, demonstrando assim, a importância desta problemática na saúde e bem-estar da população em estudo.

Os comportamentos de consumo de álcool e tabaco dos alunos do 3º ciclo da escola em análise revelaram-se de causa multifatorial, tendo sido identificados fatores de risco pessoais, familiares, escolares e contextuais. Este

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

desfecho vai ao encontro de muitos outros estudos, que afirmam que o uso destas drogas lícitas, apesar de voluntário, não se reduz a aspetos pessoais/individuais, uma vez que os jovens recebem a influência de diversos contextos.¹⁶ “Assim, fatores ambientais, somados à história de vida e à personalidade destes adolescentes, além de alterações fisiológicas, são processos importantes que contribuem para o surgimento de determinados tipos de comportamento, dentro deles, a experimentação do uso de drogas”.¹⁸

Não se encontraram diferenças significativas entre géneros o que confirma o referenciado no relatório ESPAD-Portugal/2015, que afirma que “as diferenças das percentagens de consumidores entre rapazes e raparigas, tendem a desaparecer”.⁷ No entanto, o referido estudo também encontrou prevalência de consumo atual de tabaco ligeiramente superior no sexo feminino.

A idade compreendida no intervalo entre os 11/14 anos revelou-se um fator de risco individual, transversal a todos os comportamentos de consumo. A idade de experimentação de álcool e tabaco encontrada neste estudo está de acordo com os dados nacionais revelados pelos estudos HBSC/OMS-2014 e ESPAD-Portugal/2015.^{6,7} A experimentação de álcool e tabaco é um importante indicador de monitoramento,¹⁹ na medida em que possibilita perceber a precocidade do contacto com estas substâncias psicoativas. Na amostra em estudo, o consumo precoce destas substâncias é um facto confirmado, não apenas porque a maioria dos auscultados efetivou as experiências de consumo entre os 11 e os 14 anos de idade, mas também, porque ao observar os resultados percebemos que para alguns adolescentes o primeiro contacto com o álcool e o tabaco ocorreu antes dos 10 anos de idade. A relação entre a idade e o início do consumo demonstra o espírito aventureiro, a busca de novas experiências, de liberdade e transgressão, características próprias da faixa etária em análise. Crê-se que, na adolescência as áreas neurais responsáveis pela busca de prazer/novidades estão hiperativadas e que os sistemas de inibição e regulatório estão hipoativos. Acresce ainda a falta de maturação do córtex pré-frontal, encaminhando os jovens a tomadas de decisão impulsivas, precipitadas e arriscadas.¹⁸ Podemos desta forma afirmar que, “o que no campo da saúde constitui risco, para adolescentes representa pura adrenalina”.⁴ Mas, associar os comportamentos de consumo de álcool e tabaco apenas a aspetos fisiológicos

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

e à crise transitória da idade, seria negar a influência de fatores externos na tomada de decisão individual e desvalorizar este comportamento enquanto problema de saúde pública.

A iniciação precoce dos consumos é fator de risco agravante para continuidade de consumo,²⁰ incitando situações de dependência futura,¹⁰ facto confirmado no nosso estudo ao verificar que, respetivamente, 51,5% e 63,4% dos alunos que experimentou tabaco e álcool, manteve o consumo.

O ano de escolaridade também se revelou um fator de risco relevante para a experimentação de tabaco, para a experimentação de álcool e para o consumo atual de álcool, verificando-se um aumento significativo das taxas de prevalência destes comportamentos na passagem do 7º para o 8º ano, e novo aumento, embora menos significativo, do 8º para o 9º ano. Estes dados reforçam a necessidade de intervenção precoce, pois, após a experimentação é consistente o aumento da vulnerabilidade do adolescente para o consumo atual. Há estudos que explicam a repetição dos comportamentos de consumo por parte dos adolescentes, pelo aumento dos níveis de dopamina no núcleo accumbens após a ingestão de uma substância psicoativa. Este aumento é muito superior ao habitual nesta faixa etária, conduzindo o adolescente a experienciar sensações de prazer muito mais intensas que um adulto (já habituado a níveis basais superiores de dopamina). Assim, o jovem mantém o comportamento, no intuito de repetir a experiência de prazer.¹⁸

A reprovação escolar apareceu-nos como um fator de vulnerabilidade indiscutível para a experimentação de tabaco, corroborando com outros estudos que revelam que o fracasso escolar, a falta de motivação para os estudos e o mau desempenho escolar são fatores de risco no uso de substâncias psicoativas.²⁰

A amostra em estudo tornou visível o crescimento inversamente proporcional entre a experimentação de tabaco e o grau de envolvimento familiar. Este resultado vai ao encontro de outro estudo que revelou que “relações regulares ou ruins podem estar associadas a adolescentes tabagistas”.²¹ A família é uma importante estrutura de suporte e apoio dos seus membros, e, a coesão familiar, o apoio e o diálogo têm uma ação protetora na prevenção do uso de substâncias psicoativas.²⁰ No que diz respeito à

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

experimentação de álcool, a influência da família para a experiência é suportada pelo relato de 32 adolescentes que confirmam ter experimentado álcool na companhia de familiares. A atitude positiva e permissiva da família diante do consumo destas substâncias constitui um fator de risco no contacto precoce com estas e aumenta a probabilidade de continuidade do consumo²⁰.

Também a pressão dos amigos é um forte fator desencadeante para o início do uso de drogas.²⁰ De facto, verificámos a importância desta influência ao atestar que a maioria dos inquiridos vivenciou a sua primeira experiência tabágica na companhia do grupo de pares. Mas esta influência não se aplica apenas à iniciação tabágica, o envolvimento com os amigos revelou-se uma variável dependente de todos os comportamentos de consumo de álcool aqui estudados, nomeadamente: experimentação, consumo atual e embriaguez. O elevado "envolvimento grupal é considerado fator de risco quando os amigos e colegas são considerados como modelos" e têm atitude de aprovação em relação ao uso de álcool e tabaco,²⁰ reforçando a ideia de vulnerabilidade do adolescente ao meio a que pertence ou almeja pertencer.¹⁶

Estes achados demonstram a influência e o poder do círculo de convivência dos adolescentes com a família e com os amigos no momento da tomada de decisão, instigando à reflexão e necessidade de desenvolver estratégias de ação preventivas centradas em aspetos individuais (reforço de competências sociais, autoestima, autocontrolo, responsabilidade e pensamento crítico) e contextuais (diminuindo a influência dos fatores externos encontrados).

As taxas de prevalência de experimentação de álcool, de experimentação de tabaco, de consumo atual de álcool, de consumo atual de tabaco e de embriaguez dos jovens indagados revelaram-se muito superiores às evidenciadas a nível nacional. Esta diferença confirma a influência do contexto social e ambiental nos comportamentos de consumo e pode justificar-se pelo relatado nos estudos HBSC/OMS-2014 e ESPAD-Portugal/2015 que evidenciam prevalências de consumo superiores no território Alentejano. Constatou-se ainda que, na atual investigação, as taxas de prevalência dos comportamentos de tabaco, apesar de muito elevadas são inferiores às taxas de prevalência dos comportamentos de consumo de álcool, facto que se pode justificar pela maior aceitabilidade familiar e cultural do uso do álcool. No contexto sociocultural

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

português, o consumo de álcool é muitas vezes iniciado no seio familiar e surge associado a celebração, cerimónias religiosas, festas e eventos recreativos.²² A este contexto familiar e social complacente e favorecedor do consumo de álcool alia-se a expectativa de força, liberdade, desinibição e descontração, exposta nos mitos culturais,¹⁶ que dirigem o adolescente a consumos de álcool abusivos e pesados. A taxa de prevalência de embriaguez encontrada nos jovens auscultados confirmou a atração pelo fenómeno *binge drink* (consumo de 5 ou mais doses de bebida numa só ocasião). É do conhecimento atual que na adolescência este fenómeno está relacionado a deficits cognitivos.^{18,19}

Não podemos também deixar de referir, a indiscutível influência da falta de responsabilidade social perante a lei do álcool e tabaco. A média de idade dos alunos entrevistados (14 anos), a legislação que proíbe a venda de álcool e tabaco a menores de 18 anos e as elevadas taxas de prevalência de consumo destas drogas, tornam notório o desinteresse social e local com esta problemática. Exige-se maior firmeza por parte das autoridades reguladoras competentes e debate sobre a necessidades de medidas políticas eficazes no combate à venda destas drogas a menores, afim de evitar prejuízos evitáveis na saúde da população.

Os dados aqui apresentados revelam-se preocupantes, divulgando a iniciação precoce do uso do álcool e do tabaco, a manutenção do comportamento de consumo e a associação entre os comportamentos de consumo de álcool e tabaco, e entre estes e outros comportamentos de risco, tais como: não cumprimento de medidas de segurança rodoviária e comportamento sexual precoce. Vários autores afirmam que quando os comportamentos de risco se instalam e solidificam como estilos de vida, podem acarretar consequências nefastas a nível pessoal (como o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, a ocorrência de acidentes, a incapacidade e morte prematura), mas também a nível familiar e social,^{4,5} que se traduzem na integração social e independência económica do indivíduo, não esquecendo ainda os impactos nos encargos económicos para a sociedade.¹

COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

Conclusão

A análise e discussão do diagnóstico de saúde efetuado revelam a necessidade de um projeto de intervenção comunitária em meio escolar, dirigido aos alunos do 3º ciclo da escola em estudo. De facto, os dados analisados determinaram a prevalência de experimentação e consumo atual de álcool e tabaco da amostra e revelaram a elevada adesão dos adolescentes a estes comportamentos de consumo, expondo-os a possíveis danos físicos, sociais, mentais e psicológicos. Foram ainda identificados e analisados alguns determinantes do consumo destas substâncias psicoativas, fornecendo assim, um quadro referencial específico da população em causa. Estes comportamentos de risco revelaram-se um fenómeno complexo, de origem multifatorial, com particular influência da idade, ano de escolaridade, ligação familiar e envolvimento com o grupo de pares. Acresce ainda a associação do consumo de álcool e tabaco a outros comportamentos de risco, tornando os adolescentes vulnerável a situações de risco evitáveis.

A compreensão dos determinantes e relações aqui identificadas, evidencia especificidades individuais e contextuais e conduz ao (re)conhecimento da realidade local. Este, é fulcral no momento de demandar estratégias de promoção e prevenção da qualidade de vida do adolescente, pois permite dirigir e implementar ações de enfermagem diferenciadas e individualizadas à população alvo. No entanto, estes dados exigem uma observação cuidadosa e reflexão crítica, de forma a compreender a influência dos múltiplos cenários na vulnerabilidade individual ou coletiva desta faixa etária.

Acreditamos que a participação ativa dos jovens nas ações implementadas é uma mais valia, pois permite a aquisição de conhecimentos e competências e fortalece a consciência crítica e reflexiva, tão importante no momento de decidir e enfrentar os múltiplos influxos sociais. No entanto, devem simultaneamente planear-se ações que reduzam as influências externas, promovendo o apoio da família, escola e comunidade.

O presente estudo é uma mais valia para a comunidade em estudo, na medida em que não se encontrou nenhum estudo sobre esta problemática na escola em análise. No entanto, considera-se que o desenvolvimento do estudo

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

apenas a uma escola se declarou como uma limitação, pois impossibilitou o realce de algumas características específicas do cenário escolar em causa.

A prevenção de comportamentos de consumo de álcool e tabaco é um desafio para os enfermeiros. Estes, têm o dever de assumir uma atitude proactiva através da investigação e formação contínua nesta área, afim de melhorar a qualidade dos cuidados que se pretendem de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simões, S. M. R. (2005). Comportamentos de Risco na Adolescência - Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social. (Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor no ramo de Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação). Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em UTL repositório. <http://hdl.handle.net/10400.5/6812>
2. Zappe, J.G. (2014). Comportamentos de risco na adolescência: aspetos pessoais e contextuais. (Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de psicologia. Disponível no Repositório Digital UFRGS Lume. <http://hdl.handle.net/10183/115076>
3. Alves, C, F., & Dell'Aglio, D, D. (2015). Apoio Social e Comportamentos de Risco na Adolescência. *Psico Porto Alegre*. 46(2), 165-175. Acedido a 21 de maio de 2017, disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/18250>
4. Gomes, V.L.O. & Mendes, F.R.P. (2009). Representações de adolescentes Luso brasileiros acerca do conceito de "Risco": Subsídios para actuação de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Acedido em 5 de junho de 2017. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a29.pdf

COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

5. Feijó, B.R. & Oliveira, É. A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria* (77) (2), pp.125-134. Acedido em 5 de junho de 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54698/000386001.pdf>
6. Matos, M.G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & Equipa Aventura Social (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão – Dados nacionais de 2014*. Equipa Aventura Social. Lisboa.
7. Feijão, F. (2015). *Estudos sobre os consumos de Álcool, Tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências – 2015*. Sumário Executivo. EDATD_CAD/2015 (ESPAD-Portugal/2015). Disponível em: <http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Documents/2016/SICAD ECATD 15 Sumário Executivo.pdf>
8. Pechansky, F., Szobot, C. M. & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogénicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26. 14-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462004000500005&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Direção Geral da Saúde [DGS] (2015a). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
10. Loureiro, L.M.J.; Barroso, T.M.M.D.A.; Mendes, A.M.O.C.; Rodrigues, M. A.Oliveira, R.A.A.N. & Oliveira, N.R.N. (2013). Literacia Em Saúde Mental De Adolescentes E Jovens Portugueses Sobre Abuso De Álcool. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 17 (3). 474-481. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452013000300474&script=sci_abstract&tlng=pt
11. Alvarez-Aguire, A., Alonso Castillo, M.M. & Zanetti, A.C.G. (2014). Fatores preditivos de álcool e tabaco em adolescentes. *Revista Latino Americana de*

COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

Enfermagem. 22(6), pp.1056-1062. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-01056.pdf

12. Direção Geral da Saúde [DGS] (2015b). *Plano Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 22 de maio de 2017. Disponível em:
http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf

13. Ferreira, M., Chitas, V., Silva, S. & Silva, R. (2013). Hábitos tabágicos dos jovens do 9º ano: estereótipos sobre fumadores, fatores familiares, escolares e de pares e a relação com o consumo de tabaco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31(1), 108-114.

14. Brito, I., Precioso, J. A. G., Correia, C., Albuquerque, C. Samorinha, C., Cunha-Filho, H. & Becoña, H. (2015). Fatores associados ao consumo de álcool na adolescência em função do género. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 16(3), 392-410. Acedido a 10 de junho de 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/42424>

15. Silveira, R.E., Santos, A.S. & Pereira, G.A. (2014). Consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre adolescentes do ensino fundamental de um município brasileiro. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, Nº 2, mai/jun, 51-60.

16. Melo, C.C., Pichelli, A. A. W. S. & Ribeiro, K.C.S. (2016). Um estudo comparativo entre o consumo de álcool e tabaco por adolescentes: fatores de vulnerabilidade e suas consequências. *Inter scientia*. 4(1), pp.21-30

17. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2017). Tobacco. Acedido a 3 de junho de 2017. disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

**COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA:
CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO**

18. Andrade, A.L.M., Micheli, D. & Silva (2014). Neurociências do abuso de drogas em adolescentes. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar. Estúdio editora UFJF. pp. 25-37

19. Malta, D.C., Machado, I.E., Porto, D.I., Silva, M.M.A., Freitas, P.C., Costa, A.W.N. & Oliveira-Campo, M. (2014). Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de epidemiologia*. pp 203-214

20. Sartes, L.M.A., Gumier, A.B., Fernandes, L.R. & Ferreira, L.M. (2014). Fatores de risco e proteção para o uso de álcool e outras drogas. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar. Estúdio editora UFJF. pp. 91-111.

21. Teixeira, C.C., Guimarães, L.S.P. & Echer, I.C. (2017). Fatores associados à iniciação tabágica em adolescentes escolares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 38(1), pp. 1-9.

22. Barroso, T.M.M.D.A., Mendes, A.M.O.C. & Barbosa, A.J.F. (2013). Programa De Prevenção Do Uso/Abuso De Álcool Para Adolescentes Em Contexto Escolar: Parar Para Pensar. *Escola Anna Nery revista de Enfermagem*. 17(3), pp. 466-473

Apêndice 24

Análise do Cumprimento do Cronograma

Comportamentos de Risco na Adolescência - O consumo de Tabaco e o consumo de Álcool

Atividades prescritas	Ano													
	2017							2018						
Meses	mai.	jun.	jul.	ago.	set.	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.	jun.
Realização do diagnóstico de saúde	✓	✓	✓	✓	✓									
Elaboração do projeto						✓								
Criação do Logotipo						✓	✓	✓						
Criação do nome do projeto						✓	✓	✓						
Criação e dinamização de uma página no site da escola							✓	✓	✓	✓	✓			
Comemoração do Dia Mundial do Não Fumador							✓	✓						
Sessão de educação para a saúde sobre tabaco dirigida aos alunos do 8º ano: "As nossas escolhas..."							✓							
Sessão de educação para a saúde sobre o álcool dirigida aos alunos do 8º ano: "As nossas escolhas..."							✓							
Realização e afixação de cartaz "As nossas escolhas..."							✓							
Sessão de educação para a saúde sobre álcool e tabaco dirigida aos alunos do 8º ano "As nossas escolhas... conhecimentos e expectativas sobre o álcool e tabaco"									✓					
O estendal dos "Mitos e Verdades sobre o Álcool e Tabaco"									✓					
Sessão de educação para a saúde sobre tabaco dirigida aos alunos do 8º ano: "As nossas escolhas... têm consequências"									✓					
Sessão de educação para a saúde sobre o álcool dirigida aos alunos do 8º ano: "As nossas escolhas... têm consequências"									✓					
Realização e afixação de cartaz "As nossas escolhas... tem consequências"									✓					
Sessão de educação para a saúde dirigida aos pais/ encarregados de educação dos alunos do 8º ano "Sabia que..."								✓						
Jornadas temáticas sobre o consumo de Álcool e Tabaco na adolescência														
Divulgação do projeto na rádio: "O que fazemos e aprendemos vai ser notícia"							✗	✗	✗	✗	✗	✗		
Avaliação do projeto							✓	✓	✓	✓	✓			

Atividade planeada
 ✓ Atividade executada
 ✗ Atividade Cancelada
 → Atividade reagendada