



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Comportamentos aditivos em adolescentes: a realidade pré intervenção em saúde escolar

Luís Filipe Teles Grilo de Oliveira

Viseu, dezembro de 2023

**Comportamentos aditivos em adolescentes: a realidade pré
intervenção em saúde escolar**

Luís Filipe Teles Grilo de Oliveira

Estágio com Relatório Final

6.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral

Viseu, dezembro de 2023

"O dicionário é o único lugar onde o sucesso vem antes do trabalho. O trabalho árduo é o preço que todos devemos pagar pelo sucesso."

(Vince Lombardi)

Agradecimentos

Toda a obra é devedora de ajudas e contributos múltiplos. A minha primeira palavra de agradecimento é para a Professora Doutora Odete Amaral, pela forma dedicada e zelosa que orientou este relatório.

Quero deixar o meu reconhecido agradecimento a outras pessoas, colegas e familiares, amigas e amigos, pelo interesse, compreensão, apoio e encorajamento que me prestaram durante os meses em que trabalhei nesta dissertação. À Dra. Fátima Baeta, Dr. Sílvio Brito e Dra. Miriam Cores pela disponibilidade, apoio atento e incansável no tratamento estatístico, o meu muito obrigado.

Os últimos agradecimentos são certamente os mais importantes. À minha mulher, pois, este trabalho deve-se às suas palavras de alento que sempre me acompanharam, em momentos em que sozinho teria sido muito mais difícil, se não mesmo impossível.

Aos meus filhos, pelo tempo que estiveram privados da minha presença.

Aos meus pais, que me permitiram com os seus ensinamentos chegar aqui e me apoiaram e apoiam, iluminando sempre os meus dias mais escuros, espero, que onde quer que estejam, estejam felizes.

Eternamente grato a todos os que tornam a minha evolução possível.

Resumo

Introdução: O presente relatório pretende explicar as atividades realizadas e as competências adquiridas durante o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade Pinheiro dos Abraços. Uma das atividades foi a realização da investigação sobre o consumo de substâncias e o jogo patológico em adolescentes, um problema atual e que exige novas abordagens com vista à redução da exposição. O meio escolar é um local privilegiado para a implementação de políticas públicas saudáveis com vista ao empoderamento desta comunidade. **Objetivo:** Determinar a prevalência do consumo de substâncias e adição ao jogo em adolescentes da Escola Profissional Eptoliva Pólo de Oliveira do Hospital do 3º ciclo e identificar fatores associados com o consumo de substâncias e jogo na referida amostra.

Metodologia: Foi realizado um estudo transversal analítico. Os dados foram recolhidos através de um questionário de autopreenchimento. A amostra é constituída por 133 estudantes do 10º ao 12º ano de escolaridade com uma idade média de $17,81 \pm 1,24$ anos e a maioria do género masculino (65,9%).

Resultados: A maioria dos adolescentes apresenta consumo de algum tipo de substância, sendo que as mais prevalentes são o consumo álcool (81,1%), seguido do tabaco com 53,1% e canábis (22,7%), existindo ainda uma percentagem de 4,5% de consumo de ansiolíticos. Constatou-se que 42,1% dos adolescentes jogam raspadinhas uma vez por semana e 10,4% jogam Totoloto/Euromilhões, 31,5% relataram que a quantia apostada/gasta a jogar num só dia foi entre 1€ e 10€; 7,5% têm um problema com as apostas a dinheiro ou com o jogo; 17,2% admitiram que jogaram ou apostaram mais do que pretendiam; 13,8% sentem-se culpados sobre a forma como jogam, 11,3% revelaram ser incapaz de parar de apostar a dinheiro ou de jogar. Não encontramos variáveis sociodemográficas associadas com o consumo.

Conclusão: Concluimos que a maioria dos adolescentes da amostra consome algum tipo de substância ou indica ter uma relação com algum tipo de jogo. Do diagnóstico efetuado, coincidente com a prática, a intervenção em saúde escolar nesta área é primordial para prevenção do consumo e promoção da saúde.

Palavras-chave: Empoderamento; Cannabis; Adolescentes; Jogo; Enfermagem Comunitária.

Abstract

Introduction: This report aims to explain the activities carried out and the skills acquired during the internship at the Pinheiro dos Abraços Community Care Unit. One of the activities was research into substance abuse and pathological gambling in adolescents, a current problem that requires new approaches to reduce exposure. The school environment is a privileged place for implementing healthy public policies with a view to empowering this community. Objective: To determine the prevalence of substance use and gambling among adolescents at the Eptoliva Professional School Oliveira do Hospital 3rd cycle and to identify factors associated with substance use and gambling in this sample.

Methodology: An analytical cross-sectional study was carried out. Data was collected using a self-administered questionnaire. The final sample consisted of 133 students from the 10th to the 12th grade with an average age of 17.81 ± 1.24 years and the majority male (65.9%).

Results: The majority of adolescents report consuming some kind of substance, the most prevalent being alcohol (81.1%), followed by tobacco with 53.1% and cannabis (22.7%), there was also a percentage of 4.5% consuming anxiolytics. It was found that 42.1% of adolescents play scratch cards once a week and 10.4% play Totoloto/Euromillions, 31.5% reported that the amount bet/spent gambling in a single day was between €1 and €10; 7.5% have a problem with betting money or gambling; 17.2% admitted that they gambled or bet more than they intended; 13.8% feel guilty about the way they gamble, 11.3% revealed that they are unable to stop betting money or gambling. We did not find sociodemographic variables associated with consumption.

Conclusion: We conclude that most of the adolescents in the sample consume some kind of substance or indicate that they have a relationship with some kind of gambling. From the diagnosis made, which coincides with practice, school health intervention in this area is essential to prevent consumption and promote health.

Keywords: Empowerment; Cannabis; Adolescents; Gambling; Community Nursing.

Sumário

	Pág.
Introdução	19
1 - Competências adquiridas	23
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	23
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	25
2- Atividades realizadas	27
2.1- COMPORTAMENTOS ADITIVOS EM ADOLESCENTES: A REALIDADE PRÉ INTERVENÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR.....	36
2.1.1- CONSUMOS E ADOLESCÊNCIA.....	38
2.2 - METODOLOGIA	51
2.2.1- JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	51
2.2.2- AMOSTRA.....	52
2.2.3- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	54
2.2.4- PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	57
2.2.5- ANÁLISE ESTATÍSTICA	57
2.3- RESULTADOS	58
2.4- DISCUSSÃO.....	73
2.5- CONCLUSÕES.....	78
3- Avaliação da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista	83
4. Avaliação da aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista	85
Referências Bibliográficas	91

Anexos

Anexo I- Cronograma de atividades do projeto

Anexo II- Cronograma de outras atividades planejadas

Anexo III- Autorização para realização do estudo na Eptoliva

Anexo IV- Consentimento Informado Encarregado de Educação

Anexo V- Questionário/ Instrumento de recolha de dados

Anexo VI- Quizz de avaliação de conhecimentos em sala

Anexo VII- Músicas e Vídeos criados para a UCC Pinheiro dos Abraços

Anexo VIII- Plano de sessão Dependências e Saúde mental

Anexo IX- Sessões dependências e saúde mental aplicadas em sala

Anexo X- Plano de sessão de intervenção formativa Primeiros Socorros

Anexo XI- Sessões Primeiros Socorros aplicadas em sala

Lista de tabelas**Pág.**

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra	53
Tabela 2. Percepção das relações interpessoais com família e escola.....	59
Tabela 3. Frequência dos problemas de saúde, em adolescentes.....	59
Tabela 4. Prática desportiva na amostra	60
Tabela 5. Tipo de substância consumida segundo o género.....	61
Tabela 6. Consumo de substâncias e desejo / vontade de consumir substâncias nos últimos 3 meses.....	62
Tabela 7. Consumo de substâncias e problemas associados	63
Tabela 8. Inatividade devido ao consumo de substâncias	63
Tabela 9. Demonstração de preocupação pelo seu consumo de substâncias por parte de um amigo ou familiar	65
Tabela 10. Tentativa de cessação ou redução do consumo sem sucesso	66
Tabela 11. Caracterização dos consumos de substâncias, avaliando o risco e necessidade de intervenção.....	67
Tabela 12. Caracterização dos hábitos de jogo em adolescentes	69
Tabela 13. Tipos de jogos mais adotados pelos adolescentes da referida amostra	71

Lista de figuras e quadros

Pág.

Figura 1. Pirâmide etária dos Utentes abrangidos pela UCC Pinheiro dos Abraços.28

Quadro 1. Relação de Resultados, Níveis de Risco e Respetivas Intervenções no âmbito do ASSIST56

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AEOH- Agrupamento de Escolas de Oliveira do Hospital

ARS Centro - Administração Regional de Saúde do Centro

BI-CSP - Bilhete de Identidade – Cuidados de Saúde Primários

DDN- Dia da Defesa Nacional.

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enf.^a - Enfermeira

EESC - Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária

EpS - Sessões de Educação para a Saúde

EPTOLIVA- Escola Profissional de Tábua Oliveira do Hospital e Arganil

et al. - e outros autores

n^o - número

NLI-Núcleo Local de Inserção

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. – página

p – Nível de significância

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - Programa Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO - World Health Organization

Introdução

A enfermagem comunitária desempenha atualmente um papel que é vital e estratégico no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A abordagem que a saúde comunitária encerra é essencial na promoção da saúde, prevenção da doença, permitindo cuidados de enfermagem centrados no indivíduo e nas necessidades da comunidade, com especial foco na literacia em saúde e empoderamento da comunidade, na tentativa de obter ganhos em saúde, tentando minimizar desigualdades e promovendo a equidade entre indivíduos e cumprindo objetivos do desenvolvimento sustentável (Pender et al., 2011). A enfermagem comunitária apresenta então como principal objetivo, melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da comunidade, atendendo às necessidades específicas que cada comunidade na sua especificidade apresenta, no sentido da promoção da saúde, prevenção da doença e empoderamento da comunidade, de forma a capacitar o indivíduo e a comunidade na procura de saúde (Pender et al., 2011). No âmbito da Saúde Escolar a intervenção num grupo ou numa comunidade implica que seja realizada uma abordagem de carácter holístico da qualidade da saúde na escola [Direção Geral de Saúde (DGS), 2015]. A saúde escolar e a enfermagem comunitária, são duas áreas que assumem um papel que se afigura essencial na promoção da saúde de crianças e adolescentes. Estas duas áreas partilham o objetivo comum da promoção da saúde, com um foco nas especificidades de cada uma das populações escolares.

A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária diferencia-se das demais áreas de enfermagem por uma abordagem que é holística e centrada na comunidade, neste sentido os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária desenvolvem um profundo vínculo com os indivíduos e com as famílias sendo a base da sua prestação de cuidados, tendo interesse e compreendendo as realidades sociais culturais económicas, para desta forma poder oferecer cuidados personalizados e eficazes naquilo que são os ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, OE, Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018). Laverack (2006) reconhece o empoderamento da comunidade como um produto das ações de promoção da saúde que são realizadas, fortalecendo assim o papel dos profissionais de saúde. Ao analisar, por exemplo, o processo de capacitação de uma comunidade, esta parece ser uma estratégia, em que os profissionais de saúde são um dos principais grupos responsáveis pela promoção da literacia em saúde na comunidade.

A enfermagem comunitária no sentido de promover a saúde na população, procura capacitar e empoderar os indivíduos para a responsabilização da sua própria saúde, para os autocuidados e gestão da doença crónica. O enfermeiro especialista em enfermagem

comunitária desempenha também um papel que é crucial, na identificação de problemas de saúde que são específicos das comunidades definindo de acordo com o planeamento em saúde e os programas de saúde, intervenções adequadas para abordar estas questões de uma forma efetiva (OE, Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018). Segundo Estácio (2017), as parcerias proporcionam melhores cuidados sendo uma mais-valia no potenciar da abordagem holística que é realizada, por forma a melhorar a saúde e reduzir as desigualdades. No contexto em que se insere a enfermagem comunitária é consensual a vantagem da criação de parcerias, tendo em vista o trabalho desenvolvido em rede numa colaboração estreita com outros profissionais de saúde, autoridades locais e líderes da comunidade. Tendo por base estas parcerias multidisciplinares as mesmas possibilitam a efetivação das ações planeadas, integradas e com coerência na intervenção na comunidade, visando a melhoria dos indicadores de saúde, passando pela promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade e que permitam viver num ambiente mais saudável. Desta forma, de acordo com Stahmer (2010) e Sibald (2014) a comunidade fornece-nos conhecimentos, perceções e informações que são relevantes na identificação de preocupações críticas de saúde pública e que após diagnosticados levem a conceber e implementar projetos e intervenção na comunidade.

A problemática e necessidade diagnosticada pela Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Pinheiro dos Abraços, onde realizei o Estágio com Relatório Final, centraram-se nos comportamentos aditivos em adolescentes. O bem-estar psicológico e a saúde geral dos adolescentes são uma preocupação constante a nível global (Savolainen et al., 2018). Este é um período de tempo crítico no desenvolvimento humano, uma vez que muitos padrões de comportamento prejudiciais e, muitas vezes, ao longo da vida, têm origem durante o mesmo (Savolainen et al., 2018). A investigação tem mostrado consistentemente que os adolescentes se envolvem em comportamentos prejudiciais e ameaçadores para a saúde, que influenciam inevitavelmente o seu bem-estar psicológico. Estes comportamentos incluem os comportamentos aditivos pela influência dos pares e pela assunção de riscos acrescidos (Balogh et al., 2013; Canale et al., 2016).

Ao longo deste trabalho serão explorados os princípios fundamentais daquilo que é a enfermagem comunitária, passando pelos seus desafios e benefícios para a comunidade e o impacto positivo que pode trazer para a mesma, sendo também explorada a forma como ao longo do estágio me foi possibilitada a atuação em diferentes contextos na comunidade, fortalecendo laços, melhorando a minha capacidade de comunicação e participando ativamente no diagnosticar, implementar e avaliar do empoderamento da comunidade com a qual interagi, na procura de ganhos e literacia em saúde.

O presente relatório tem então como principal objetivo apresentar a forma e o conteúdo das atividades desenvolvidas ao longo deste estágio explicitando os vários contextos em que o mesmo decorreu, enumerando os objetivos propostos e a avaliação da obtenção dos mesmos e aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. A realização do Estágio com Relatório final: Saúde Escolar permitiu-me desenvolver conhecimentos em termos científicos, técnicos, relacionais, e a sua aplicação em contexto real, daquilo que são as práticas e competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pretende-se que este relatório possibilite uma visualização de todo o processo realizado com vista à obtenção do título de enfermeiro especialista.

Na realização do estágio e sendo a vigilância e a capacitação da comunidade uma área fulcral da missão das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), foi decidido realizar o diagnóstico de situação através de uma investigação, tendo como enfoque a área dos comportamentos aditivos em adolescentes, com vista a obter dados que possibilitem a continuidade do planeamento em saúde. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem uma elevada preponderância ao nível das intervenções no âmbito da saúde escolar. A escola é então uma estrutura que se destina ao ensino e educação e que é constituída por profissionais da área da educação, estudantes, encarregados de educação, todos os elementos associados à educação e ensino desses mesmos estudantes (Melo, 2020). Desta forma a escola é um local de eleição para a mudança de comportamentos na procura de saúde sendo que essas mudanças e intervenções devem incluir toda a comunidade escolar com vista à promoção da saúde, almejando que essa mudança de comportamentos dos adolescentes e crianças tenha de influência a longo prazo na comunidade.

A realização deste relatório permite consubstanciar todos os conteúdos que foram adquiridos, por todas as experiências a que fui exposto, permitindo a aquisição de competências que são específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Realizo com este relatório uma reflexão, daquilo que foi a prática clínica discriminando, as competências e os conhecimentos adquiridos, baseados na procura de evidência científica e das experiências vivenciadas no estágio, com vista a uma evolução pessoal e profissional, tendo por base aquilo que é a prática de enfermagem comunitária, alicerçada nestas duas componentes, obtendo uma melhoria dos cuidados prestados bem como evolução profissional.

Esta foi, sem dúvida, uma fase que me permitiu obter um novo conhecimento e uma nova perspectiva da saúde, tendo-me possibilitado, consolidar saberes da área técnica e científica, enriquecendo-me, fruto daquilo que foi o relacionamento que mantive nas minhas interações, tanto ao nível profissional como ao nível pessoal. Tentarei explanar as competências adquiridas, passando por um resumo daquilo que foram as atividades que realizei, terminando com uma avaliação pessoal da obtenção das competências definidas na lei e por mim perseguidas durante este período.

1 - Competências adquiridas

Ao longo do estágio com Relatório Final e de todo este percurso o objetivo passou por adquirir competências relativas à execução de funções como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Deste modo este capítulo pretende, por meio de uma reflexão crítica demonstrar o desenvolvimento que foi sendo obtido com vista à obtenção do grau de mestre em enfermagem comunitária. A avaliação que faço do caminho percorrido neste estágio é fundamental para se obter um entendimento da contribuição das decisões que foram tomadas no sentido de alcançar os objetivos que estavam traçados para o estágio. Com vista à obtenção destes objetivos e tendo em vista a minha evolução como profissional é necessário que exista uma convergência no processo de formação entre a evidência científica e a prática clínica, permitindo-me esta conjugação, a aquisição de competências, que passam por competências que são comuns ao enfermeiro especialista e também competências, que são específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O percurso que desenvolvi na UCC Pinheiro dos Abraços, permitiu-me desenvolver as competências que são comuns ao enfermeiro especialista, de acordo com a legislação emanada pela Ordem dos Enfermeiros mais especificamente o Regulamento nº 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019). O regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e visa sistematizar o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas dentro de cada área de especialização em enfermagem (OE, 2019). Desta forma e com vista à atribuição do título de enfermeiro especialista, a legislação prevê que os enfermeiros especialistas, partilhem de um conjunto de competências adquiridas ao longo da sua formação e que devem ser comuns. Assim, as competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o regulamento são: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Dentro de todas as atividades desenvolvidas na UCC, e de acordo com os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme o Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e que dele fazem parte integrante, pude desenvolver nas áreas que o mesmo define, as seguintes competências:

Responsabilidade profissional, ética e legal

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que se baseia no integral respeito pelos direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações que sejam potencialmente comprometedoras para os clientes (OE, 2019 p. 4746). O enfermeiro deve agir com ética e respeito, mantendo o sigilo das informações dos clientes, respeitando a autonomia e a dignidade de cada indivíduo, e garantindo que os cuidados prestados sejam baseados em princípios éticos sólidos.

Melhoria contínua da qualidade

O Enfermeiro Especialista colabora na concepção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e assume a participação na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional (OE, 2019 p. 4747). A melhoria contínua da qualidade é um fator que se apresenta como essencial na garantia da melhor prestação de cuidados, tendo um especial foco na qualidade, segurança e intervenções e baseadas em evidência científica, direcionadas aos clientes. A prática desta competência passa por todas as áreas dentro da enfermagem e que vão desde o atendimento direto ao cliente passando pela correta gestão do processo e a formação de pares e profissionais.

Gestão dos cuidados

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (OE, 2019 p. 4748). A gestão dos cuidados em enfermagem é uma prática fundamental que visa assegurar a prestação de cuidados de qualidade, eficientes e seguros aos clientes. Esta gestão, envolve a coordenação e organização dos serviços de enfermagem, o alocar adequado de recursos quer sejam humanos ou materiais, o planeamento de cuidados individualizados e a promoção de uma abordagem multidisciplinar, tendo por base uma perspetiva de colaboração entre os membros da equipa de saúde. A gestão dos cuidados em enfermagem desempenha desta forma um papel fulcral na otimização da prestação de cuidados e no objetivo de potenciar mais ganhos em saúde (OE, 2019 p. 4748).

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que o mesmo interfere grandemente no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Desta forma conhecendo e assumindo a importância da dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional (OE, 2019, p. 4749). O desenvolvimento das aprendizagens profissionais em enfermagem é um processo contínuo e abrangente que envolve a aquisição e o potencial de conhecimentos, habilidades, atitudes e competências necessárias para o exercício eficaz e seguro da profissão, sendo que esta aprendizagem tem início na formação e estende-se ao longo da carreira do profissional. Referências. O estágio que realizei permitiu, por todo o contato que mantive com a comunidade, quer ao nível da saúde escolar quer ao nível da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), por todas as situações a que fui exposto, uma correta estimulação e uma linha de pensamento, com vista a colocar em prática todo o potencial desenvolvido e que foi baseado nas competências da prática especializada em enfermagem. Coloquei ao dispor da comunidade todo o meu potencial, naquilo que são os conhecimentos que tenho vindo a desenvolver, tentando aliar aquilo que são os conhecimentos teóricos com a prática clínica direta com a comunidade, tendo desenvolvido áreas como a comunicação a gestão de recursos a gestão de sentimentos, bem como o desenvolvimento das relações interpessoais.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

A enfermagem comunitária é uma especialidade baseada em cuidados diferenciados, que se organizam com base no planeamento em saúde e que requerem da profissional capacidade de investigação e atuação que se baseiam numa abordagem diferenciada. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, deve desenvolver as suas competências específicas de acordo com o Regulamento n.º 428/2018, que versa sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, sendo as competências definidas no regulamento, as seguintes:

- _ *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.*

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem como um dos seus principais focos, a capacitação e empoderamento da comunidade, desta forma e com o objetivo de possuir um conhecimento profundo acerca dos determinantes em saúde, deve estar consciente que necessita de proceder a um correto e aprofundado diagnóstico e estudo da comunidade de forma a conseguir implementar as intervenções que entenda que são as necessidades dessa mesma comunidade, com vista a obtenção de ganhos em saúde. Pela sua intervenção baseada no planeamento em saúde, tem um papel fundamental naquilo que é a concretização da promoção da saúde com a adoção de comportamentos mais saudáveis por parte da comunidade na qual trabalha. Para que este trabalho seja concretizado, é necessário que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, demonstre princípios de humanidade e respeito pela abrangência de todos os indivíduos que constituem a comunidade, neste sentido foi possível adquirir conhecimentos dos grupos e das comunidades educativas com as quais trabalhei, desenvolvendo as intervenções baseadas no planeamento em saúde e tendo sempre por base a capacidade crítica e a reflexão essencial ao desenvolvimento profissional.

Este estágio permitiu-me ter contato com inúmeras situações e a possibilidade de comunicar e interagir com vários tipos de grupos, o que exigiu de mim estudo e pesquisa em bases de dados científicas bem como o aperfeiçoamento de todas as sessões em que pude participar, sentindo a evolução ao nível daquilo que são as minhas capacidades comunicacionais, trazendo comigo no final deste estágio muito mais conhecimento sobre a comunidade na qual estou inserido. Foi minha intenção neste caminho percorrido potenciar as minhas capacidades como profissional, melhorando a qualidade daquilo que eram as minhas intervenções, pautando sempre as minhas atividades pelo escrupuloso cumprimento do código deontológico. O foco da minha intervenção foi sempre direcionado para comunidade e com base na legislação em vigor, tendo em vista a aplicação da mesma, potenciando as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. A metodologia que utilizei contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto profissional capaz de criar intervenções ajustadas àqueles que eram os desafios que se colocavam, quer seja na comunidade quer seja nas organizações, relativamente aos cuidados especializados de enfermagem que as mesmas necessitavam.

2- Atividades realizadas

O estágio realizado na UCC Pinheiros dos Abraços teve um grande impacto naquilo que foi o meu desenvolvimento. Durante o estágio para além do desenvolvimento do estudo de investigação que realizei na escola profissional Eptoliva, tive de forma privilegiada a oportunidade de desenvolver diversas atividades que foram planeadas e desenvolvidas no decorrer de todo este percurso formativo, com vista à aquisição de competências nas inúmeras áreas de atuação e que fazem parte da missão da UCC Pinheiro dos Abraços. Estas atividades quanto ao seu desenvolvimento encontram-se, descritas de seguida, bem como a apreciação que faço da importância das mesmas no meu desenvolvimento.

Aquando do início do estágio um dos meus primeiros objetivos, foi proceder à integração na unidade funcional UCC Pinheiro dos Abraços. Para melhor poder compreender de que forma estava organizada a unidade, foi-me entregue pela senhora coordenadora da UCC, um documento, o guia de acolhimento de colaboradores da UCC Pinheiro dos Abraços, que visa orientar novos profissionais ou alunos que sejam integrados na unidade. Foi essencial para a integração, pois possibilitou ter uma visão mais ampla daquilo que é o trabalho desenvolvido pela unidade e a situação geográfica da abrangência da UCC Pinheiro dos Abraços. O estágio com relatório final: saúde escolar foi, então, desenvolvida na UCC Pinheiro dos Abraços, unidade pertencente à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro e ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Pinhal interior Norte, situada na Avenida Dr. António Afonso Amaral, 3400-057 Oliveira do Hospital. A unidade tem um horário de funcionamento de 2.^a a 6.^a feira das 8:00 às 20:00 horas. Ao fim de semana e feriados poderá existir, sempre que se justifique por motivos assistenciais, o alargamento de horário no caso da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), (MS-BI CSP 2020). De acordo com Ministério da Saúde Bilhete de Identidade – Cuidados de Saúde Primários (BI CSP) (2023), a UCC Pinheiro dos Abraços, possui como área de abrangência todas as freguesias pertencentes ao concelho de Oliveira do Hospital e possui um total de 19500 utentes, sendo que o concelho de Oliveira do Hospital apresenta uma percentagem de população idosa de (47,17%) contrapondo com uma percentagem de jovens (17,5%), perfazendo um total de (64,42%) ao nível do que é o índice de dependência.

Uma das principais problemáticas com a qual o concelho de Oliveira do Hospital tem vindo a debater-se, prende-se com a questão do envelhecimento da população que ao longo dos anos foi potenciada, por uma baixa natalidade relacionada com o desmantelamento progressivo da indústria na região com especial impacto na indústria têxtil. A figura 1 consiste na pirâmide etária dos utentes que são abrangidos pelo UCC Pinheiro dos Abraços, e que permite ter uma perspetiva sobre o envelhecimento da população existente nesta área

geográfica, bem como uma perspectiva daquilo que será o futuro em termos de envelhecimento populacional e utentes abrangidos pelo UCC Pinheiro dos Abraços

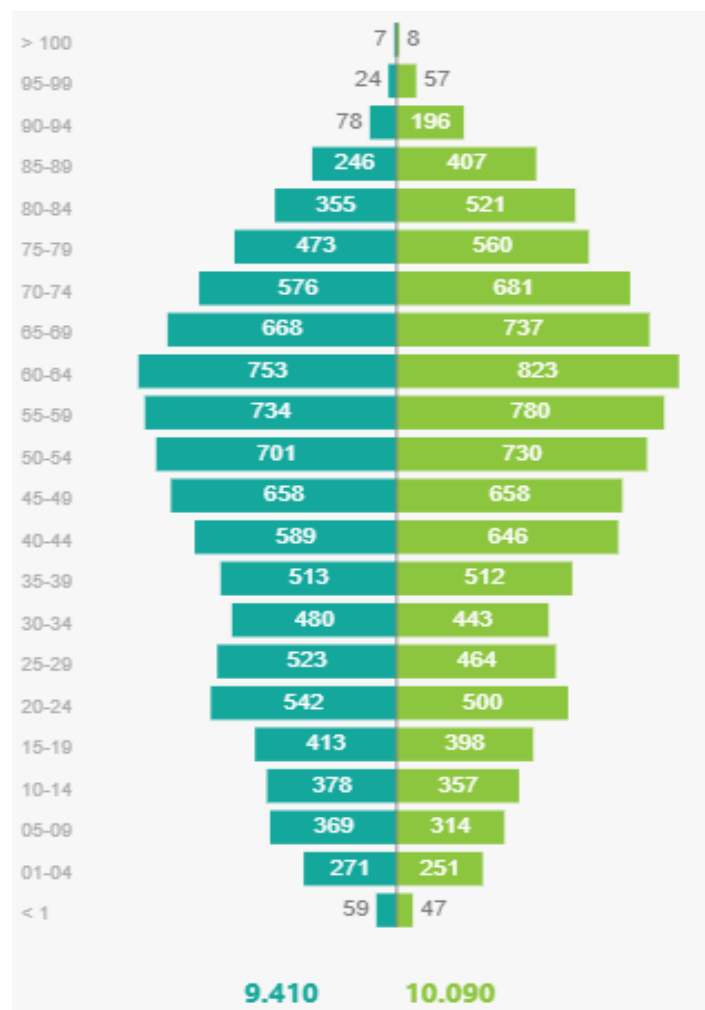


Figura 1. Pirâmide etária dos Utentes abrangidos pela UCC Pinheiro dos Abraços
 Fonte: Min. Saúde BI-CSP (2021). Pirâmide etária utentes abrangidos pela UCC Pinheiro dos Abraços

Mesmo assim, o concelho tem vindo a tentar dinamizar-se, lutando contra a problemática da interioridade, definindo medidas que têm em vista a fixação de recursos humanos. O período pandémico e pós pandémico, atraíram população por via de ser uma zona segura, ambientalmente atrativa e com um valor imobiliário por metro quadrado ainda abaixo daquilo que é praticado nas grandes nas grandes cidades do território nacional. Segundo o BI-CSP a UCC Pinheiro dos Abraços, iniciou a sua atividade no dia 3 de abril do ano de 2014. A unidade apresenta como missão prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que

requiera acompanhamento próximo, e atuar ainda na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família (SNS – BI CSP, 2023).

Na sua visão, a UCC tem como objetivo ser uma unidade de referência na prestação de cuidados essencialmente assumindo a saúde da população do concelho de Oliveira do Hospital como o seu compromisso em termos de missão. De acordo com SNS – BI CSP, (2023) a UCC Pinheiro dos Abraços tem como valores fundamentais na sua prestação de cuidados os seguintes que resultam no acrónimo - PARCERIA:

P - Partilha

A - Articulação

R - Respeito

C - Cooperação

E - Equipa

R - Responsabilidade

I - Interdisciplinaridade

A – Autonomia

A unidade tem como coordenadora a Sra. Enfermeira Alexandra da Costa Nunes Correia Garcia, especialista em enfermagem comunitária e especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, atualmente a UCC Pinheiro dos Abraços possui no seu quadro um total de 3 enfermeiros. Ao nível da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) o acompanhamento em domicílio é realizado, preferencialmente, pelos profissionais da unidade, acompanhados por uma assistente operacional. Existe uma boa articulação da UCC com os restantes projetos e programas que estão definidos em estreita colaboração com as equipas multidisciplinares das unidades funcionais pertencentes ao centro de saúde de Oliveira do Hospital e também do ACeS Pinhal Interior Norte.

As UCC, sendo unidades com competências voltadas para a comunidade e família asseguram, de acordo com o Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril, funções através de uma carteira de serviços, prestando cuidados de saúde à comunidade consoante o diagnóstico e avaliação do estado de saúde da mesma, e consoante as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS). Apesar de ser uma carteira de serviços que se apresenta como ambiciosa, a UCC desenvolve diariamente um trabalho conjunto em estreita articulação com os parceiros da comunidade, que permitirá alcançar a longo prazo ganhos em saúde. Os programas e projetos da carteira de serviços integram-se

no plano de ação do ACES, em articulação com as restantes unidades funcionais. Nesta Unidade vigoram atualmente vários programas e projetos, enumerados de seguida, os que fazem parte da carteira de serviços da UCC (Plano de Ação UCC, 2018):

- 1- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens (NACJR); Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens de Oliveira do Hospital (CPCJ); Equipa Local de Intervenção de Tábua e Oliveira do Hospital
- 2- Programa Nacional de Saúde Escolar, o Projeto da ARS Centro, IP “+ Contigo” – Prevenção de comportamentos suicidários em contexto escolar; o Projeto “A Saúde à Mesa” – Promoção da Alimentação Saudável e Atividade Física; Projeto “+ AFETOS” – Sexualidade Positiva e Responsável; o Projeto “A Mão que Salva” – Promoção de competências na área dos Primeiros Socorros; o Programa do DICAD “Eu e os Outros” – Prevenção de consumos aditivos o Programa da ARS Centro, as IP “Gerações” – Desenvolvimento de competências sócio afetivas.
- 3- Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – UCC PINHEIRO DOS ABRAÇOS 2018 com o Projeto “SMILE OH”
- 4- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).
- 5- Projeto SER – Saúde, Esperança, Recuperação
- 6- Programas e Projetos de Intervenção Comunitária; Rede Social; Núcleo Local de Inserção (NLI) do RSI; Equipa de Prevenção de Violência em Adultos (EPVA); Projeto “A Saúde + Perto” do ACES PIN; Projeto “Encontros em Saúde”.

Todas estas intervenções ocorrem em articulação com o ACES e as outras unidades funcionais, sendo também de extrema importância para a consecução da missão da UCC os parceiros existentes no concelho.

A UCC Pinheiro dos Abraços tem na sua estrutura uma ECCI, esta equipa de cuidados continuados integrados da UCC Pinheiro dos Abraços presta cuidados em contexto domiciliário aos utentes que se encontram referenciados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). De acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006 criador da RNCCI esta, tem como missão e objetivo a prestação de cuidados continuados por equipas multidisciplinares nas áreas da saúde e apoio social a indivíduos que se encontrem numa situação de dependência (Decreto-Lei nº 101/2006). Desta forma, e sendo a ECCI, uma extensão do centro de saúde na prestação de cuidados na comunidade de Oliveira do Hospital teve o privilégio de poder realizar visitas domiciliárias a utentes referenciados para esta equipa.

Esta foi sem dúvida uma oportunidade para estar com clientes e famílias e em que pude observar as carências e dificuldades que são vividas pela população que carece destes cuidados, residente no concelho. Sem a existência da ECCI, muitos indivíduos e famílias não teriam o apoio necessário naquilo que são as necessidades em termos de prestação de cuidados de saúde, apoio social e até psicológico. Realizei visitas domiciliárias aos utentes referenciados para ECCI, prestando cuidados continuados integrados no domicílio, contribuindo para a redução da prevalência de úlceras por pressão e úlceras de patologia vascular, avaliação e educação sobre risco de queda e a gestão do regime terapêutico, com os utentes e familiares bem como a realização de intervenções com foco na educação para a saúde. A ECCI na minha perspetiva possui uma particularidade relevante, possibilitando ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária em formação, o enriquecimento e o desenvolvimento da empatia e comunicação adequada, especialmente em contexto domiciliar. Utente e família, são dois pilares que basilares para a prestação de cuidados em contexto de ECCI e permitem aos enfermeiros que prestam cuidados em contexto de visita domiciliária, um trabalho que se alicerça na confiança e numa relação bilateral com o utente e família, possibilitando uma melhoria na prestação de cuidados e ganhos em saúde. A prestação de cuidados em ECCI permitiu o contato próximo com a família e a possibilidade de realizar intervenções o mais adequadas possível ao contexto em que nos encontrávamos. No final das visitas procedi aos registos através da utilização dos programas informáticos que existem para o efeito, garantindo a continuidade das intervenções e possibilitando documentar a atuação da ECCI e as mais-valias que traz à comunidade. A ECCI é uma equipa pertencente aos cuidados de saúde primários que se demonstra ser de relevante importância para a comunidade de acordo com plano de recuperação e resiliência definido pelo estado português e com o documento emanado pela ordem dos enfermeiros, é de extrema importância a dotação de recursos humanos ao nível das ECCI e o seu trabalho ter uma abrangência 24 horas 7 dias da semana (OE, 2021). A ECCI reveste-se de grande importância, pois procura dar resposta às solicitações dos clientes referenciados, podendo evitar o encaminhamento de muitos destes utentes para os serviços de urgência dos hospitais centrais e serviço de atendimento permanente.

Outra das principais da atuação da UCC Pinheiro dos Abraços está relacionada com as atividades no âmbito da saúde escolar. Dentro desta temática tive a oportunidade de poder acompanhar a equipa da UCC na realização de sessões promotoras da saúde oral, com alunos das escolas do concelho de Oliveira do Hospital. Nestas sessões foi possível adquirir conhecimento das dinâmicas utilizadas na transmissão das mensagens para as crianças e a dinâmica que visa essencialmente o empoderamento das mesmas sobre as diferentes

temáticas visadas nas sessões que realizamos com especial importância da saúde oral. No final das sessões, tive a possibilidade de poder, visualizar na prática junto dos alunos os índices de dentes cariados nas crianças destas turmas, avaliando a saúde oral e seus determinantes na população escolar, procedendo à distribuição do kit de saúde oral aos alunos, no final de cada sessão, em colaboração com os profissionais da UCC Pinheiro dos Abraços. Este contacto em contexto escolar com os alunos, foi bastante importante e enriquecedor para mim depois apercebi-me que muitos dos problemas relacionados com a saúde oral, prendem-se com a literacia em saúde que existe no seio familiar em relação à escovagem dos dentes bem como as dúvidas na utilização do cheque dentista passando pela modificação e melhoria dos lanches que são preparados pelos pais para os filhos comerem na escola.

A UCC desenvolve juntamente com a escola, projetos de capacitação da comunidade escolar em várias áreas, sendo uma delas a temática dos primeiros socorros. Desenvolvi então, sessões direcionadas a esta área, que abordassem a temática dos primeiros socorros em articulação com a matéria que era ministrada no plano curricular dos alunos do 9º ano, na disciplina de ciências naturais. Nestas sessões, foi dada a hipótese aos alunos de poderem comparar aquilo que era dado em termos teóricos nas aulas com uma sessão teórico-prática desenvolvida, tendo em vista um melhor desempenho destes alunos em termos de prática simulada em primeiros socorros. Esta intervenção, mostrou-me que esta é uma área prioritária a abordar junto da comunidade escolar, pois existem muitas dúvidas sentidas pelos alunos e professores relativamente aos protocolos que atualmente são utilizados, quer nas situações de suporte básico de vida, quer na desobstrução da via aérea, controlo de hemorragias e crises convulsivas, sendo estas áreas que nas sessões foram as mais solicitadas.

Durante o estágio que desenvolvi, foi assumido como principal alvo da nossa intervenção em contexto escolar, o consumo de substâncias e jogo, em idade relativamente precoce nos alunos do agrupamento de escolas de Oliveira do Hospital e escola profissional Eptoliva. Sendo esta a população do futuro do concelho, e de acordo com as necessidades diagnosticadas, que podem colocar em risco a saúde dos indivíduos e da comunidade, foi definida como a área de investigação prioritária, em adolescentes por forma a empoderá-los, com vista a obter ganhos em saúde, sendo um dos objetivos da UCC prestar um serviço de qualidade e adequar as respostas àquilo que são as necessidades e problemas sentidos pelos jovens do concelho.

Pude então desta forma, delinear através da identificação da problemática do consumo de substâncias e dependência de jogo, um diagnóstico de situação, identificando

necessidades para criar intervenções ao nível da saúde escolar com vista à capacitação e empoderamento dos alunos do segundo e terceiro ciclos. O objetivo destas sessões passou por mostrar aos adolescentes, os malefícios que advêm do consumo de substâncias em idades precoces, explicando todas as consequências que estes consumos acarretam em termos de saúde e em termos legais e sociais. As sessões desenhadas para aplicação em sala constam do anexo IX, deste relatório. Perante esta evidência e necessidade surge a investigação intitulada “*Comportamentos aditivos em adolescentes: a realidade pré intervenção em saúde escolar*”, com o intuito de desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, desde o planeamento em saúde, capacitação de grupos da comunidade à elaboração de projetos de intervenção. Para tal e no intuito de realizar a avaliação do estado de saúde da comunidade, a metodologia adotada foi a metodologia científica baseada no planeamento em saúde, por forma a implementar intervenções baseadas em evidência.

A Planificação das sessões de Educação para a Saúde realizadas durante a intervenção no AEOH-Oliveira do Hospital (Anexo VIII) foi elaborada conjuntamente por mim, e pela Enfermeira tutora Alexandra da Costa Nunes Correia Garcia, em estreita colaboração com os docentes das turmas envolvidas no estudo. As sessões que foram dinamizadas, decorreram durante as aulas num período sensivelmente entre 50 a 60 minutos, de acordo com o plano de sessão que foi programado e que pode ser consultado no Anexo VIII. As sessões tinham definidos objetivos gerais bem como objetivos específicos que tentámos atingir ao longo das intervenções. As sessões de educação para a saúde para os adolescentes sobre “Dependências e saúde mental” encontra-se na íntegra em (Anexo IX), bem como o registo fotográfico de alguns dos momentos partilhados com os adolescentes e com os docentes das turmas durante as sessões, salvaguardando sempre as questões ético-legais e de privacidade (Anexo XII). Na impossibilidade de fazer uma avaliação após abordar todos os temas de forma aprofundada nas sessões formativas por limitação de tempo, foi criado um jogo que consistia na divisão da turma em dois grupos, realizando um Quizz (Anexo VI), este Quizz consistia na colocação de perguntas previamente definidas ambos os grupos atribuindo pontuação a cada um deles, os professores também eram convidados a participar no jogo o que na nossa opinião tornava a sessão muito mais apelativa para os alunos. Deixo nota da extrema importância entre a parceria que existia com os vários profissionais ligados a direção da escola e a UCC Pinheiro dos Abraços, parceria que contribuiu imenso para a divulgação, questões logísticas e implementação do projeto, fatores que foram determinantes para o sucesso destas intervenções no ambiente escolar.

Durante o decurso deste estágio foi também possível criar dois temas musicais a aplicar no Dia Mundial da Criança, dia 1 de junho relativos a alimentação saudável. Sendo esta uma área que me causa um gosto particular, fui desafiado a musicar dois temas com a letra já existente e pertencente à mãe da Senhora Enfermeira Alexandra Garcia, D. Rosa Costa Garcia dos quais resultaram os temas musicais (Anexo VII). Pelo motivo de nos encontrarmos na celebração no âmbito do Dia mundial da Atividade Física e do Dia Mundial da Saúde que se comemoram nos dias 6 e 7 de abril de 2023, foi-me permitida a oportunidade de poder realizar uma atividade, relacionada coma leitura de uma história relativa à alimentação saudável e também a temática da higiene oral a história por sua vez abordava também a segurança que as crianças devem ter no contato com pessoas estranhas e aos riscos da partilha de informações com os mesmos.

A UCC Pinheiro dos Abraços não possui um suporte, físico ou digital que seja demonstrativo das atribuições que a unidade possui e que apresente à comunidade e parceiros, o trabalho que é desenvolvido relativamente à saúde comunitária no centro de saúde de Oliveira do Hospital.

Neste sentido e por achar que poderia ser uma mais-valia para o serviço editei/ desenvolvi, um curto vídeo com cerca de dois minutos que de forma breve e de acordo com aquilo que também pude vivenciar e captar em vídeo durante o estágio e as sessões que realizei na UCC Pinheiro dos Abraços, onde é possível visualizar algumas das várias áreas de abrangência da unidade e importância que ela tem no concelho de Oliveira do hospital, e a identificação dos profissionais de equipa que constitui a UCC Pinheiro dos Abraços. Não sendo possível mostrar no vídeo, toda a abrangência e importância do trabalho da UCC na comunidade, espero que esta pequena e humilde ferramenta que deixo à unidade que tão bem me acolheu, seja mais uma ferramenta possível de aplicar na promoção e divulgação do excelente trabalho que é desenvolvido na mesma.

Gostaria também de salientar que este estágio foi uma excelente oportunidade para mim, de perceber a constante necessidade otimizar e maximizar os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes ao programa e projetos de intervenção são alocados à UCC Pinheiro dos Abraços. Foi importante atender na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais da comunidade bem como conceber e planear intervenções atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas.

Por solicitação da Sra. Enfermeira Alexandra Garcia, tive a honra de ter sido convidado a participar também juntamente com toda a equipa da UCC na colaboração da realização do evento comemorativo do nono aniversário da UCC Pinheiros Abraços, que resultou num

congresso, intitulado Cuidados de Proximidade, Crescer e Adolescer, e com a presença e colaboração da globalidade dos parceiros da UCC. Este evento possibilitou-me para além de todas as aprendizagens que obtive pela sua vivência, perceber as dinâmicas que se encontram na organização do evento desta magnitude em termos locais e o trabalho que é desenvolvido na promoção da enfermagem em si. Este evento expôs toda a abrangência do trabalho da UCC, e chamou a atenção da importância da comunidade e órgãos de decisão local, para o trabalho que ali se desenvolve.

A destacar as atividades quinzenais, designadamente encontros de com pais e entre pais com a designação “Ser Mais Saúde O ontem... o hoje... o amanhã”. Estes encontros abertos ao público e mediante inscrição visam essencialmente a temática da parentalidade na adolescência entre outras áreas com uma identidade de género e a não discriminação como forma de complemento do trabalho desenvolvido ao nível da saúde escolar no grupamento de escolas de Oliveira do Hospital, dando resposta às solicitações e ansiedades colocadas pelos pais, sendo também um momento de partilha e de interação social.

Sendo esta área uma área de extremo interesse para o meu desenvolvimento profissional e também por ser uma área que me é cara em termos pessoais, pois sou também pai, a partilha destas questões é para mim e julgo que para a comunidade de carácter fundamental.

A minha presença nestes eventos enriquece-me muito não só como pai mas também como profissional acima de tudo pela partilha de ideias e experiências vivenciadas por outros pais, sendo um ponto de partilha e colocação de dúvidas que no final parece tranquilizar os pais que estão presentes na sessão pelo motivo de tomarem conhecimento de que não estão sozinhos naquele processo e que as suas ansiedades são igualmente partilhadas também por outros pais. A dinamização deste tipo de eventos direcionados à comunidade, permitem ao profissional um aprofundar do conhecimento da comunidade e das reais necessidades em saúde, que a mesma assume como de maior importância, permitindo ao enfermeiro especialista priorizar e melhor definir as suas intervenções. A UCC Pinheiro dos Abraços possui múltiplos projetos já enumerados na sua carteira de serviço, tendo havido da minha parte durante o estágio o demonstrar da disponibilidade e interesse na construção e colaboração consoante as necessidades das intervenções e ao mesmo tempo da minha possibilidade de participação nas mesmas.

2.1- Comportamentos aditivos em adolescentes: a realidade pré intervenção em saúde escolar

Com já referido no percurso que desenvolvi na UCC Pinheiro dos Abraços foi tomada a decisão de investigar a prevalência de consumo de substâncias e jogo patológico, por forma a planear intervenções específicas e direcionadas à problemática. Esta escolha tem em vista delinear estratégias de intervenção que se afigurem eficientes em saúde escolar, tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados prestados pela equipa de saúde através da identificação de fatores que expusessem os adolescentes ao risco.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2015) a promoção de uma informação mais adequada às necessidades da comunidade implica conhecer as causas de morte ou doença e os fatores de risco a elas associados, com vista a reduzir a exposição de crianças e jovens a riscos evitáveis. A adolescência sendo um período de transição natural, mas que envolve mudanças biopsicossociais significativas, apresenta-se como um período que proporciona um cenário propício para a experimentação e a tomada de decisões que podem ter implicações de longo prazo para a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Os adolescentes por estes fatores são considerados como especialmente vulneráveis ao abuso de substâncias [World Health Organization (WHO), 2014].

Entre os comportamentos de risco que afetam os adolescentes, o consumo de substâncias e o jogo patológico emergem como duas das questões mais preocupantes, representando grandes desafios para a enfermagem comunitária e para a sociedade em geral. A enfermagem comunitária possui, como acima já foi definido, uma importância substancial naquilo que podem ser as estratégias intervenções a adotar junto de comunidades que possam estar suscetíveis a fatores de risco. Deste modo o conhecimento que esta investigação nos traz, permite-nos ter dados que nos possam encaminhar para uma abordagem mais concreta e focada naquilo que são as problemáticas sentidas pelos jovens adolescentes, tendo em conta todos os fatores sociais e demográficos.

As UCC são unidades funcionais dos Agrupamento de Centros de Saúde privilegiadas no desenvolvimento de programas no âmbito da proteção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar (Despacho n.º 10143/2009 2009). Neste sentido a ligação entre as UCC e saúde escolar, reveste-se de um papel cada vez mais relevante ao nível da informação que se pode obter sobre quais são os fatores de risco grande de parte dos problemas de saúde da população escolar. As intervenções realizadas pela UCC Pinheiro dos Abraços ao nível da saúde escolar, assumem

um papel importantíssimo na comunidade escolar, atuando como unidade que promove a alteração de comportamentos por via da adequação do programa nacional de saúde escolar, à realidade que hoje existe no nosso país e mais em concreto na nossa comunidade. A Saúde Escolar, mantendo o seu cariz identitário, deve estar consciente dos grandes desafios da contemporaneidade, que exigem da saúde escolar uma visão alargada e conhecedora de uma realidade, em termos sociais e económicos que são hoje muito mais complexos e imprevisíveis (DGS, 2015).

O foco do interesse do estudo é suscitado por todas as consequências conhecidas que estão associadas ao consumo de substâncias e adições em geral, que afetam os jovens nesta fase específica da vida, consequências essas que se revelam negativas para o indivíduo e para a comunidade a médio e longo prazo. O estudo desenvolvido por Das et al. (2017) sublinha a persistência dos efeitos do consumo de substâncias no médio e longo prazo. Desta forma, a não intervenção precoce nos comportamentos de risco, pode levar à exposição, propiciando o consumo de substâncias que se prolongam ao longo da vida do indivíduo, com implicações negativas para o indivíduo, família e comunidade. Esta complexidade e imprevisibilidade, geradoras de comportamento de risco associados a estilos de vida e ao ambiente em que os indivíduos se encontram podem ser prevenidos e mesmo reduzidos através de programas que sejam aplicados e baseados em evidência científica, seguindo a metodologia do planeamento em saúde, com duração prolongada no tempo (DGS, 2006). Desta forma, o trabalho que realizamos visa essencialmente um diagnóstico e posteriormente uma intervenção seguindo a metodologia do planeamento em saúde, que se quer precoce e direcionada para os problemas/necessidades que são apresentados pelos resultados do estudo.

As estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) visam, a melhoria da saúde das crianças, jovens e restante comunidade educativa, com programas com duas vertentes que passam pela vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos e empoderamento ao nível das capacidades e competências em promoção da saúde (DGS, 2006). O empoderamento da população escolar relacionada com os fatores de risco como consumo de substâncias e jogo patológico passa então por uma abordagem sistematizada, e consciente dos reais problemas que afetam a população escolar. A UCC Pinheiro dos Abraços, com o intuito de dar resposta a estas necessidades e solicitações, constitui-se como a unidade pertencente ao centro de saúde de Oliveira do Hospital que é responsável pela saúde escolar tendo abrangência em 30 escolas do concelho, sendo que 12 são Jardins de Infância (onde se incluem as escolas que são Instituições Particulares de Solidariedade Social); 11 são Escolas Básicas do 1.º Ciclo; uma Escola Básica do 1.º e 2.º Ciclo; duas

Escolas Básicas do 3.º Ciclo e uma escola Básica do 3.º Ciclo e Ensino Secundário, distribuídas pelo concelho de Oliveira do Hospital. Todas estas escolas são pertencentes ao Agrupamento de Escolas de Oliveira do Hospital, com sede em Oliveira do Hospital. Uma das escolas de abrangência da UCC Pinheiro dos Abraços é a escola profissional Eptoliva (Escola Profissional de Oliveira do Hospital, Tábua e Arganil). O polo de Oliveira do Hospital local onde foi realizado o estudo, é constituída por cerca de 180 alunos, 40 Professores, entre professores do quadro da instituição e prestadores de serviços. A escola possui também 1 psicóloga, uma professora de educação especial/inclusiva e 6 auxiliares de ação educativa. A Eptoliva comporta também o polo de Tábua e Arganil, mas os mesmos encontram-se fora da abrangência da atuação da UCC Pinheiro dos Abraços. O foco do nosso estudo, baseia-se no polo de Oliveira do Hospital, por ser o polo de abrangência da UCC Pinheiro dos Abraços, e por ser um estabelecimento de ensino, que à semelhança de outros e pelo que acima foi elencado, possui uma população com uma faixa etária onde existe, a probabilidade da exposição a fatores de risco. Dada a constatação do aumento das prevalências e consequências relacionadas com consumos e adições em adolescentes assume-se esta problemática como uma prioridade de intervenção na área da promoção e prevenção dos comportamentos de risco. A instituição Eptoliva, não possui à data, dados sobre a temática em estudo, desta forma esperamos vir a obter e partilhar, dados concretos sobre a prevalência, com vista a futuras intervenções.

2.1.1- Consumos e adolescência

A adolescência é um período caracterizado por descobertas, interação com parceiros sociais e vulnerabilidade. Neste período, os adolescentes enfrentam influências complexas que, por vezes, as mudanças biológicas sociais e psicológicas aumentam a probabilidade de consumos e adições (Rehm et al., 2019). Segundo Steinberg (2008), esta fase da vida é permeada por múltiplas vivências e oportunidades, mas também consiste num período caracterizado pela vulnerabilidade, com uma grande transformação ao nível cerebral, que permite a aquisição de novas habilidades e aumenta a suscetibilidade a influências externas. De acordo com todas estas alterações a fase da adolescência é uma fase rica e um período que é fértil para o início do consumo de substâncias como álcool, tabaco e drogas ilícitas, bem como outras adições, que se podem evitar, tornando-se desta forma um desafio significativo para os próprios, mas também para os agentes em saúde especialmente os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária (Rehm et al., 2019).

Dois dos comportamentos de risco que mais afetam os adolescentes são o consumo de substâncias e o jogo patológico que atualmente imergem como dois fatores que requerem a nossa preocupação que apresentam desafios aos profissionais de saúde e a sociedade como um todo. O consumo de substâncias entre adolescentes é uma preocupação atual e globalizada, é claro que os números que retratam a prevalência variam de acordo com o país, a cultura e as políticas de saúde instituídas (Zachar et al., 2022).

Algumas das substâncias mais comuns associadas aos adolescentes incluem álcool, tabaco, canábis, drogas ilícitas e medicamentos prescritos sem indicação médica. O consumo de substâncias é hoje assumidamente uma problemática global em termos de saúde pública e que impacta de forma premente a vida de muitos adolescentes (Zachar et al., 2022). O tabaco, o álcool e as drogas ilícitas estão entre os 20 principais fatores de risco para a saúde identificados pela OMS (Rehm et al., 2019). As substâncias psicoativas podem ser classificadas em estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC), depressores e alucinogénios (Zapata et al., 2021). Existem muitos tipos de perturbações que ocorrem devido à utilização destas substâncias. De acordo com o DSM-V, as perturbações relacionadas com o consumo de substâncias são classificadas como perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, intoxicação e abstinência induzidas por substâncias e perturbações mentais induzidas por substâncias. A perturbação por consumo de substâncias é um padrão desadaptativo de consumo de substâncias que conduz a uma perturbação ou angústia significativa (Zapata et al., 2021). Todos os grupos etários, ambos os sexos e todas as pessoas de qualquer estatuto socioeconómico podem ser afetados pelo consumo de substâncias. No entanto, os adolescentes são mais vulneráveis a problemas de consumo de substâncias. Este período é fundamental para a saúde mental do ser humano, uma vez que qualquer coisa ofensiva, incluindo substâncias psicoativas, pode afetar o desenvolvimento normal (Oguntayo et al., 2020). A parte cognitiva do cérebro, que é a principal responsável pelo controlo dos impulsos, pelo pensamento, pelo planeamento e pela tomada de decisões, é suficientemente imatura para reconhecer os comportamentos úteis e prejudiciais quando o indivíduo atinge, pelo menos, a idade de 18 anos (Oguntayo et al., 2020). Esta imaturidade predispõe a experimentar novos comportamentos, quer sejam prejudiciais ou úteis, devido à falta de discernimento. O mesmo acontece com o consumo de substâncias psicoativas (Oguntayo et al., 2020).

O estudo revelado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2020), no inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional (DDN), mostrou taxas de 35% em experimentação de qualquer substância ilícita e 27,9% de consumo recente de qualquer substância ilícita em jovens com 18 anos. Este grupo

etário apresenta alterações comportamentais, de percepção e fatores de risco relativamente ao uso de substâncias psicoativas, uma prática de risco com efeitos negativos no seu desenvolvimento (Enriquez-Guerrero et al., 2021). Uma substância psicoativa é uma substância consumida para alterar a forma como as pessoas pensam, se comportam ou se sentem, incluindo o tabaco, o álcool e outras substâncias (Enriquez-Guerrero et al., 2021).

Álcool e tabaco

No que se refere ao tabaco e álcool, entre os adolescentes, são frequentemente as primeiras substâncias psicoativas experimentadas, com o consumo de drogas ilícitas também com uma presença e aumento preocupante em alguns contextos. Segundo o SICAD (2021) no conjunto de todas as regiões do território nacional, o tabaco é a segunda substância psicoativa mais consumida. O consumo de tabaco no jovem surge com elevados valores de consumo por via de questões sociais, mas também por interferir, com os sistemas dopaminérgicos que são reorganizados de uma forma intensa no cérebro do adolescente, com uma diminuição dos níveis de dopamina nas estruturas cerebrais, precipitando comportamentos de alto risco com vista a compensar o vazio dopaminérgico existente (Chambers et al., 2003). Segundo a pesquisa realizada pela *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS, 2017), aproximadamente 11% dos estudantes com idades entre 13 e 15 anos em todo o mundo relataram ter usado produtos derivados do tabaco.

Quanto ao álcool e segundo a WHO (2014) o consumo de álcool entre adolescentes e jovens adultos está a aumentar a nível mundial. Um estudo realizado por Guxens et al. (2014) demonstrou que o consumo de álcool em adolescentes associa-se a um risco significativo de futuramente existirem problemas de saúde associado a problemas sociais. Atualmente entre os adolescentes, para além da embriaguez severa, é consensual o surgimento do novo fenómeno de consumo de álcool denominado de *binge drinking*. O *binge drinking* assume-se como um tipo de consumo de álcool que apresenta uma forma excessiva e que decorre num curto período e que se caracteriza pelo consumo de elevadas quantidades de álcool num único momento ou ocasião (Guxens et al., 2014). A ingestão rápida de várias doses de álcool neste curto espaço de tempo resulta normalmente em episódios de intoxicação aguda, um comportamento associado a riscos elevados para a saúde normalmente com grande associação a acidentes de viação, problemas familiares e violência e consequências para o jovem a longo prazo que incluem doença hepática e doença cardiovascular (Guxens et al., 2014). As prevalências de consumo “*binge drinking*” e de embriaguez severa nos últimos 12

meses foram de 10% e 5% nos 15-74 anos (17% e 9% dos consumidores), e de 11% e 7% nos 15-34 anos (22% e 14% dos consumidores) (SICAD, 2021).

Segundo McCambridge et al. (2011), o *binge drinking* está associado a indivíduos com maior probabilidade de desenvolver problemas sociais, económicos e problemas de saúde. Este acontece normalmente em contextos sociais, associados a festas ou eventos, esta associação entre consumo binge e festas ou eventos, está de certa forma associado à necessidade de afirmação dos jovens em termos sociais, o que pode levar a consequências adversas, incluindo comportamentos de risco, comprometimento cognitivo e desempenho negativo nas atividades e compromissos que são assumidos pelo jovem. Outro estudo mostrou que o *binge drinking* entre adolescentes pode afetar negativamente o desenvolvimento cognitivo e proporciona um aumento do risco de desenvolver uma dependência de álcool no futuro, estando também associado ao aumento de problemas de saúde mental (O'Malley & Johnston, 2002). Relativamente aos comportamentos de risco acrescido, verifica-se a nível nacional uma tendência de ligeiro agravamento no consumo binge nos últimos 12 meses e no consumo diário de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias (SICAD 2021).

Não sendo o panorama nacional homogêneo e embora esta seja uma substância com elevada prevalência de consumo em todas as regiões do país, em contraposição e segundo o SICAD (2021), entre os jovens de 18 anos, no que ao consumo de álcool diz respeito, a tendência nacional é de estabilização, seja ao nível do consumo ao longo da vida, último ano e nos últimos 30 dias. Em relação ao álcool, a Pesquisa Global sobre o Uso de Álcool e Drogas [Global School-Based Student Health Survey (GSHS), 2016] mostrou que cerca de 39,3% dos estudantes com idades entre 13 e 15 anos relataram ter consumido álcool no último mês.

Substâncias ilícitas

O consumo de substâncias ilícitas, na adolescência, constitui um problema de saúde pública, os adolescentes encontram-se mais suscetíveis a influências ao nível social, por motivos relacionados com a saúde mental, por fuga aos problemas e por curiosidade (Enriquez-Guerrero et al., 2021). Como já vimos, os adolescentes sofrem uma elevada influência dos seus pares e esta influência desempenha um papel significativo, uma vez que estes sentem a necessidade de fazer parte de um grupo e de ser aceite pelo seu grupo de pares, esta necessidade de aceitação poderá fazer com que se sintam pressionados no sentido de consumirem drogas ilícitas como um “ritual” de entrada e estratificação no grupo de pares (Enriquez-Guerrero et al., 2021).

Associando estes fatores a uma insegurança da personalidade que é reconhecida como sendo característica desta fase, toda esta pressão social, desempenha um papel

significativo, o que pode fazer com que os adolescentes se sintam pressionados a experimentar estas drogas. Em áreas onde o acesso, a oportunidades é limitado, o consumo de drogas ilícitas pode ser uma forma de escapar a uma realidade socioeconómica desafiadora durante a adolescência, o cérebro está em desenvolvimento, e os adolescentes podem procurar com isto experiências emocionais intensas, que durante um período de tempo os retirem dessa mesma realidade (Fernández Cruz et al., 2016). As drogas ilícitas podem oferecer sensações de alteração e euforia, o que pode ser atraente para alguns jovens que possam procurar estas emoções. Este consumo que inicialmente poderá ser inocente e impulsionado por situações de experiência e curiosidade, traz consigo um problema maior e que se reflete a longo prazo, pois segundo o estudo realizado por Gray e Squeglia (2018), o consumo de substâncias pelos adolescentes passa pela experimentação em formas reduzidas e precoces do consumo de substâncias, até padrões de consumo mais pesados e de maior risco. É reconhecido que o consumo de substâncias tem riscos que são significativos, o consumo pode interferir naquilo que é o desenvolvimento cerebral que se encontra em desenvolvimento nesta fase, afetando drasticamente as funções emocionais e cognitivas do adolescente, havendo também estudos que indicam que quanto mais precoce for a exposição ao consumo maior poderá vir a ser nível dependência futuramente.

Outros fatores considerados de risco, são também, os ambientes familiares pouco estáveis associados muitas vezes a falta de supervisão e até ambientes onde exista uma ausência de acompanhamento, atenção e comunicação com o adolescente de uma forma aberta e constante (Fernández Cruz et al., 2016; Vellozo, et al., 2023). A ausência desta abertura e possibilidade do adolescente colocar os seus problemas e ansiedades, pode aumentar significativamente a pressão que o mesmo sente no seu dia a dia. Devido à soma de todos estes fatores de pressão que estão associados a esta fase, muitas destas substâncias podem-se afigurar, como substâncias que possam temporariamente aliviar o *stress* e a ansiedade sentidos pelo adolescente. Segundo o estudo realizado por Gray e Squeglia (2018) as alterações neurobiológicas e sociais que são subjacentes a esses complexos processos de desenvolvimento, podem predispor os adolescentes a iniciar o uso de substâncias, desenvolver transtornos por uso de substâncias e experimentar consequências adversas potencialmente graves e duradouras relacionadas com a substância consumida.

A canábis é a substância psicoativa ilícita mais usada no mundo e desempenha um papel fundamental naquilo que se pode considerar uma forma de fuga aos problemas, por outro lado vista como uma forma de afirmação e um alívio desta ansiedade sentida pelo adolescente (Hammond et al., 2020). Neste sentido, em Portugal a prevalência desta

substância ao longo da vida é de 9,7% na população geral (15-74 anos) e de 15,1% na população jovem (15-34 anos) (SICAD, 2019). Os riscos são então considerados significativos, a juntar todos estes riscos enumerados, surgem ainda as consequências que os consumos substâncias ilícitas trazem como queda no desempenho escolar conflitos no seio familiar e problemas legais associados à ilicitude deste tipo de substâncias (Levine et al., 2017; SICAD, 2019; Hammond et al., 2020).

A desinformação dos adolescentes pode fazer com que os mesmos não estejam completamente cientes dos riscos que são associados aos consumos de drogas ilícitas, sendo que a educação para a saúde, é uma peça fundamental na informação e no adicionar de competências sobre esta área aos adolescentes, evitando que os mesmos tomem decisões imprudentes. O aumento da literacia em saúde que foi a aposta nos últimos anos poderá começar agora a ter os seus primeiros resultados pois, segundo o SICAD (2021) e contrariamente ao que vinha acontecendo em território nacional, nos últimos anos, o consumo de drogas ilícitas entre os jovens de 18 anos não só não aumentou como inclusivamente decresceu em 2021, antevendo uma inversão da tendência nacional. Uma problemática sentida quando da avaliação do consumo de substâncias entre os jovens em geral é por outro lado a presença de uma tendência de consumo de tranquilizantes e sedativos, os quais não é possível apurar se são consumidos mediante prescrição médica. O estudo realizado por Keyes et al. (2013) observou um crescimento no uso indevido de benzodiazepinas em adolescentes, com implicações no desenvolvimento e para a saúde mental. Além disso, a pesquisa de Martins et al. (2020) reforça que o uso inadequado de tranquilizantes conduz a uma forte possibilidade de futura dependência associada a problemas psicossociais. Por outro lado e em sentido contrário, de acordo com o SICAD, o consumo de tranquilizantes/sedativos sem prescrição médica por parte dos jovens de 18 anos, revela uma tendência nacional de relativa estabilidade, sendo que, entre 2015 e 2021, as prevalências pouco têm variado colocar aqui as prevalências (SICAD 2021). Vellozo et al. (2023), estimaram a prevalência do uso de substâncias psicoativas por adolescentes de escolas públicas da região centro-oeste da Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, ficando a amostra constituída por 1460 alunos, 716 (49%) do sexo masculino, com idade entre 10 e 19 anos ($13,19 \pm 2,04$ anos) e mostrou que a prevalência do consumo de substâncias psicoativas no último mês foi de 51% para os analgésicos; 48,8% para o álcool; 37,3% para o tabaco; 30,8% para os tranquilizantes; 23,1% para a marijuana; 22,6% para os esteroides anabolizantes; 21,6% para ecstasy; 15,3% para anfetaminas/estimulantes; 13,4% para fenciclidina; 12,9% para cocaína/crack; 12,6% para inalantes/solventes; 11,5% para opiáceos; 11,4% para alucinogénios e 16,2% para outras drogas não classificadas. Os alunos do ensino

básico e secundário tinham maior probabilidade de consumir tabaco e os alunos do sexo masculino apresentaram maior probabilidade de consumir qualquer tipo de substância. As evidências deste estudo revelam um elevado uso de substâncias psicoativas entre os participantes deste estudo, com maior prevalência entre os alunos do sexo masculino (Vellozo et al., 2023).

Desta forma o entendimento sobre estes padrões de consumo afigura-se como crucial no desenvolvimento estratégias de prevenção e educação para a saúde que sejam eficazes, e direcionadas aos consumos indicados pelos adolescentes.

Jogo patológico e adolescência

Desde há muito que o jogo é uma patologia que assola a nossa sociedade, ultimamente derivado daquilo que foi o avanço na digitalização da sociedade e o impacto que teve na mesma, as formas de jogo estão cada vez mais acessíveis e disponíveis muitas vezes sem possibilidade de controlo (Livazović & Bojčić, 2019). Atualmente, o uso considerado problemático dos jogos eletrónicos e apostas *online* em todas as faixas etárias, mas em especial na adolescência, surge como uma preocupação crescente. De acordo com Griffiths (2018), a adição em jogos eletrónicos e a compulsão por apostas *online* podem trazer consequências para o indivíduo, tais como isolamento social e redução da performance académica. O desenvolvimento da tecnologia gerou novas formas de jogo a dinheiro através da *Internet*, do telemóvel e da televisão interativa (Griffiths & Parke 2010). Presentemente, a grande panóplia de formas de jogo que podem ser praticadas pelos adolescentes de forma legal e ilegal tornam-se um problema que afetam não só a sociedade portuguesa, mas também a sociedade global. Desta forma, o jogo patológico quer seja *online* quer seja *offline*, assume-se como uma forma de comportamento aditivo, que afeta grandemente e de forma cada vez mais presente os adolescentes e o seu desenvolvimento ao longo do ciclo vital (Livazović & Bojčić, 2019). Estudos internacionais têm demonstrado consistentemente, que o jogo a dinheiro faz parte das experiências de vida da maioria dos jovens (Hayer & Griffiths 2014).

Numa investigação realizada por Livazović e Bojčić (2019), com a aplicação do *Canadian Adolescent Gambling Inventory* numa amostra de 366 adolescentes, 239 do sexo feminino (65,3%), os rapazes relataram consequências do jogo significativamente mais elevadas em todas as escalas e um comportamento de risco significativamente maior. A idade foi significativa para as consequências psicológicas, para o jogo patológico e para o comportamento de risco, com os participantes mais velhos a obterem pontuações mais

elevadas. Os estudantes com menor sucesso escolar relataram consequências psicológicas do jogo significativamente mais elevadas, maior atividade de comportamento de risco e menor satisfação com a vida familiar (Livazović e Bojčić, 2019). As consequências psicológicas, financeiras e sociais foram positivamente correlacionadas com o jogo patológico. A idade, o sexo, o sucesso escolar e o nível de escolaridade do pai foram preditores significativos do jogo patológico, sendo que os adolescentes mais velhos do sexo masculino que têm dificuldades acadêmicas e têm pais com menor escolaridade estão em maior risco de jogo patológico. Os resultados indicam uma relação importante entre o comportamento de jogo dos adolescentes e consequências psicológicas, sociais e financeiras muito graves. Existe uma constelação de fatores de risco que provavelmente colocam certos adolescentes em risco elevado de jogo patológico (Livazović & Bojčić, 2019).

Face a esta realidade, é objetivo deste trabalho obter uma visão da realidade deste tipo de comportamentos em adolescentes de Oliveira do Hospital que, hoje em dia, é ainda difícil de conseguir mensurar, o que parece prender-se com a complexidade de se conseguir apurar todas as formas de jogo por parte dos adolescentes, que existem atualmente no mercado. É consensual na maior parte dos estudos, que a exposição precoce a jogos de azar pode contribuir para o desenvolvimento de problemas de jogo mais graves na idade adulta (Dowling et al., 2017; Livazović & Bojčić, 2019). Apesar de a literatura sobre a prevalência do jogo patológico em adolescentes se afigure mais limitada em comparação com o consumo de substâncias, a preocupação com esta realidade tem aumentado ao longo dos anos, nesta população.

Em suma, não existe ainda uma abordagem à problemática do jogo por parte dos adolescentes tão estruturada ou semelhante à utilizada para o consumo de substâncias, o que poderá trazer consigo consequências futuras, dado o panorama relativo à adição ao jogo entre adolescentes.

A corroborar, Armitage (2021) refere que, embora o jogo a dinheiro entre adultos tenha sido identificado como um problema público urgente, nos adolescentes tem sido pouco estudado e negligenciado. Em 2019, 11% dos adolescentes de 11-16 anos no Reino Unido afirmaram ter gasto dinheiro em atividades de jogo nos últimos 7 dias e 36% relataram ter feito isso nos 12 meses anteriores. A prevalência de adolescentes na faixa etária entre os 11 e os 16 anos expostos a anúncios de jogos de azar *online*, patrocínios e *marketing* direto continua a aumentar e conduz a uma participação em atividades de jogo (em 2019, 7 % deste grupo etário relatou já ter jogado *online*). Quase metade da atividade de jogo *online* neste grupo etário ocorre através de aplicações móveis, o que se tornou possível pela adoção

generalizada de *smartphones* entre esta população (Armitage, 2021). Os jogos de azar, como os jogos de casino, estão a tornar-se cada vez mais comuns em aplicações, videojogos em *websites* não licenciados e alguns adolescentes gastam o dinheiro que os pais lhes dão especificamente em jogos de azar. O impacto da COVID-19, que reduziu o acesso físico às salas físicas de jogo, prece ter aumentado ainda mais a prevalência de tais comportamentos (Armitage, 2021).

O jogo patológico, ou jogo compulsivo, é sem dúvida uma questão de saúde pública na adolescência, os fatores que podem contribuir esta prevalência, estão associados a questões culturais, geográficas, acesso a meios digitais e questões relacionadas com a disponibilidade de jogos de azar *online* e *offline* (Armitage, 2021). De acordo com um estudo conduzido por Calado et al., (2017), são considerados como fatores de risco para estes comportamentos, a fácil disponibilidade de formas de jogo e o acesso fácil a sites de apostas online que por sua vez podem influenciar negativamente a propensão dos adolescentes ao jogo patológico. Noutro estudo realizado por Calado et al. (2019), a associação entre o jogo patológico e os problemas emocionais e comportamentais é particularmente notável entre os adolescentes, destacando a importância de intervenções preventivas eficazes. A facilidade de acesso que muitas vezes não é controlada nem pelos tutores nem por meios legais ainda existentes, leva a um acesso fácil a jogos de azar *online*, sendo que a publicidade existente e não regulada, relacionada com o jogo pode aumentar o risco de desenvolvimento de problemas de jogo entre os jovens.

Fontes de informação consultadas pelos adolescentes

Atualmente os adolescentes, possuem uma relação muito forte com a Internet e com fortes influências sociais, de acordo com Gray e Squeglia (2018), os padrões de uso de substâncias pelos adolescentes, têm vindo a evoluir, baseados nos comportamentos dos pares, ausência de políticas públicas concretas, internet, disponibilidade de substâncias e outras variáveis. Desta forma e sendo o acesso à Internet generalizado e existindo uma ampla gama de recursos on-line e com o surgimento de novas substâncias e pressões para o consumo, os adolescentes tornam-se, então, utilizadores bastante ativos, sendo a pesquisa online, uma das fontes principais de pesquisa de informação sobre diversos assuntos, havendo hoje uma panóplia e grande preponderância ao nível daquilo que são as questões e dúvidas que os adolescentes têm sobre os consumos, sejam eles relacionados com substâncias quer com o jogo (Gray & Squeglia, 2018).

Ao nível das redes sociais estas desempenham também um papel fundamental naquilo que é a busca de informação pelos adolescentes sobre substâncias e consumos. Existe atualmente, e com grande expressão, o fenómeno dos “*influencers*” e celebridades, que fazem recomendações de produtos, sejam eles por exemplo substâncias, tendências e consumo de produtos, ou celebridades que estão associadas a marcas que possam incentivar ao jogo quer seja dinheiro quer seja *online* (Gray & Squeglia, 2018; Armitage, 2021). Muitas destas celebridades que vêm das mais diversas áreas partilham também com o seu público as suas experiências de consumos, possibilitando também aos seus seguidores a colocação de questões e troca de informação sobre estes. Num estudo desenvolvido por Williams e Page (2011), as redes sociais são potenciadoras de um ambiente no qual os adolescentes estão expostos constantemente a representações de carácter visual de produtos, o que influencia de certa forma suas atitudes e preferências. Atualmente os adolescentes por via dos meios digitais possuem um acesso constante à vida quotidiana destes influenciadores sendo este acesso promovido pelos mesmos, criando uma sensação de confiança nos adolescentes que visualizam estes conteúdos, desta forma muitas vezes os adolescentes confiam nas recomendações e opiniões sobre produtos e tendências colocadas nas plataformas digitais pelos influenciadores (Williams & Page, 2011; Gray & Squeglia, 2018; Armitage, 2021). Segundo Smith & Johnson (2020), a confiança e a verdade transmitida pelos influenciadores e a conexão que os mesmos estabelecem com os seus seguidores pode resultar num impacto significativo nas decisões de consumo dos adolescentes.

Sabe-se que os adolescentes são particularmente vulneráveis, em comparação com crianças e adultos, ao iniciar o consumo de substâncias o que tem como consequência em muitos casos a progressão para um consumo considerado problemático (Gray & Squeglia, 2018). Deste modo, os amigos e os colegas podem representar um papel importantes nas decisões que os adolescentes tomam relativamente aos consumos. Por outro lado, se já existir risco ou exposição aos consumos por parte dos pares, esta partilha de informação poderá levar à iniciação e progressão de um consumo que possa vir mais tarde a considerar-se problemático (Gray & Squeglia, 2018). É, desta forma, frequente que os adolescentes recorram muitas vezes aos seus amigos e colegas mais próximos sendo esta uma fonte de obtenção de informação sobre consumos discutindo as experiências e procurando opinião dos seus pares.

A relação entre publicidade televisiva e o consumo entre os adolescentes tem sido objeto de estudo e debate ao longo das últimas décadas. A televisão, como um meio de comunicação de massas, tem ela própria um papel fundamental e de real impacto na vivência e escolhas dos jovens, com grande influência não apenas seus hábitos mas também

relativamente às suas escolhas de consumo. A publicidade, inserida nos intervalos comerciais e frequentemente enraizada em estratégias de marketing eficazes, exerce uma influência substancial sobre os adolescentes, impactando suas percepções, preferências e decisões de compra (Livazović & Bojčić, 2019). Pesquisas revelam que a publicidade televisiva pode moldar as atitudes dos adolescentes em relação a produtos e marcas, muitas vezes criando uma conexão emocional entre eles e os produtos promovidos. Isso ocorre porque a publicidade é projetada para envolver os espectadores, usando elementos visuais e narrativas persuasivas para despertar interesse. O estudo de Primack et al. (2017) revela que a exposição a publicidade de álcool na televisão está associada a um aumento da probabilidade de consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens. O marketing está então relacionado com a associação que os jovens fazem entre os produtos anunciados e os estilos de vida percebidos como positivos, que são então depois por eles desejados, o que pode impactar de uma forma profunda as decisões de consumo tomadas pelos adolescentes (Primack et al., 2017). Além disso, a televisão oferece aos adolescentes uma exposição constante a produtos e serviços, normalizando certos padrões de consumo. Como observado por Johnson e Lennon (2014), há referência que a exposição de forma repetida a determinadas marcas e produtos através da publicidade especialmente na televisão contribui grandemente para formação de gostos e preferências que são duradouras, tornando-se hábitos de consumo entre os adolescentes. É importante frisar que a publicidade televisiva, não apenas molda as atitudes e comportamentos dos adolescentes, mas também pode afetar suas percepções sociais. O estudo de Smith e Foxcroft (2009) reforça que a exposição à publicidade de álcool na televisão está positivamente associada ao consumo de álcool entre os adolescentes. A publicidade televisiva pode levar a uma percepção do adolescente a sentir-se inclinado a experimentar estes comportamentos, por via de um entendimento de que são corretos e socialmente aceites, por via de como é percebida mensagem pelo adolescente e conforme é publicitado, estando associado também, a múltiplos fatores que fazem parte da vivência própria do adolescente (Vawdon & Livingstone, 2020). Em termos de fatores que possam atenuar e potenciar ganhos em saúde nestes casos, o estudo desenvolvido por Vawdon e Livingstone (2020), indica-nos que adolescentes com maior literacia tendem a ser mais críticos em relação à publicidade, compreendendo as estratégias persuasivas e sendo capazes de tomar decisões de consumo mais informadas. A publicidade exerce, então, uma influência considerada substancial sobre o consumo entre os adolescentes, direcionando e moldando as suas intenções de consumo, esta interação considerada complexa, é influenciada por fatores que são intrínsecos ao indivíduo, fatores sociais e fatores culturais (Vawdon & Livingstone, 2020).

A abordagem realizada ao adolescente na promoção da literacia em saúde direcionada ao adolescente, deve também incluir e possibilitar a discussão sobre a capacitação dos adolescentes para interpretar criticamente as mensagens e solicitações publicitárias e dos influenciadores digitais por forma a permitir tomadas de decisão consumo mais conscientes. Desta forma torna-se portanto essencial, que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, realize uma correta preparação das suas sessões de intervenção na sua comunidade escolar, com tendo em conta todos estes fatores, com vista a direcionar as sessões, de acordo com aquilo que são as necessidades dos adolescentes, tornando-se para além dos pais responsáveis e educadores um orientador na procura de saúde e um empoderador do seu conhecimento ajudando o jovem a tomar decisões informadas sobre consumos.

Empoderamento da comunidade escolar

O empoderamento da comunidade escolar desempenha um papel crucial na prevenção do consumo de substâncias e do jogo patológico entre adolescentes, tendo em vista uma abordagem holística e integrada aos problemas de consumo e saúde dos adolescentes. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve fornecer orientações baseadas em evidências científicas e de acordo com o planeamento em saúde, desempenhando um papel vital na promoção da procura de saúde e prevenção dos comportamentos de risco, englobando todos os agentes intervenientes no processo (Vassallo et al., 2023). Denny et al. (2011) afirmam, que a colaboração entre educadores e profissionais de saúde proporciona uma visão mais abrangente da saúde dos adolescentes. Desta forma a articulação entre estes diversos profissionais que intervêm na comunidade escolar, pode ser uma rede de apoio na qual os jovens devem sentir o conforto e confiança em colocar as suas questões e os seus problemas, sendo o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária um porto de abrigo, tendo por base uma relação de confiança construída ao longo do tempo e a confidencialidade, sempre com uma perspetiva de ajuda e de empoderamento do jovem (Denny et al., 2011).

O empoderamento começa então pelo fornecimento de informações precisas, direcionadas e compreensíveis sobre os riscos que estão associados ao consumo de substâncias e ao jogo patológico em jovens adolescentes, colocando o adolescente no centro de decisão, mas empoderado pela informação por nós veiculada (Vassallo et al., 2023). Ao abordar essas questões sensíveis de forma abrangente e colaborativa, a comunidade escolar, pode ser essencial e desempenhar um papel de extrema importância na promoção de

escolhas saudáveis e na redução dos riscos associados ao consumo de substâncias e ao jogo problemático. O empoderamento da comunidade escolar também é benéfico para o ambiente relacional e cultural e pode, acima de tudo, contribuir para a promoção da saúde mental dos adolescentes. Ao ser criado um ambiente baseado no apoio emocional e que possibilite fornecer recursos, com vista a lidar de uma forma mais positiva com fatores como problemas pessoais, dúvidas, incertezas, *stress* ansiedade e depressão, possibilitando aos adolescentes lidarem de uma maneira mais positiva com estes desafios (Vassallo et al., 2023). Segundo Pachankis et al. (2019), ações que visam a intervenção ao nível escolar que possam promover um ambiente de aceitação e inclusão, beneficiam largamente a saúde mental dos adolescentes. A escola ao criar um espaço de aceitação e inclusão e sendo também um espaço que possibilite a discussão sobre este tema, pode capacitar os adolescentes na tomada de decisões mais informadas nas temáticas que os preocupam. A consciência sobre a problemática da saúde mental e a percepção dos adolescentes relativamente à disponibilidade de recursos é fundamental para o empoderamento desta população (Pachankis et al., 2019).

Franz et al. (2018) também identificam as parcerias comunitárias como um processo que melhora a comunicação entre organizações e pessoas dentro das comunidades para tornar os objetivos coletivos mais claros e mais comumente compreendidos. A rede alargada de parcerias e de apoio segundo Melo (2019) deve envolver os agentes em verdadeiras parcerias comunitárias traduzindo-se numa mais vasta aceitação e dinâmica relativa à intervenção, possibilitando a melhor prática em projetos de intervenção comunitária, apesar dos muitos desafios, obstáculos, e dificuldades em fazê-lo.

Outro fator de extrema importância naquilo que é a capacitação da comunidade escolar é o envolvimento dos pais, sendo esta área uma área a ser trabalhado pelo enfermeiro especialista em saúde comunitária, visando a comunicação aberta entre a escola e a família, de forma a reforçar as mensagens que visam a prevenção dos riscos (Tremblay et al., 2022). Este tipo de relação pode visar atividades como, palestras, sessões de esclarecimento e materiais educativos direcionados aos pais, que visem a sua capacitação na relação com os adolescente e no reconhecimento de sinais precoces de consumo de substâncias ou jogo, permitindo desta forma intervenções mais céleres e atempadas, com vista à redução do risco.

Assim, este estudo tem como objetivos determinar a prevalência do consumo de substâncias e de adição ao jogo em adolescentes da Escola Profissional Eptoliva Pólo de Oliveira do Hospital do 3º ciclo e identificar fatores associados com o consumo de substâncias e jogo na referida amostra.

2.2 - Metodologia

A metodologia que foi adotada na realização deste estudo, seguido uma abordagem tendo em conta o planeamento em saúde, baseou-se num estudo transversal analítico, numa escola profissional do concelho de Oliveira do Hospital, onde foi estudada uma amostra de 133 adolescentes a frequentar entre o 10^o e o 12.^o ano de escolaridade, do ensino secundário profissional.

2.2.1- Justificação do Tema

A escolha deste tema de pesquisa, assume relevante importância pelo motivo da inexistência de estudos que espelhassem a realidade dos consumos e do jogo patológico na população de Oliveira do Hospital, permitindo futuramente, implementar intervenções baseadas em evidência pelos profissionais da UCC Pinheiro dos Abraços. A adolescência é definida pela OMS (1986) como sendo uma fase que é marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, que se manifesta através de transformações anatómicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Sendo esta uma fase de grande desenvolvimento no jovem, é também uma fase onde normalmente surgem problemas relacionados, quer com experiências vivenciadas, quer com o encarar das dificuldades do presente e as incertezas do futuro.

Na adolescência, como forma de escape e forma de enfrentar essa pressão e incerteza, o indivíduo, pode estar mais predisposto a adotar comportamentos de risco, com especial incidência em consumos e adições, como uma forma de ultrapassar problemas, ansiedades e aceitação social, trazendo a adolescência, grandes alterações e uma janela para comportamentos que podem ser prejudiciais à saúde.

Com este estudo pretendemos perceber a realidade ao nível dos consumos e adições e fatores de risco vivenciados pelos alunos da Eptoliva, numa fase pré-intervenção em saúde comunitária, para posteriormente planearmos as intervenções baseadas nos resultados / necessidades. O diagnóstico da população realizado pré intervenção, afigura-se como essencial com vista à obtenção dos objetivos propostos nas intervenções, resultando em ganhos em saúde na comunidade escolar.

Assim, elaborámos as seguintes questões de investigação: - Qual a prevalência de comportamentos aditivos em adolescentes da Escola Profissional Eptoliva Pólo de Oliveira do

Hospital do 3º ciclo? - Quais os fatores associados com o consumo de substâncias e jogo na referida amostra? Para tal definimos como objetivos determinar a prevalência do consumo de substâncias e de adição ao jogo em adolescentes da Escola Profissional Eptoliva Pólo de Oliveira do Hospital do 3º ciclo e identificar fatores associados com o consumo de substâncias e jogo na referida amostra. Posteriormente e com base nos resultados o objetivo passará por direcionar as sessões e empoderar os jovens para o conhecimento, das substâncias e adições que existem atualmente no mercado. A aposta passará também pelo esclarecimento de dúvidas e conhecimento do processo fisiológico, decorrente destas mesmas adições. A intervenção tentará melhorar a perceção da forma como estes problemas se instalam e a dificuldade que os indivíduos sentem quer seja na própria adição, quer seja nos problemas financeiros sociais e fisiológicos que as mesmas provocam, numa fase do ciclo vital, em que poderemos ser mais suscetíveis por via de todas essas mudanças e desafios que a adolescência coloca.

2.2.2- Amostra

A amostra do presente estudo, é uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 133 alunos da escola profissional Eptoliva de um universo de 180 alunos, abrangendo as turmas do 10º, 11º e 12º ano, com uma média de idades de $17,81 \pm 1,24$ anos.

Caracterização sociodemográfica da amostra

No total da amostra, a maioria dos adolescentes é do género masculino (65,9%), prevalecendo no total da amostra os estudantes com mais de 18 anos (56,6%). Quanto ao estado civil dos pais, verifica-se que no total da amostra prevalecem os adolescentes cujos pais são casados (58,9%), seguindo-se os que os pais são divorciados (24,8%), os casais em união de facto surgem com 7,8%, existindo uma percentagem de 4,7% de pais solteiros e 3,9% de viúvos. Relativamente às habilitações literárias dos pais, verifica-se que no total da amostra prevalecem os adolescentes cujas mães possuem o ensino secundário (39,8%), seguido do 3º ciclo (27,3%), a escolaridade das mães ao nível do 1º e 2º ciclo é semelhante com valores de 9,4% e 10,2% respetivamente, seguidos das mães que possuem licenciatura (8,6%), terminando com a percentagem de mães que possuem mestrado, doutoramento ou outro com (4,7%), (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

	Género				Total
	Feminino		Masculino		
	n (44)	% (34,1%)	n (85)	% (65,9%)	
Idade					
<18 anos	22	50,0	34	40,0	56 (43,4%)
≥ 18 anos	22	50,0	51	60,0	73 (56,6%)
<i>média</i>	<i>17,57±1,15 anos</i>		<i>17,93±1,31 anos</i>		<i>17,81±1,24 anos</i>
Estado civil dos pais					
Solteiro	2	4,5	3	3,7	5 (4,0%)
Casado/União facto	29	65,9	55	67,1	84 (66,7%)
Separado/divorciado/viúvo	13	29,5	24	29,3	37 (29,4%)
Escolaridade dos pais					
1º ciclo	4	9,5	7	8,4	11 (8,0%)
2º ciclo	5	11,9	8	9,6	13 (10,4%)
3º ciclo	12	28,6	23	27,7	35 (28,0%)
Secundário	16	38,1	34	41,0	50 (40,0%)
Ensino superior	5	11,9	11	13,3	16 (12,8%)

Podemos ainda referir que a idade média da mãe dos adolescentes é de $46,65 \pm 5,41$ anos, apresentando uma idade mínima de 32 anos e a idade máxima de 65 anos, enquanto a idade média dos pais dos adolescentes é ligeiramente superior $48,96 \pm 6,36$ anos com uma variação entre 38 e 66 anos. Os resultados da amostra indicam-nos que 85% dos adolescentes inquiridos têm irmãos.

Relativamente à profissão dos pais dos adolescentes, no que se refere à profissão da mãe a maioria apresenta profissão na área de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores com 34,0%, seguido do trabalho como operadoras de instalações e máquinas e trabalhadoras da montagem (32,0%). No que se refere à profissão do pai a maioria exerce profissão na área dos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (40,8%) seguido de operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem (15,5%).

Consideramos como critérios de inclusão na amostra estar matriculado na escola profissional Eptoliva polo de Oliveira do Hospital, ser aluno do 10º, 11º 12º ano, aceitar de livre vontade a participação no estudo, encontrar-se na plenitude das suas faculdades em termos cognitivos com vista à participação no estudo. Como critérios de exclusão, considerámos ter menos de 13 anos de idade, não possuir à data da recolha dos dados por questionário o consentimento informado assinado pelos encarregados de educação e o aluno não poder encontrar-se na sala de aula no momento da aplicação dos questionários, por

motivos de ausência justificada ou frequência de estágios profissionais, em empresas da região promovidas pela escola profissional Eptoliva.

2.2.3- Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário (Anexo V), aplicado e preenchido pelos alunos em sala de aula. O mesmo é constituído por três partes, a primeira referente à caracterização sociodemográfica, profissional e académica dos adolescentes e pais/Encarregados de Educação. A profissão dos pais foi categorizada de acordo com o Guia do Instituto Nacional de Estatística (INE), a Classificação Portuguesa das Profissões 2010 (versão 2011), ao qual correspondem grandes grupos designadamente: 0 - Profissões das Forças Armadas; 1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; 2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas; 3 - Técnicos e profissões de nível intermédio; 4 - Pessoal administrativo; 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; 7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9 - Trabalhadores não qualificados.

A segunda parte do questionário é constituída pela escala *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*, formada por 8 grupos de questões, tendo sido validada para população portuguesa por Bártolo, Bonifácio e Pereira (2019). A escala permite recolher dados relativos ao consumo pelos adolescentes de vários tipos de substâncias, vias de administração, bem como o nível de risco (Baixo, Moderado, Alto e Moderado Alto) provocado pelo consumo. Esta escala é composta por 10 subescalas ('Tabaco', 'Bebidas Alcoólicas', 'Canábis', 'Cocaína', 'Estimulantes do tipo Anfetaminas', 'Inalantes', 'Sedativos ou comprimidos para dormir', 'Alucinogénios', 'Opióides' e 'Outros'). A primeira questão é de triagem (consumir ou alguma vez ter consumido determinada substância). As questões 2 a 7 estão relacionadas com a avaliação do envolvimento com determinada substância (identificação do nível de risco que o seu comportamento de consumo apresenta). As respostas são dadas através de uma escala do tipo Likert de cinco pontos para as questões 2 a 5 (nunca; 1 ou 2 vezes; mensalmente; semanalmente; diariamente ou quase diariamente) e de três pontos para as questões 6 e 7 (não, nunca; sim, nos últimos três meses; sim, mas não nos últimos três meses). A pontuação para cada subescala (substância) é calculada pela soma das respostas obtidas nas questões correspondentes, obtendo-se assim

a pontuação de consumo de risco para cada substância. Considera-se que quanto maior a pontuação, maior o envolvimento do estudante com determinada substância. É também estratificado o problema relativo ao consumo (abstinência ou consumo de risco, consumo nocivo e provável dependência) e as intervenções preconizadas a realizar pelos profissionais (informação educação, informação orientação intervenção breve monitorização, informação encaminhamento para cuidados de saúde especializados, informação análises sanguíneas encaminhamento para cuidados de saúde especializados). Como referido a escala é organizada em oito grupo de questões às quais é atribuído um score: **(1)** Consumo de substâncias ao longo da vida sem receita médica (itens não-0 pontos, sim - 3 pontos); **(2)** Frequência do consumo da substância (itens nunca-0 pontos, 1 a 2 vezes - 2 pontos, 1 a 3 vezes por mês-3 pontos, 1 a 4 vezes por semana-4 pontos, 5 a7 vezes por semana-6 pontos); **(3)** Frequência do desejo de consumo nos últimos 3 meses (itens nunca-0 pontos, 1 a 2 vezes- 3 pontos, 1 a 3 vezes por mês - 4 pontos, 1 a 4 vezes por semana-5 pontos, 5 a 7 vezes por semana-6 pontos); **(4)** Problemas de saúde, sociais legais ou financeiros originados pelo consumo (itens nunca-0 pontos, 1 a 2 vezes-4 pontos., 1 a 3 vezes por mês-5 pontos, 1 a 4 vezes por semana-6 pontos, 5 a7 vezes por semana-7 pontos); **(5)** Frequência de não ter feito o que era esperado devido ao consumo nos últimos 3 meses (itens nunca 0- pontos, 1 a 2 vezes - 5 pontos, 1 a 3 vezes por mês- 6 pontos, 1 a 4 vezes por semana-7 pontos, 5 a 7 vezes por semana - 8 pontos) nesta questão não há lugar a pontuação para a substância tabaco; **(6)** Preocupação de amigos ou familiares relativo ao consumo (itens não nunca 0 - pontos, sim mas não nos últimos 3 meses - 3 pontos, sim aconteceu nos últimos 3 meses – 6 pontos); **(7)** Tentativa de reduzir ou parar o consumo (itens não nunca- 0 pontos, sim mas não nos últimos 3 meses - 3 pontos, sim aconteceu nos últimos 3 meses – 6 pontos); **(8)** consumo de substâncias por via injetável, (itens não nunca, sim mas não nos últimos 3 meses, sim aconteceu nos últimos 3 meses-6 pontos), não é considerada pontuação nesta questão. A escala de resposta é de escolha múltipla, assumindo mais do que uma opção e para as diferentes respostas existem diferentes valores como indicado em cima. Por cada resposta está atribuído um score variável de acordo com a escala, que no final do preenchimento do questionário nos permite ter um enquadramento adequado do nível de risco e respetivas intervenções no âmbito do ASSIST. O ASSIST diferencia em termos de avaliação de resultado obtido o álcool, das outras substâncias indicadas na escala. Deste modo permite a definição dos níveis de risco e respetivas Intervenções no âmbito do ASSIST (SICAD, s.d), para o Álcool com score de 0-10 indica um baixo risco, sendo considerado abstinência ou consumo de risco, preconiza-se uma intervenção em informação e educação para a saúde. O resultado ASSIST para o Álcool com score de 11- 26 indica um risco moderado, sendo considerado consumo

nocivo, na qual se preconiza uma intervenção com base na informação sendo o indivíduo orientado e definida uma monitorização do indivíduo. Para o Álcool e com score superior a 27, indica um alto nível de risco, com provável dependência, sendo preconizada a informação encaminhamento para cuidados de saúde especializados. Deste modo, o resultado ASSIST para outras substâncias com score de 0-3 indica um baixo risco, sendo considerado abstinência ou consumo de risco, preconiza-se uma intervenção em informação e educação para a saúde. O resultado para outras substâncias e um score de 4-26, indica um risco moderado, sendo considerado consumo nocivo, preconizando-se uma intervenção baseada em informação orientação intervenção breve e monitorização. Para um score superior a 27, indica um alto nível de risco, com provável dependência, sendo preconizada a informação encaminhamento para cuidados de saúde especializados. Ou seja, a escala permite relacionar os resultados, os níveis de risco e respetivas intervenções (Quadro 1). No caso de existirem substâncias consumidas por via injetável nos últimos 3 meses o valor obtido no questionário considera sempre um nível de risco moderado alto com provável dependência, tendo como a intervenção preconizada a informação análises sanguíneas e encaminhamento para cuidados de saúde especializados. Itens não respondidos no questionário são cotados com zero (0).

Quadro 1. Relação de Resultados, Níveis de Risco e Respetivas Intervenções no âmbito do ASSIST

RESULTADO ASSIST ÁLCOOL	RESULTADO ASSIST OUTRAS SUBSTÂNCIAS	NÍVEL DE RISCO	PROBLEMA	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
0-10	0-3	BAIXO	ABSTINÊNCIA OU CONSUMO DE RISCO	INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO
11-26	4-26	MODERADO	CONSUMO NOCIVO	INFORMAÇÃO ORIENTAÇÃO INTERVENÇÃO BREVE MONITORIZAÇÃO
27 OU +		ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	INFORMAÇÃO ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS
SUBSTÂNCIAS INJETADAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES		MODERADO ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	INFORMAÇÃO ANÁLISES DE SANGUE ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS

adaptado de Organización Mundial de la Salud (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST: para el consumo problemático de sustancias – Manual para uso en la atención primaria.* Washington: Organización Panamericana de la Salud (Trad. Español)

A última parte do questionário, é constituída por questões relativas a hábitos e jogo e a escala *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*, validada para a população portuguesa por Lopes (2009), e permite a relação dos adolescentes com a adição ao jogo patológico na sua vertente *online* e *offline*. O instrumento tem 16 perguntas que visam aferir o grau de patologia associado aos comportamentos de jogo dos indivíduos. O valor crescente de cotação no

questionário, traduz-se num aumento contínuo da patologia associada ao jogo e da sua severidade, situando os comportamentos aditivos dos indivíduos como mais ou menos patológicos, permitindo então situar diferentes níveis de dependência. Assim, uma cotação de zero indica ausência de problemas de jogo, resultados situados entre um e quatro, indiciam que poderá ser jogador de risco ou com prováveis problemas associados ao jogo e o resultado de cinco ou mais indica a existência provável de jogo patológico.

2.2.4- Procedimentos éticos e formais

A presente intenção da realização do estudo, foi submetida à Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular- Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME), organismo que transferiu a responsabilidade da autorização do estudo para a escola profissional Eptoliva. Foi solicitada autorização, para a realização do estudo, ao excelentíssimo Senhor Diretor da escola profissional Eptoliva (anexo V), à qual obtivemos resposta positiva. A aplicação dos questionários foi precedida do preenchimento do consentimento informado dos pais dos alunos menores de idade conforme Anexo IV e todos os alunos com 18 ou mais anos assinaram o consentimento antes de responderem ao instrumento. Todos os alunos que participaram no estudo obtiveram informação relativa à pertinência do estudo e quais os objetivos do mesmo, sendo que a sua participação foi Informada e voluntária. Após o autopreenchimento dos questionários em sala de aula, os mesmos foram colocados em envelope, fechado e entregue ao investigador. Durante todo o processo foi preservada a confidencialidade dos dados e o anonimato de todos os alunos que aceitaram participar.

A recolha de dados decorreu durante o mês de julho, obedecendo a todas as normas éticas.

2.2.5- Análise estatística

Terminada a colheita de dados resultantes da aplicação dos questionários em sala de aula, os dados foram inseridos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0, que serviu para a criação da base de dados que nos permitisse o correto tratamento estatístico. A análise dos dados foi efetuada com recurso à estatística descritiva e analítica. Foram determinadas, frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, mais concretamente médias e desvio padrão. Em relação

à análise inferencial recorreremos ao teste não paramétrico (Qui-quadrado). A magnitude de associação foi estimada através do cálculo do Odds Ratios (OR), com os respectivos intervalos de confiança a 95% e/ou nível de significância $p \leq 0,05$.

2.3 - Resultados

Percepção das relações interpessoais com família e escola

Pela análise dos resultados apresentados na tabela 2, verifica-se que os adolescentes, na globalidade, têm “muito boas” e “boas” relações interpessoais. Maioritariamente têm “muito boa” relação com a mãe (70,5%), não sendo tão representativa esta relação interpessoal com o pai, pois registou-se uma diminuição de adolescentes que mantêm “muito boa” relação com o seu progenitor (57,7%); 63,7% mantêm “muito boa” relação com os irmãos; com os professores (51,9%); com os colegas de turma (20,0%) e amigos (50,8%) prevalecem os que têm “boa” relação interpessoal.

Tabela 2 - Percepção das relações interpessoais com família e escola

	n	%
Relação com o pai		
Muito boa	75	57,7
Boa	34	26,2
Nem boa nem má	11	8,5
Má	5	3,8
Muito má	5	3,8
Relação com a mãe		
Muito boa	93	70,5
Boa	32	24,1
Nem boa nem má	3	2,3
Má	1	0,8
Muito má	3	2,3
Relação com os irmãos		
Muito boa	72	63,7
Boa	36	31,9
Nem boa nem má	5	4,4
Relação com os professores		
Muito boa	35	26,3
Boa	69	51,8
Nem boa nem má	27	20,3
Má	1	0,8
Muito má	1	0,8
Relação com os colegas da turma		
Muito boa	43	32,5
Boa	66	50,0
Nem boa nem má	22	16,7
Má	1	0,8
Relação com os amigos		
Muito boa	53	40,1
Boa	67	50,8
Nem boa nem má	12	9,1

Verificámos ainda que 63,1% dos adolescentes referiu que ‘gosta de ir à escola’, sendo a percentagem maior nas raparigas (73,8% vs. 60,7%). Quanto ao aproveitamento escolar 52,7% já reprovou (rapazes 55,4% vs. raparigas 47,7%) e 0,8% reprovou no último ano letivo.

Problemas de saúde

Quanto à existência de problemas de saúde, 19,7% dos adolescentes mencionou que tem algum problema de saúde. Sendo que os problemas mais frequentes foram as doenças respiratórias + alergias (44,0%), a doença mental (32,0%) e outras (34,0%) (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência dos problemas de saúde, em adolescentes

	n	%
Ter algum problema de saúde		
Sim	26	19,7
Não	106	80,3
Tipo de problema de saúde		
Respiratório + alergias	11	44,0
Saúde mental	8	32,0
Outros	6	24,0

Prática desportiva

Observámos que mais de metade dos adolescentes não pratica desporto (64,9%). Os desportos mais referidos pelos adolescentes foram futebol (46,3%), desportos de academia (24,4%) e outros (29,3%) (Tabela 4).

Tabela 4. Prática desportiva na amostra

	N	%
Praticar algum desporto		
Sim	46	35,1
Não	85	64,9
Tipo de problema, a de saúde		
Futebol	19	46,3
Desportos de academia	10	24,4
Outros	12	29,3

Consumo de substâncias, ao longo da vida, pelos adolescentes

No que se refere aos tipos de substâncias já consumidas pelos adolescentes, a que mais se destaca é o álcool (82,0%), quer por parte dos rapazes (83,3%) quer das raparigas (79,5%), seguindo-se o consumo de tabaco que, no total da amostra, perfaz 53,6%, com uma representatividade de 59,8% de rapazes e 46,4% raparigas. É expressiva a percentagem de adolescentes que consomem canábis (22,4%), com 25,9% de rapazes e 15,9% de raparigas (Tabela 5).

Tabela 5. Tipo de substância consumida segundo o gênero

	Gênero				Total n (%)
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Tabaco					
Sim	49	59,8	18	41,9	67 (53,6)
Não	33	40,2	25	58,1	58 (46,4)
Álcool					
Sim	70	83,3	35	79,5	105 (82,0)
Não	14	16,7	9	20,5	23 (18,0)
Cannabis					
Sim	21	25,9	7	15,9	28 (22,4)
Não	60	74,1	37	84,1	97 (77,6)
Cocaína					
Sim	4	4,9	1	2,3	5 (4,0)
Não	77	95,1	43	97,7	120 (96,0)
Estimulantes de tipo anfetamina					
Sim	1	1,2	1	2,3	2 (1,6)
Não	80	98,8	42	97,7	122 (98,4)
Inalantes					
Sim	8	9,9	1	2,3	9 (7,2)
Não	73	90,1	43	97,7	116 (92,8)
Ansiolíticos					
Sim	4	4,9	2	4,5	6 (4,8)
Não	77	95,1	42	95,5	119 (95,2)
Alucinogénios					
Sim	2	2,5	1	2,3	3 (2,4)
Não	79	97,5	43	97,7	122 (97,6)
Opiáceos					
Sim	2	2,5	1	2,3	3 (2,4)
Não	78	97,5	43	97,7	121 (97,6)

Consumo de substâncias, desejo ou vontade de consumir substâncias nos últimos 3 meses

Constatou-se que, nos últimos 3 meses, prevalecem os adolescentes que consumiram tabaco 1 a 2 vezes por mês (12,1%), tendo 20,8% manifestado um forte desejo de o consumir 5 a 7 vezes por semana. Predominam os adolescentes que sentiram uma forte vontade de consumir álcool, nos últimos 3 meses, 1 a 2 vezes por semana (24,6%) e 1 a 3 vezes por mês (12,3%). Registaram-se poucos casos de adolescentes que relatam ter sentido um forte desejo de consumir canábis nos últimos 3 meses, com destaque para 6,7% dos que sentiram tal desejo 1 a 2 vezes. Com igual frequência, verificou-se que 1 adolescente sentiu forte vontade de consumir cocaína 1 a 2 vezes e outro 5 a 7 vezes por semana. Um adolescente sentiu forte desejo de consumir ansiolíticos 1 a 3 vezes por mês e um outro 1 a 4 vezes por semana, apenas um adolescente sentiu forte vontade de consumir alucinogénios 5 a 7 vezes por semana, nos últimos 3 meses (Tabela 6).

Tabela 6. Consumo de substâncias e desejo / vontade de consumir substâncias nos últimos 3 meses

Consumo substâncias			Desejo de consumo		
	n	%		n	%
Consumo de tabaco			Forte desejo de tabaco		
Nunca	62	53,4	Nunca	64	60,4
1 a 2 vezes	14	12,1	1 a 2 vezes	9	8,5
1 a 3 vezes por mês	10	8,6	1 a 3 vezes por mês	8	7,5
1 a 4 vezes por semana	5	4,3	1 a 4 vezes por semana	3	2,8
5 a 7 vezes por semana	25	21,6	5 a 7 vezes por semana	22	20,8
Consumo de álcool			Forte desejo de álcool		
Nunca	28	22,0	Nunca	59	51,8
1 a 2 vezes	45	35,4	1 a 2 vezes	28	24,6
1 a 3 vezes por mês	31	24,4	1 a 3 vezes por mês	14	12,3
1 a 4 vezes por semana	11	8,7	1 a 4 vezes por semana	5	4,4
5 a 7 vezes por semana	12	9,4	5 a 7 vezes por semana	8	7,0
Consumo de canábis			Forte desejo de canábis		
Nunca	99	86,8	Nunca	90	85,7
1 a 2 vezes	7	6,1	1 a 2 vezes	7	6,7
1 a 3 vezes por mês	1	0,9	1 a 3 vezes por mês	2	1,9
1 a 4 vezes por semana	2	1,8	1 a 4 vezes por semana	1	1,0
5 a 7 vezes por semana	5	4,4	5 a 7 vezes por semana	5	4,8
Consumo Cocaína			Forte desejo de cocaína		
Nunca	109	100	Nunca	100	98,0
-			1 a 2 vezes	1	1,0
			5 a 7 vezes por semana	1	1,0
Consumo de Inalantes			Forte desejo de Inalantes		
Nunca	109	97,3	Nunca	102	100
1 a 2 vezes	1	0,9			
1 a 3 vezes por mês	1	0,9			
5 a 7 vezes por semana	1	0,9			
Consumo de ansiolíticos			Forte desejo de ansiolíticos		
Nunca	109	98,2	Nunca	101	98,1
1 a 3 vezes mês	2	1,8	1 a 3 vezes por mês	1	1,0
			1 a 4 vezes por semana	1	1,0
Consumo de alucinogénios			Forte desejo de alucinogénios		
Nunca	110	100	Nunca	100	99,0
			5 a 7 vezes por semana	1	1,0

Consumo de substâncias e problemas associados, nos últimos 3 meses

Nos últimos 3 meses, a maioria dos adolescentes referiu não possuir problemas com qualquer uma das substâncias consumidas (tabaco 80,6%, álcool 75,9%, canábis 94,2%). Entre os que tiveram problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros, as percentagens mais expressivas são: 8,7% 5 a 7 vezes por semana devido ao consumo de tabaco; 8,0% com 1 a 2 vezes relativamente ao consumo de álcool e 2,9% 1 a 2 vezes face ao consumo de canábis (Tabela 7).

Tabela 7. Consumo de substâncias e problemas associados

	n	%
Consumo de tabaco		
Nunca	83	80,6
1 a 2 vezes	6	5,8
1 a 3 vezes por mês	1	1,0
1 a 4 vezes por semana	4	3,9
5 a 7 vezes por semana	9	8,7
Consumo de álcool		
Nunca	85	75,9
1 a 2 vezes	9	8,0
1 a 3 vezes por mês	7	6,3
1 a 4 vezes por semana	5	4,5
5 a 7 vezes por semana	6	5,4
Consumo de canábis		
Nunca	98	94,2
1 a 2 vezes	3	2,9
1 a 4 vezes por semana	1	1,0
5 a 7 vezes por semana	2	1,9

Inatividade devido ao consumo de substâncias, nos últimos 3 meses

Prevalecem os adolescentes com inatividade 1 a 2 vezes devido ao consumo de álcool; 3,9% por ao consumo de canábis, 2,0% por consumo de cocaína e, com igual representatividade, os que relataram tal ocorrência por consumo de ansiolíticos e opiáceos (n=1; 1,0%, respetivamente), nos últimos 3 meses (Tabela 8).

Tabela 8. Inatividade devido ao consumo de substâncias

	N	%
Inatividade devido ao consumo de álcool		
Nunca	82	73,2
1 a 2 vezes	16	14,3
1 a 3 vezes por mês	5	4,5
1 a 4 vezes por semana	3	2,7
5 a 7 vezes por semana	6	5,4
Inatividade devido ao consumo de canábis		
Nunca	96	93,2
1 a 2 vezes	4	3,9
1 a 3 vezes por semana	1	1,0
5 a 7 vezes por semana	2	1,9
Inatividade devido ao consumo de cocaína		
Nunca	99	98,0
5 a 7 vezes por semana	2	2,0
Inatividade devido ao consumo de ansiolíticos		
Nunca	101	99,0
1 a 2 vezes	1	1,0
Inatividade devido ao consumo de opiáceos		
Nunca	96	99,0
5 a 7 vezes por semana	1	1,0

Demonstração de preocupação pelo seu consumo de substâncias por parte de um amigo ou familiar

Na globalidade, foram poucos os adolescentes que relataram que um amigo ou familiar demonstrou preocupação pelo seu consumo de substâncias. Entre os que referiram que já foi alvo de tal preocupação, prevalecem os que essa demonstração já ocorreu, mas não nos últimos 3 meses (22,5%) em relação ao consumo de tabaco; 15,7% pelo consumo de álcool, 8,2% por consumo de canábis em similar espaço de tempo. Com igual representatividade, os adolescentes que foram motivo de preocupação por parte de um amigo ou familiar, mas não nos últimos 3 meses e ter acontecido nos últimos 3 meses (2,8%, respetivamente). Dois adolescentes mencionaram que esta situação já ocorreu, mas não nos últimos 3 meses, devido ao seu consumo de estimulantes, 3 (2,8%) por consumo de inalantes e de ansiolíticos, mas não nos últimos 3 meses. Um adolescente relatou idêntica situação, mas não nos últimos 3 meses e outro nos últimos 3 meses. Por fim, verifica-se que dois adolescentes já foram motivo de preocupação, mas não nos últimos 3 meses, pelo seu consumo de opiáceos (Tabela 9).

Tabela 9. Demonstração de preocupação pelo seu consumo de substâncias por parte de um amigo ou familiar

	N	%
Consumo de tabaco		
Não, nunca	67	60,4
Sim, mas não nos últimos 3 meses	25	22,5
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	19	17,1
Consumo de álcool		
Não, nunca	84	69,4
Sim, mas não nos últimos 3 meses	19	15,7
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	18	14,9
Consumo de canábis		
Não, nunca	94	85,5
Sim, mas não nos últimos 3 meses	9	8,2
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	7	6,4
Consumo de cocaína		
Não, nunca	100	94,3
Sim, mas não nos últimos 3 meses	3	2,8
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	3	2,8
Consumo de estimulantes		
Não, nunca	103	97,2
Sim, mas não nos últimos 3 meses	2	1,9
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	1	0,9
Consumo de inalantes		
Não, nunca	103	96,3
Sim, mas não nos últimos 3 meses	3	2,8
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	1	0,9
Consumo de ansiolíticos		
Não, nunca	102	95,3
Sim, mas não nos últimos 3 meses	3	2,8
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	2	1,9
Consumo de alucinogénios		
Não, nunca	102	96,2
Sim, mas não nos últimos 3 meses	2	1,9
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	2	1,9
Consumo de opiáceos		
Não, nunca	103	97,2
Sim, mas não nos últimos 3 meses	2	1,9
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	1	0,9

Tentativa de cessação ou redução do consumo sem sucesso

Registou-se que, com igual valor percentual, alguns adolescentes já tentaram parar ou reduzir o consumo tabágico, mas não nos últimos 3 meses (13,5%) e outros tentaram-no fazer nos últimos 3 meses (13,5%). Em relação ao consumo de álcool, 10,1% tentaram a cessação nos últimos 3 meses, tendo 5,7% alguma vez tentado, sem sucesso, reduzir ou parar o consumo de canábis, mas não nos últimos 3 meses, com 3,8% a referirem que tal já ocorreu no mesmo espaço temporal. Dois adolescentes já tentaram parar com o consumo de cocaína, mas não nos últimos 3 meses, enquanto um deles referiu que tentou no referido espaço temporal. No que concerne ao consumo de estimulantes, 3 adolescentes (2,9%) tentaram a cessação do consumo, mas não nos 3 últimos meses, idêntica situação para 2 casos de cessação do consumo de inalantes (2,0%), de ansiolíticos (n=3, 3,0%), de alucinogénios (n=2, 2,0%) e de opiáceos (n=2, 2,0%), conforme Tabela 10.

Tabela 10. Tentativa de cessação ou redução do consumo sem sucesso

	N	%
Consumo de tabaco		
Não, nunca	81	73,0
Sim, mas não nos últimos 3 meses	15	13,5
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	15	13,5
Consumo de álcool		
Não, nunca	97	81,5
Sim, mas não nos últimos 3 meses	10	8,4
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	12	10,1
Consumo de canábis		
Não, nunca	96	90,6
Sim, mas não nos últimos 3 meses	6	5,7
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	4	3,8
Consumo de cocaína		
Não, nunca	98	97,0
Sim, mas não nos últimos 3 meses	2	2,0
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	1	1,0
Consumo de estimulantes		
Não, nunca	99	97,1
Sim, mas não nos últimos 3 meses	3	2,9
Consumo de inalantes		
Não, nunca	98	98,0
Sim, mas não nos últimos 3 meses	2	2,0
Consumo de ansiolíticos		
Não, nunca	97	96,0
Sim, mas não nos últimos 3 meses	3	3,0
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	1	1,0
Consumo de alucinogénios		
Não, nunca	98	97,0
Sim, mas não nos últimos 3 meses	2	2,0
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses	1	1,0
Consumo de opiáceos		
Não, nunca	96	98,0
Sim, mas não nos últimos 3 meses	2	2,0

Ter consumido substâncias por via injetável

Apenas um adolescente confirmou que já consumiu substâncias por via injetável, mas não nos últimos 3 meses.

As análises descritivas das pontuações observadas nas diferentes subescalas do ASSIST podem ser observadas na Tabela 11. Apresentamos a caracterização dos níveis de risco de consumo e a respetiva necessidade de intervenção no âmbito do ASSIST.

Pelo já analisado anteriormente e porque a maior percentagem de consumo se verifica para as substâncias álcool, tabaco e canábis. Para o tabaco existe um nível de risco baixo 41,1%, moderado 47,4% e alto risco 11,6%; para o álcool um baixo risco em 63,0%, moderado 27,8% e alto em 9,3% e para a substância canábis nível de risco baixo em 79,3%, moderado em 16,3% e alto risco em 4,3% (Tabela 11).

Tabela 11. Caracterização dos consumos de substâncias, avaliando o risco e necessidade de intervenção

Subescala ASSIST	Média ± desvio padrão	Intervenção preconizada	Score n (%)
Tabaco	10,36±10,46	0-3 / Informação educação	39 (41,1)
		4-26 / Informação/orientação/intervenção breve / monitorização	45 (47,4)
		≥27 / Informação/encaminhamento para cuidados de saúde especializados	11 (11,6)
Bebidas alcoólicas	10,44±9,59	0-10 / Informação educação	68 (63,0)
		11-26 / Informação/orientação/intervenção breve / monitorização	30 (27,8)
		≥27/Informação/encaminhamento para cuidados de saúde especializados	10 (9,3)
Cannabis	3,74±7,76	0-3 / Informação educação	73 (79,3)
		4-26 / Informação/orientação/intervenção breve / monitorização	15 (16,3)
		≥27 / Informação/encaminhamento para cuidados de saúde especializados	4 (4,3)
Cocaína	0,67±2,68	0-3 / Informação educação	82 (95,3)
		4-26 / Informação/orientação/intervenção breve / monitorização	4 (4,7)
		≥27 / Informação/encaminhamento para cuidados de saúde especializados	---
Estimulantes tipo anfetamina	0,04±0,33	0-3 / Informação educação	85 (100)
		4-26 / Informação/orientação/intervenção breve / monitorização	---
		≥27 / Informação/encaminhamento para cuidados de saúde especializados	---
Inalantes	0,30±1,07	0-3 / Informação educação	85 (97,7)
		4-26 / Informação/orientação/intervenção breve / monitorização	2 (2,3)
		≥27 / Informação/encaminhamento para cuidados de saúde especializados	---
Sedativos ou comprimidos para dormir	0,35±1,67	0-3 / Informação educação	87 (97,8)
		4-26 / Informação/orientação/intervenção breve / monitorização	2 (2,2)
		≥27 / Informação/encaminhamento para cuidados de saúde especializados	---
Alucinogénios	0,31±2,00	0-3 / Informação educação	86 (98,9)
		4-26 / Informação/orientação/intervenção breve / monitorização	1 (1,1)
		≥27 / Informação/encaminhamento para cuidados de saúde especializados	---
Opióides	0,17±1,00	0-3 / Informação educação	80 (98,8)
		4-26 / Informação/orientação/intervenção breve / monitorização	1 (1,2)
		≥27 / Informação/encaminhamento para cuidados de saúde especializados	---

Hábitos de jogo

Constatou-se que os adolescentes que apresentam hábitos de jogo, mais frequentemente jogam em casa (82,0%), com mais representatividade dos que gastam 1h/dia (32,5%) e 1h a 2h/dia (25,8%). A maioria dos participantes (73,1%) não entra habitualmente em competições com outros videojogadores a nível nacional ou internacional, mas é

expressiva a percentagem dos que o fazem (17,6%). De igual modo, sobressaem os adolescentes sem controlo parental sobre o tempo que passado a jogar videojogos (83,6%) e que os pais ou encarregado de educação não verificam se os videojogos são adequados à sua idade (82,5%), com 96,6% a relatar que jogam por relaxamento. Quase a totalidade da amostra (95,0%), quando joga videojogos, não bebe mais bebidas alcoólicas do que o habitual, em como não consome drogas ou já consumiu mais do que o habitual (95,8%), conforme Tabela 12.

Tabela 12. Caracterização dos hábitos de jogo em adolescentes

	n	%
Local onde joga		
Casa	100	82,0
Transportes	2	1,6
Escola	10	8,2
Cibercafés, bares, restaurantes	1	0,8
Casa de amigos	4	3,3
Durante as aulas	5	4,1
Horas por dia gastas a jogar		
1h/dia	39	32,5
1h a 2h/dia	31	25,8
2 a 3h/dia	18	15,0
Mais de 3h/dia	16	13,3
Não sabe	16	13,3
Competições com outros videojogadores a nível nacional ou internacional		
Sim	21	17,6
Não	87	73,1
Prefere não responder	11	9,2
Controlo parental sobre o tempo que passado a jogar videojogos		
Sim	14	11,5
Não	102	83,6
Prefere não responder	6	4,9
Verificação pelos pais da adequação dos videojogos		
Sim	11	9,2
Não	99	82,5
Prefere não responder	10	8,3
Motivos pelos quais joga		
Relaxamento	87	96,6
Competição	31	23,3
Conhecer novas pessoas	23	17,3
Manter contacto com os meus amigos	49	36,8
Desenvolver competências	30	22,6
Fantasia	5	3,8
Fugir ao mundo real	22	16,5
Diversão	95	71,4
Quando joga videojogos, bebe mais bebidas alcoólicas?		
Sim	6	5,0
Não	114	95,0
Quando joga videojogos, consome ou já consumiu mais drogas?		
Sim	5	4,2
Não	114	95,8
Razão pela qual consome essas substâncias		
Porque me dá conforto	19	14,3
Porque sou nervoso	7	5,3
Porque há na minha família quem fume	4	3,0
Porque gosto do sabor	13	9,8
Por hábito	4	3,0
Porque me liberta de preocupações e problemas	9	6,8
Porque sinto prazer	7	5,3
Porque os meus amigos fumam	2	1,5
Para não engordar	1	0,8
Para me sentir adulto	1	0,8
Por curiosidade	8	6,0
Devido ao aborrecimento	3	2,3
Outra razão	8	6,0

Escala South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Verificou-se que 42,1% dos adolescentes joga raspadinhas uma vez por semana. Maioritariamente (87,8%), não jogam Totoloto/Euromilhões, mas com 10,4% a fazê-lo. De igual modo, prevalecem os adolescentes que não jogam *Slotmachines* (85,1%), Bingo (93,1%), Jogos de Casino (74,8%), Jogos de Cartas a dinheiro (87,7%), Jogos de Dados a dinheiro (93,9%), Rifas (para angariação de fundos) (63,5%), Jogos de perícia: bilhar, *snooker* ou golf a dinheiro (76,9%), Jogos desportivos (64,1%), nunca fazem investimentos especulativos em ações, títulos ou certificados (89,4%), Lotaria (90,5%) e apostas em corridas de cavalos (97,4%) (Tabela 13).

Tabela 13. Tipos de jogos mais adotados pelos adolescentes da referida amostra

	n	%
Raspadinha		
Nenhuma	52	39,1
Uma vez por semana	56	42,1
Mais que uma vez por semana	13	9,8
Totoloto/Euromilhões		
Nenhuma	101	87,8
Uma vez por semana	12	10,4
Mais que uma vez por semana	2	1,7
Totobola/Totoloto		
Nenhuma	106	93,8
Uma vez por semana	6	5,3
Mais que uma vez por semana	1	0,9
Slotmachines		
Nenhuma	97	85,1
Uma vez por semana	10	8,8
Mais que uma vez por semana	7	6,1
Bingo		
Nenhuma	108	93,1
Uma vez por semana	7	6,0
Mais que uma vez por semana	1	0,9
Jogos de Casino		
Nenhuma	86	74,8
Uma vez por semana	20	17,4
Mais que uma vez por semana	9	7,8
Jogos de Cartas a dinheiro		
Nenhuma	100	87,7
Uma vez por semana	10	8,8
Mais que uma vez por semana	4	3,5
Jogos de Dados a dinheiro		
Nenhuma	108	93,9
Uma vez por semana	4	3,5
Mais que uma vez por semana	3	2,6
Rifas (para angariação de fundos)		
Nenhuma	73	63,5
Uma vez por semana	35	30,4
Mais que uma vez por semana	7	6,1
Jogos de perícia: bilhar, snoker ou golf a dinheiro		
Nenhuma	90	76,9
Uma vez por semana	21	17,9
Mais que uma vez por semana	6	5,1
Jogos desportivos		
Nenhuma	75	64,1
Uma vez por semana	30	25,6
Mais que uma vez por semana	12	10,3
Investimentos especulativos em ações, títulos ou certificados		
Nenhuma	101	89,4
Uma vez por semana	9	8,0
Mais que uma vez por semana	3	2,7
Lotaria		
Nenhuma	105	90,5
Uma vez por semana	10	8,6
Mais que uma vez por semana	1	0,9
Corridas de cavalos		
Nenhuma	111	97,4
Uma vez por semana	3	2,6

Dos adolescentes que jogam, prevalecem os adolescentes que nunca apostaram dinheiro em jogos (39,5%), mas 31,5% referem que a quantia apostada gasto a jogar num só dia foi entre 1€ e 10€ (31,5%), seguindo-se os que gastaram entre 10€ e 100€ (13,7%). Verificámos também que a maioria dos adolescentes referem ter um amigo ou alguém importante que já teve ou tem problemas com o jogo (72,7%), o pai referiu 12,1%; a mãe 9,1% e Avós 6,1%.

Quando jogam e perdem, a maioria dos adolescentes nunca volta a apostar no dia seguinte a jogar para recuperar o dinheiro (70,2%), contrariamente a 23,7% que afirmam que o fazem algumas vezes, com 6,1% a relatar que o fazem a maior parte das vezes.

Mais do dobro dos adolescentes (82,9%) afirmou nunca perder dinheiro com o jogo, sendo de referir que 13,7% admite que sim, menos de metade das vezes e 3,4% a maior parte das vezes.

Grande parte dos adolescentes (78,9%) não sente que tem um problema com as apostas a dinheiro ou com o jogo, enquanto 7,5% afirmam que sim, no passado e um adolescente confirmou que tal ocorre na maior parte das vezes.

A maioria dos adolescentes nunca jogou ou apostou mais do que pretendia (82,8%), mas 17,2% já o fez.

Em conformidade com 84,2% dos adolescentes, nunca houve pessoas que os criticaram pelas apostas que fazem e/ou lhes disseram que tinham problemas com o jogo, de qualquer maneira quer queiram ou não têm a noção de que essas críticas são verdadeiras, contrariamente a 15,8% que admitem tal situação.

Mais de metade dos adolescentes (86,2%) nunca se sentiu culpado(a) sobre a forma como joga, enquanto 13,8% já sentiram o sentimento de culpa. A grande maioria dos adolescentes admite não ser incapaz de parar de apostar a dinheiro ou de jogar (88,7%), contrariamente a 11,3% que admitem ser incapazes de o fazer.

Quase a totalidade da amostra (94,3%) nunca escondeu talões de apostas, bilhetes de lotaria, dinheiro de jogo ou outros sinais de apostas ou de jogo de pessoas importantes para si, tendo 5,7% admitido que já ocorreu tal procedimento.

Maioritariamente, do adolescente nunca discutiu com as pessoas com quem vive sobre como gere/lida/usa/gasta o dinheiro (88,7%) e dos 11,3% confirmam ter discutido acerca da forma como gere/lida/usa/gasta o dinheiro, entre os quais 7 (8,0%) mencionam que as discussões sobre dinheiro se referem às suas apostas no jogo.

Quase todos os adolescentes admitiram que nunca pediram um empréstimo a alguém e não têm dívidas devido ao jogo (97,3%), contrariamente a 3 deles (2,4%) que confirmam tal ocorrência. Prevalecem os adolescentes que admitem que, a origem do dinheiro para o jogo ou pagar dívidas de jogo tem origem em casa, com um a afirmar que o obtém de outros familiares (8,3%).

Quase a totalidade dos adolescentes (96,7%) relatou que nunca chegou atrasado(a) à escola devido ao jogo, tendo 4 afirmado que sim (3,3%).

Das variáveis sociodemográficas analisadas não encontramos diferenças significativas com os consumos na amostra.

2.4- Discussão

Os resultados apresentados anteriormente, são alvo de uma discussão que será realizada de seguida, discussão essa, que se baseia em reflexões com base teórica, na evidência dos resultados e na comparação com outros estudos que possam ajudar a compreender a melhor analisar dos resultados por nós encontrados.

Relativamente à caracterização socio demográfica da amostra a mesma indica, que maioritariamente é do género masculino (63,9%), com uma idade média de $17,81 \pm 1,24$ anos, parece prevalecer o género masculino na amostra, por via de ser uma escola profissional, com uma oferta formativa relacionada com cursos como: informática, automação, design, indústria, mecânica e desporto. Ao analisar os dados, existe uma prevalência de alunos com idade maior ou igual a 18 anos, com um total de 73 alunos, representando uma percentagem de 56,6%, sendo que este dado possa ser influenciado pela obrigatoriedade do ensino secundário até aos 18 anos e existirem alunos que afirmaram já ter reprovado (52,7%). Relativamente à idade dos pais, esta não parece influenciar a prevalência de consumo ou adição, permitindo-nos apenas inferir, que a idade dos pais em média, é superior à idade das mães, pois ela encontra-se entre os 32 e os 65 anos para as mães, sendo que relativamente aos pais fixa-se, entre os 38 e os 66 anos. É possível ainda afirmar que existe uma maior incidência em termos de percentagem na idade das mães entre os 43 e os 49 anos, significando este grupo um total de (54,1%) da amostra e uma maior incidência em termos de percentagem, entre os 45 e os 52 anos para os pais, significando um total de (49,2%). Ao relacionarmos a escolaridade dos pais com a relação que os mesmos possuem com os filhos, é interessante perceber que a maior parte dos adolescentes refere ter uma melhor relação com mãe, do que com o pai. Esta melhor relação que é descrita como muito boa em (69,9%)

com a mãe, pode também advir de uma maior proximidade por parte das mães em relação aos pais conforme o estudo de Ford (2023), em que os adolescentes relataram, níveis mais elevados de carinho e proximidade em múltiplos domínios relacionais, mãe-adolescente. Por outro lado, a maior proximidade entre a idade dos adolescentes e a idade das mães por via desta também ser menor, poderá contribuir para uma aproximação, em termos daquilo que é a resolução e abordagem por parte das mães, relativa às dúvidas e as ansiedades vivenciadas pelos jovens.

O aumento da escolaridade e procura de saúde são proporcionais e segundo o estudo de Nutbeam & Lloyd (2021) o mesmo faz referência à alfabetização e a escolaridade como um determinante social da saúde, contribuindo geralmente para um melhor conhecimento sobre fatores de risco e conhecimento sobre a problemática das adições.

O nosso estudo permite fazer uma relação entre a escolaridade do pai e a escolaridade da mãe sendo que a escolaridade da mãe é superior, com valores de frequência do ensino secundário e ensino superior que apresentam valores, superiores aos da escolaridade dos pais, onde a grande parte da escolaridade se situa no 1º, 2º e 3º ciclo de estudos.

Um dos fatores que sobressaem na análise dos resultados e que nos permite concluir que existe uma nova realidade em termos daquilo que são as dinâmicas familiares, é a percentagem de pais que estão separados ou divorciados. Na totalidade da nossa amostra este tipo de estado civil, apresenta-se com uma percentagem de 24,1%. Esta realidade vai de encontro aos números que se encontram na plataforma, Pordata (2023), onde é possível aferir a taxa bruta de divórcio, que se encontra estável, mas com valores elevados ainda que preliminares de 1,5 divórcios por cada 1000 habitantes do concelho de Oliveira do Hospital no ano de 2021. Esta tendência associada ao estudo realizado por Harcourt (2015), que refere, que os adolescentes que vivem em relações familiares monoparentais enfrentam uma redução, ao nível dos domínios comportamentais e socio emocionais, quando comparados com aqueles que vivem em famílias nucleares. Na mesma linha o estudo de Moore et al. (2017), mostraram que relações familiares positivas, estão intrinsecamente associadas a melhores resultados de desenvolvimento e a um maior nível de bem-estar e qualidade de vida. Podemos então inferir, que o estado civil, neste caso, separação e o divórcio e as relações familiares resultantes destes processos entre os seus membros, podem contribuir em muitos casos para um aumento da prevalência de consumo. Este aumento poderá estar relacionado com a questão da problemática vivenciada pela família, e conseqüentemente uma forma de o jovem conseguir abstrair-se dos problemas familiares que possam estar associados relativamente a separação dos pais ou ao divórcio dos mesmos.

Nos dados extrapolados, relativos a reprovação recente e sendo este um fator que nos pode indicar que não haja uma adequação do aluno ao contexto escolar, o valor que conseguimos obter da nossa amostra sendo (0,8%), acaba por ser de certa forma irrelevante. Já ao ser analisada a totalidade dos dados relativos à reprovação conseguimos perceber que existe um nível de reprovação de (52,7%) ao nível daquilo que é o percurso formativo do adolescente até à data, este dado pode de certa forma indicar-nos que este número de reprovações poderá transparecer a existência alguns problemas relacionados com a adaptação entre o aluno e o contexto escolar. Este dado leva-nos a analisar o estudo publicado por Schinke (2016), no qual se refere que a taxa de insucesso escolar, pode estar proporcionalmente relacionada com um aumento de consumo de substâncias quer lícitas quer ilícitas, sendo referenciadas neste estudo, variáveis relacionadas com a influência na aprendizagem, que podem ajudar a explicar o risco dos jovens relativamente ao consumo de drogas. Outro dos fatores que pode influenciar o sucesso escolar do adolescente, prende-se com a questão relacionada com os jogos principalmente os jogos *online*. Esta forma de jogo está associada a uma redução significativa do tempo disponibilizado para o estudo, como descrito no estudo de Eijnden (2018), onde é abordado o impacto do uso desordenado de jogos e redes sociais no funcionamento psicológico, social e escolar dos adolescentes. Desta forma podemos associar que o nível elevado de utilização de jogos *online*, bem como a utilização de redes sociais pelos adolescentes da nossa amostra, que apresentam percentagens de 42,1% que jogam raspadinhas uma vez por semana e 10,4% jogam Totoloto/Euromilhões, pode estar relacionado com os fatores de insucesso escolar que provocam esta reprovação, que é indicada pelo menos uma vez na vida pelos alunos e que assume uma percentagem de (52,7%).

Relativamente aos consumos de substâncias, por parte dos adolescentes quer sejam elas lícitas ou ilícitas, existem números que merecem a nossa preocupação e a nossa adequação, tendo em mente, a futura intervenção de acordo com estes resultados.

De todas as substâncias referenciadas no nosso estudo e que merecem de igual forma o nosso cuidado e atenção, existem substâncias que assumem alguma preponderância na nossa análise. Este estudo demonstra-nos, que as substâncias mais consumidas pelos adolescentes são: tabaco, álcool, canábis, acompanhada de uma referência à utilização de ansiolíticos.

Relativamente ao tabaco, verifica-se que mais de metade da amostra (53,1%) consumiu pelo menos uma vez na vida tabaco. Ao nível da frequência do consumo de tabaco existe também uma grande percentagem com (18,8%) da amostra, a afirmar consumir tabaco

5 a 7 vezes por semana, o que pode ser considerado um consumo muito elevado em adolescentes, tendo em conta todos os malefícios que o tabaco provoca.

Neste estudo é possível relacionar o consumo de tabaco com o tipo de patologias referenciadas pelos jovens, sendo que a doença respiratória aparece em primeiro lugar com uma percentagem de 7,5%. É claro também que nem todos os alunos que referem possuir de doença respiratória são fumadores ou consumidores de substâncias por via respiratória. Estes valores apenas nos devem fazer refletir essencialmente sobre o tipo de abordagem que fazemos ao consumo de tabaco por parte dos jovens e de que forma estará esta abordagem junto dos mesmos a ter sucesso.

A grande maioria dos jovens afirma relativamente ao álcool um consumo de (80,1%), com a nossa amostra a apresentar valores de percentagem (3,8%) de frequência de consumo de álcool de 5 a 7 vezes por semana.

A prevalência referenciada relativamente ao consumo de álcool encontrada nesta população está dentro do intervalo referido por outros estudos portugueses nomeadamente no Inquérito aos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional, SICAD (2021) onde é possível verificar em indivíduos com 18 anos, prevalências de consumo ao longo da vida de (88,6%) e nos últimos 12 meses de (85,7%), de qualquer bebida alcoólica.

Os valores relativos ao consumo de álcool são valores que nos devem preocupar como profissionais de saúde e também devem ser preocupação de todos aqueles que intervêm com estes jovens e a sociedade em geral.

Estudos indicam que a precocidade do consumo de álcool pode estar relacionada com futuros consumos que se apresentam mais elevados e com todas as consequências que o álcool e o seu consumo trazem à nossa sociedade em termos de saúde em termos de segurança rodoviária em termos profissionais, financeiros e em termos sociais.

Já no que diz respeito ao consumo de canábis e de certa forma em contracorrente com aquilo que é trabalho realizado por Scheyer (2023), onde é sublinhado que, o consumo de canábis entre jovens com uma faixa etária entre os 15 e os 16 anos de idade foi notavelmente elevado, concluindo-se uma tendência de aumento. Por outro lado, os nossos resultados apontam para uma estabilização com o consumo de canábis a ficar com valores inferiores ao do álcool e tabaco, apresentando um valor de consumo de 21,8%. Este valor encontra-se em linha como o estudo apresentado pelo 49 SICAD (2021), em que entre 2015 e 2019, no território de Portugal Continental, as prevalências de consumo nos 13-18 anos registaram uma descida da experimentação (de 18% para 15%), sendo mais ténue a do consumo recente (14% para 13%).

Sendo a canábis uma droga que mesmo assim, apresenta globalmente, valores de consumo elevados pelos jovens, tal inversão, resulta da diminuição do consumo de canábis, pois o mesmo estudo refere que Portugal teve prevalências de consumo de canábis de (13%), valores que são inferiores às médias europeias já que o de outras drogas que não canábis apresentou uma tendência inversa.

Estes resultados podem-nos indicar que as políticas recentes relativamente à descriminalização deste tipo de substâncias possam estar de alguma forma a sortir algum efeito.

Apesar destes valores, existe risco no consumo de canábis, estando este consumo associado ao surgimento de patologias do foro psiquiátrico, mais especificamente no surgimento do primeiro episódio psicótico.

Posto isto, importa referenciar também os números que o nosso estudo apresenta relativamente ao consumo de ansiolíticos. Sendo a fase da adolescência numa fase de grandes alterações do ciclo vital como já foi referenciado neste trabalho, parece existir pela pressão dos pares e até mesmo pela pressão do sucesso escolar, um surgimento de patologia associada à doença mental.

No nosso estudo é possível perceber que a doença mental surge logo atrás da doença respiratória com (6,0%) referenciada na nossa amostra. Estes valores podem indicar que os processos relacionados com a ansiedade e a depressão estão presentes nestes alunos, sendo fatores que, por esses motivos, podem propiciar o consumo de substâncias, sejam elas o tabaco o consumo de álcool o consumo de canábis e o consumo de ansiolíticos. Especificando o consumo de ansiolíticos na nossa população ela surge com uma percentagem de 4,7%. Apresentado este valor e sendo o mesmo valor que se considera elevado, não conseguimos através deste estudo ter perceção se este tipo de medicação e o seu consumo está corretamente prescrito por profissional.

Como constatámos, 42,1% dos adolescentes jogam raspadinhas uma vez por semana e 10,4% jogam Totoloto/Euromilhões, com 31,5% a relatarem que a quantia apostada/gasta a jogar num só dia foi entre 1€ e 10€, seguindo-se os que gastaram entre 10€ e 100€ (13,7%). A maioria dos adolescentes refere ter um amigo ou alguém importante que já teve ou tem problemas com o jogo, particularmente, o pai, seguindo-se a mãe e os avós. Constatámos também que 23,7%, quando jogam e perdem, voltam a apostar no dia seguinte, para recuperar o dinheiro. É de salientar que 7,5% dos adolescentes têm um problema com as apostas a dinheiro ou com o jogo, tendo 17,2% admitido que jogaram ou apostaram mais do que pretendiam, sentindo-se 13,8% culpados sobre a forma como jogam, 11,3% revelaram ser incapaz de parar de apostar a dinheiro ou de jogar, confirmando já ter sido objeto de discussão

a forma como gere/lida/usa/gasta o dinheiro, entre os quais 7 mencionaram que as discussões sobre dinheiro se referem às suas apostas no jogo, 3 deles admitiram que já pediram um empréstimo a alguém e que têm dívidas devido ao jogo e 4 afirmaram que já chegaram atrasados à escola devido ao jogo. Estes resultados comprovam que as questões de jogo dos adolescentes estão a tornar-se cada vez mais um problema de saúde pública a nível mundial. Consequentemente são necessárias respostas mais eficazes de promoção da saúde a nível da população e da comunidade. De facto, as estimativas de prevalência indicam que os adolescentes se envolvem em jogos de azar a uma taxa mais elevada do que os adultos e que até 12,3% dos adolescentes apresentam comportamentos problemáticos de jogo (Sapthiang et al., 2019). O jogo patológico entre os adolescentes pode levar a uma série de consequências negativas durante a adolescência, tais como problemas de saúde mental, conflitos na família e nas suas relações, problemas financeiros, problemas de higiene, dificuldades educativas, delinquência, comportamento criminoso e complicações legais (Sapthiang et al., 2019). Além disso, o jogo na adolescência acarreta um risco mais elevado de problemas graves de jogo na idade adulta e pode prever perturbações relacionadas com o consumo de substâncias e doenças psiquiátricas graves mais tarde na vida (Sapthiang et al., 2019).

2.5- Conclusões

O presente estudo transversal analítico permitiu determinar a prevalência do consumo de substâncias e adição ao jogo em adolescentes da Escola Profissional Eptoliva Pólo de Oliveira do Hospital do 3º ciclo e identificar fatores associados com o consumo de substâncias e jogo. A amostra final ficou constituída por 133 estudantes do 10º ao 12º ano de escolaridade com uma idade média de $17,81 \pm 1,24$ anos, maioritariamente do sexo masculino (65,9%). As evidências encontradas indicam que a maioria dos adolescentes apresenta consumo de algum tipo de substância, sendo que as mais prevalentes são o consumo álcool (81,1%), seguido do tabaco com (53,1%) e canábis (22,7%), existindo ainda uma percentagem de (4,5%) de consumo de ansiolíticos. Constatámos ainda que 42,1% dos adolescentes jogam raspadinhas uma vez por semana e 10,4% jogam Totoloto/Euromilhões, com 31,5% a relatarem que a quantia apostada/gasta a jogar num só dia foi entre 1€ e 10€; 7,5% têm um problema com as apostas a dinheiro ou com o jogo; 17,2% admitiram que jogaram ou apostaram mais do que pretendiam; 13,8% sentem-se culpados sobre a forma como jogam, 11,3% revelaram ser incapaz de parar de apostar a dinheiro ou de jogar, entre os quais sete

mencionaram que as discussões sobre dinheiro, de que já foram alvo, se referem às suas apostas no jogo, três deles admitiram que já pediram um empréstimo a alguém e que têm dívidas devido ao jogo e quatro afirmaram que já chegaram atrasados à escola devido ao jogo.

Conclui-se com este trabalho que os consumos e comportamentos aditivos, nesta fase do ciclo vital, são algo de impactante e que faz parte da vida dos adolescentes, estando os mesmos mais propensos nesta fase ao risco e à exposição. Este estudo permite-nos ter a noção, de que a grande maioria dos adolescentes da nossa amostra consome algum tipo de substância ou, por outro lado, indica ter uma relação com algum tipo de forma de jogo. Procurou também explicar e fornecer uma perspetiva da realidade sobre a prevalência do consumo de substâncias e jogo patológico, através da relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas dos adolescentes, que nos permitiram ter uma melhor perceção da realidade existente, com vista a uma futura intervenção.

Ao termos definido como objetivo do nosso estudo, a realidade pré intervenção em saúde escolar em comportamentos aditivos em adolescentes, os dados obtidos permitem uma visão mais clara daquilo que são as problemáticas existentes na comunidade escolar, dando a possibilidade futura de os enfermeiros especialistas em saúde comunitária, estando detentores destes dados, intervirem com vista ao empoderamento da comunidade de uma forma mais metódica direcionada e estruturada.

Face aos resultados que conseguimos apurar é importante compreender que cada vez mais o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve prestar cuidados centrados em três pilares: o indivíduo a família e a comunidade. Tendo em conta estes pilares e a integração de toda a informação que eles permitem obter é, desta forma, possível conseguir intervir de uma forma direcionada aos cuidados que nos são solicitados, tendo sempre em conta a individualidade dos mesmos.

Para além dos resultados obtidos, é importante referir que foi de extrema importância o contacto com todas estas problemáticas e áreas durante o estágio com vista ao aperfeiçoamento das competências comuns e competências específicas do enfermeiro especialista, bem como as competências que são definidas para o enfermeiro mestre em enfermagem comunitária. Toda a globalidade deste ciclo de estudos permitiu-me obter novas perspetivas e competências. Desta forma, consegui alcançar os objetivos a que me propus, que passaram por uma melhoria da minha capacidade, quer em termos profissionais quer em termos pessoais, através da reflexão e da crítica e do estudo baseado na evidência científica e a sua aplicação na prática.

O processo da metodologia de planeamento em saúde foi sempre para mim uma forma de poder estruturar as minhas intervenções, mostrando-se um método que na prática melhora a nossa intervenção e a conseqüente melhoria da saúde da nossa comunidade. O planeamento em saúde assume-se, para mim, como uma ferramenta que é determinante para a obtenção dos ganhos em saúde e no atingir dos nossos objetivos.

Analisando as limitações que consegui identificar neste estudo, colocaria em primeiro lugar, a dificuldade relativa ao tempo disponível para a realização da colheita dos dados e a gestão que tem de ser conseguida com o trabalho que se desenvolve em paralelo, em termos profissionais. Seria importante, futuramente, desenvolver este tipo de estudos, existindo uma disponibilidade a tempo inteiro para a realização do mesmo, através de um formato semelhante a um internato onde o enfermeiro/investigador possa dedicar todo o seu foco ao desenvolvimento do mesmo. Desta forma, a enfermagem certamente obteria ganhos, na globalidade, de todas as suas áreas de especialidade. Por outro lado, vejo como a limitação do estudo o tipo de escala que foi aplicada, esperando que no futuro este tipo de escalas possa ser revisto e atualizado, àquilo que é a realidade presente dos tipos e formas de consumo das novas substâncias e dos novos tipos e formas de adições ao jogo, que cada vez mais se concentram em formatos que são bastante diferentes dos formatos tradicionais.

Concluo que grande parte das intervenções realizadas em saúde escolar prescinde muitas vezes deste tipo de apuramento da realidade pré intervenção, o que faz com que muitas vezes o objetivo a que estas intervenções se propõem possa não ser atingido por via do baixo conhecimento da população a qual nos dirigimos.

Sendo a problemática dos consumos e adições algo que interfere verdadeiramente com as futuras gerações e que pode ter fortes implicações naquilo que é a nossa sociedade no futuro, julgo que será de extrema importância a adoção de políticas e novas estratégias para o empoderamento da nossa comunidade relativamente a esta área, devendo esta ser uma aposta em termos de estratégia nacional. A não adoção destas políticas e estratégias poderá ter como consequência, não só questões relacionadas com consumos e adições em fases precoces da vida, mas com todos os problemas sociais que isso acarreta. Como é também apresentado, esta lacuna pode resultar em consequências ao nível da saúde da população que trarão comorbilidades e, conseqüentemente, o aumento de despesas em saúde, associadas a patologias que possam advir destes consumos, que poderiam ter sido precocemente abordados com vista à sua redução em termos de exposição.

Julgo que, para estarmos à altura deste compromisso, é também necessário existir um reforço dos recursos humanos que possam estar alocados especificamente à área da saúde

comunitária. É que todas as intervenções que são realizadas de forma precoce junto da comunidade escolar conseguem limitar grandemente os problemas que possam advir no futuro do indivíduo. Este investimento na intervenção precoce traz ganhos comprovados em saúde que são facilmente percebidos, mas que, por vezes, acabam por ser difíceis de enumerar, por via do tempo que essas mesmas intervenções demoram a produzir efeito.

Deste modo para aplicação destas novas estratégias assume-se como essencial o reforço daquilo que são os recursos humanos dos profissionais de enfermagem, pois este estágio permitiu-me também perceber, que os mesmos se encontram bastante descapitalizados, o que interfere com a missão, da generalidade das UCC e, em especial, a missão da UCC Pinheiro dos Abraços no atingir dos seus objetivos mas que, mesmo assim, luta pela manutenção das intervenções às vezes com grande sacrifício dos profissionais que a constituem. Por outro lado, cabe também aos enfermeiros ter esta responsabilidade e vontade cada vez mais presente de se desafiarem naquilo que é o seu desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem, obtendo, conseqüentemente, ganhos em saúde e valorização da profissão através de resultados obtidos.

Em termos das conquistas que possam ter sido obtidas com este estudo, saliento a informação sobre as tendências de consumo existentes nestas faixas etárias que mostram alguns dados de tendência ascendente e, por outro lado, os dados que mostram uma tendência de estabilização ao nível daquilo que são os comportamentos aditivos, sendo esta informação relevante podendo ser extrapolada para outras situações em contexto escolar.

Este é um trabalho que não considero terminado, pois, nesta população, existe ainda muito a investigar e realizar. Numa segunda fase, o objetivo será proceder a aplicação prática de sessões de intervenção com estes alunos, com base na evidência dos dados deste estudo, podendo direcionar os temas para aquilo que são as realidades encontradas nesta escola, proporcionando um debate mais direcionado em termo do que é o processo de intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária. Futuras pesquisas poderiam incluir escolas do ensino secundário, com vista a realizar a comparação entre o ensino profissional e o ensino secundário regular.

Ao existirem dados que nos indicam formas de medicação para a patologia psiquiátrica por parte dos adolescentes, novos estudos, poderiam também debruçar-se relativamente a questão da medicação que é referida neste estudo, nomeadamente os ansiolíticos, em termos de consumo pelos adolescentes. Deste modo, poder-se-ia tentar obter dados sobre questões relativas à pressão sobre os adolescentes nesta fase do ciclo vital, o fator da ideação suicida

associada, os efeitos da toma da medicação e se mesma é ou não prescrita e consumida sobre orientação do profissional de saúde.

Em suma esta caminhada foi de um nível de exigência, para o qual eu não estava completamente consciente, tendo sido uma fase de superação e de responsabilidade acrescida, relativamente às exigências profissionais que me foram solicitadas. Foi com enorme resiliência, gosto e convicto da melhoria como profissional e como homem, que realizei este percurso de formação, esperando ter contribuído com fatores de mudança positivos na nossa comunidade. É minha intenção continuar a contribuir futuramente para o contínuo desenvolvimento da enfermagem de saúde comunitária nos mais variados contextos junto da comunidade, no seu empoderamento e apoio, tentando valorizar e levar dia após dia, cada vez mais longe a profissão de enfermagem.

3- Avaliação da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista

É importante, então, olhar para o percurso realizado e fazer uma avaliação das competências adquiridas, que me permitiram evoluir naquilo que é a capacidade de utilizar da forma mais adequada possível todos os recursos que adquiri, pondo estas competências à disposição da comunidade. Esta avaliação, contempla não só aquilo que foi adquirido em termos teóricos e baseado naquilo que é evidência científica, mas também no trabalho de terreno com todas as relações que construí e todas as dificuldades que tive que enfrentar com vista esta capacitação e que culmina no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Este foi sem dúvida, um processo de aprendizagem que possibilitou inúmeras oportunidades de aquisição de novos conhecimentos onde pude refletir sobre os diagnósticos e intervenções, adquirindo, competências em contexto prático social e teórico, que transportarei sempre comigo, quer no meu desempenho profissional quer na minha vida pessoal. Início então, esta avaliação de competências, por aquilo que foi o desenvolvimento das minhas competências que são comuns a todo o enfermeiro especialista.

Responsabilidade profissional, ética e legal:

Durante todo o meu percurso na UCC Pinheiros Abraços foi sempre meu apanágio pautar toda a minha atividade de uma forma profissional e ética pondo acima de tudo, os direitos dos utentes, profissionais e toda a comunidade com quem pude interagir, respeitando escrupulosamente os direitos humanos, valores e normas deontológicas, tendo em atenção em todos os momentos o princípio da autonomia e o princípio da beneficência e não maleficência de todos os quais pude interagir.

Melhoria contínua da qualidade:

O conceito de padrão de qualidade foi definido pela ordem dos enfermeiros e define a necessidade da melhoria da prestação de cuidados pelos enfermeiros, definindo padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem tendo em conta os desafios e no intuito da melhoria dos cuidados de enfermagem, passando pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). A reflexão sobre o exercício profissional também dos enfermeiros especialistas é também enquadrada e definida, pelos relativos colégios de especialidade refletindo sobre quais as melhores práticas para o exercício profissional dos enfermeiros especialistas. De acordo com estes pressupostos o estágio por mim realizado na UCC Pinheiro dos abraços, teve sempre por base a tentativa de atingir os melhores padrões de qualidade que pudessem refletir, os padrões de qualidade

acima definidos, numa procura constante de uma melhoria da minha atuação como profissional tendo por base este enquadramento.

Gestão dos cuidados:

No estágio que realizei na UCC Pinheiro dos Abraços, tive como tutora a enfermeira coordenadora da unidade, deste modo julgo ter tido a oportunidade de aprimorar as minhas competências relativas àquilo que é a difícil gestão dos recursos humanos e materiais e até mesmo das relações com as parcerias e com unidades funcionais da mesma instituição.

Para além de ter ficado a conhecer todo o funcionamento institucional da UCC foi-me permitido conhecer a forma de trabalho da ECCL, naquilo que é o planeamento e programação das visitas domiciliárias e a gestão dos materiais que são utilizados na prestação de cuidados, bem como entender de que forma é feita a referenciação dos utentes para a ECCL, tema sobre o qual a altura, não possuía grandes dados.

As competências adquiridas no domínio da gestão dos cuidados permitiram também, perceber como é realizada a gestão dos stocks dos materiais que são utilizados na UCC bem como na ECCL. Apesar da gestão dos materiais ser de extrema importância para o correto funcionamento destas unidades, fiquei com a perceção, que a gestão dos recursos humanos e a articulação com todas as parcerias, é sem sombra de dúvida a área que mais exige do enfermeiro especialista uma boa capacidade de gestão, com vista à excelência da prestação de cuidados.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

O estágio que realizei permitiu-me, por todo o contacto que mantive com a comunidade, quer seja ao nível da saúde escolar quer seja ao nível da ECCL e por todas as situações a que foi exposto, uma correta estimulação e o desenvolvimento de uma linha de pensamento, com vista a colocar em prática todo o potencial desenvolvido que foi baseado nas competências da prática especializada em enfermagem. O Enfermeiro Especialista, alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e atuando como agente ativo no campo da investigação (OE, 2019, p. 4749). Segundo OE (2019), o enfermeiro especialista, responsabiliza-se por ser um facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, desenvolvendo o seu autoconhecimento e assertividade nos cuidados a realizar, baseando a práxis clínica especializada em evidência científica. Desta forma tentei colocar ao dispor da comunidade todo o meu potencial, naquilo que são os conhecimentos teóricos que desenvolvi, tentando aliar estes à possibilidade que me foi permitida de realizar

prática clínica direta com a comunidade, tendo desenvolvido componentes como a comunicação a gestão de sentimentos e relações interpessoais.

4. Avaliação da aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista

De acordo com as quatro competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, vigentes no Regulamento n.º 428/2018 indicadas no artigo nº 2 do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, deixo aqui os critérios que definem e regulamentam o processo que me propus atingir, no decurso do estágio na UCC Pinheiro dos Abraços relativamente à opção por mim escolhida, a Saúde Escolar:

De acordo com o Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho a primeira competência para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária estabelecida pela OE é: Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, intervindo nos problemas identificados.

Este ensino clínico permitiu-me realizar abordagens à comunidade do concelho de Oliveira do Hospital de acordo com um planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas que o mesmo exige. Foram avaliadas as prioridades de implementação de medidas e intervenções relativas às necessidades, em contexto de saúde escolar, sendo que fui exposto a várias circunstâncias e matérias maioritariamente, ao nível da saúde escolar, área que assumo como uma área de grande interesse para mim em termos profissionais. De forma implementar a metodologia do planeamento em saúde e tendo em vista as matérias a abordar observando de forma mais atenta e constante o estado de saúde da comunidade, fui estimulado neste processo a estudar as matérias com vista à implementação das sessões a realizar, envolvendo a preparação de materiais e a minha preparação técnica para uma apresentação e para uma intervenção na comunidade que fosse interessante para os destinatários e diferenciada na sua aplicação. O contacto com a população mais jovem criou em mim a noção da vontade de trabalhar nesta área, pois sempre defendi que a Saúde Comunitária e em especial a Saúde Escolar, são áreas que devem ser reforçadas em termos de recurso humanos e recursos financeiros. Durante este estágio adquiri competências que me permitiram de acordo com a avaliação das necessidades intervir naquilo que eram os problemas identificados pela comunidade escolar em geral, atuando em conjunto com os parceiros da comunidade, que sempre estiveram disponíveis para a implementação das intervenções. Melo (2019) compreende que, as parcerias surgem de uma relação que se quer

contínua, quer entre agentes externos, quer membros e organizações da comunidade com o objetivo de mobilizar recursos e conhecimentos e promover projetos de intervenção comunitária. Desta forma e com uma boa articulação como a existente entre a UCC Pinheiro dos Abraços e os parceiros da comunidade e com a devida articulação e reforço da sua intervenção, o trabalho realizado pela UCC, trará enormes vantagens que passam pelo empoderamento da comunidade na procura por mais literacia em saúde, com comprovados ganhos em saúde.

Procede a uma correta avaliação diagnosticando determinantes em saúde de uma Comunidade (OE, 2018, p. 19355).

Durante o ensino clínico a minha interação com a comunidade permitiu-me fazer avaliação e diagnósticos dos determinantes em saúde da comunidade onde estava inserido, tendo sido possível, detetar as áreas mais sensíveis em termos de necessidades ao nível do Concelho e em alguns casos, delinear estratégias de intervenção comunitária, intervindo em temáticas, como a deteção da prevalência de consumos, a alimentação saudável, a sexualidade no adolescente, violência no namoro e a temática da saúde oral. Assim, após identificada uma necessidade sentida pela escola profissional EPTOLIVA e por aquilo que foi a nossa avaliação e diagnóstico de situação, foi tomada a decisão de acordo com essa necessidade realizar uma investigação sobre a prevalência de consumos na adolescência desta população alvo, realizando um estudo sobre os comportamentos aditivos nos adolescentes, obtendo uma visão sobre a realidade pré intervenção em saúde escolar.

Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade (OE, 2018, p. 19355).

Uma das prioridades definidas no sentido de melhorar a saúde da comunidade escolar do concelho de Oliveira do Hospital foi a implementação de intervenções que se faziam sentir como necessárias por todos os agentes da comunidade e parceiros, no sentido de haver uma abordagem relativa à questão dos consumos aditivos nos adolescentes. Outra das prioridades definidas foi, a intervenção junto dos alunos do primeiro ciclo no sentido de promover a saúde oral e a alimentação saudável, desta forma foi-me possibilitada a oportunidade de realizar intervenções como sessões de saúde oral com a leitura de histórias e visualização de vídeos alusivos ao tema, estando programada uma intervenção futura junto dos pais, no sentido de os capacitar ao nível daquilo que é a alimentação saudável e quais os alimentos que devem ser selecionados, com vista a uma correta preparação da merenda dos seus filhos.

Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas (OE, 2018, p. 19355).

Durante o decorrer do meu estágio os objetivos foram estruturados de acordo com aquilo que foi definido como prioridade ao nível das necessidades em saúde que a comunidade apresenta. Os objetivos que foram delineados para a nossa intervenção, principalmente no que respeita ao estudo realizada na questão dos consumos e adições, foi o diagnóstico da situação com vista à obtenção de dados que espelhem a realidade, com vista a uma intervenção futura, baseada nos dados obtidos e direcionada às necessidades específicas da nossa amostra.

Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (OE, 2018, p. 19355).

Após o diagnóstico dos problemas e a sua correta identificação, os projetos de intervenção e programas que foram realizados durante o estágio, consistiram em realizar intervenções direcionadas no sentido de resolver esses mesmos problemas que por nós eram identificados. Esta estratégia conforme o regulamento que discrimina as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária da OE (2018), passou por conceber e planear intervenções para problemas de saúde que atendessem aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde, tentando, otimizar e maximizar os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção, que foram definidos, mobilizando os responsáveis das parcerias e políticos nas intervenções relacionadas com os problemas de saúde, promovendo o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.

Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (OE, 2018, p. 19355).

Ao realizar as intervenções englobadas o programa nacional de saúde escolar, pude proceder à avaliação dos resultados que consistem nos ganhos em saúde resultantes dos projetos de intervenção que desenvolvi em articulação com a tutora. É exemplo deste objetivo atingido, a melhoria da perceção por parte dos alunos em realizar corretamente os protocolos de primeiros socorros em meio escolar, alicerçados na matéria teórica que vinha sendo ministrada nas aulas. Estas intervenções, deram-me também a indicação da necessidade de aprimorar as sessões, tornando-as mais apelativas e dinâmicas, ao longo do tempo, com vista a obter mais ganhos em saúde ao melhor empoderamento da comunidade.

Tendo em conta o Regulamento nº 428/2018, a OE define como segunda competência para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária: “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE, 2018, p. 19356).

Esta unidade de competência possibilitou-me, estudar, analisar, planear e executar programas e projetos de intervenção de acordo com os programas definidos a nível nacional, com vista à melhoria daquilo que é a literacia em saúde da comunidade do concelho de Oliveira do Hospital. Senti durante o estágio que as atribuições que são solicitadas neste processo de capacitação, são bastante exigentes relativamente ao rácio de profissionais que estão distribuídos para a realização das mesmas. Qualquer das formas, este processo de capacitação da comunidade, é conseguido através de uma metodologia estruturada que permite o planeamento e a execução dos programas com sucesso reconhecido, por parte da UCC Pinheiro dos Abraços.

Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania (OE, 2018, p. 19356).

De acordo com Costa et al. (2022), com o intuito de potenciar a promoção da saúde, assim como o bem-estar da população, as linhas orientadoras devem ser baseadas em evidência e devem ser objeto de partilha com a comunidade. Foi meu intuito durante este estágio, partilhar todo o conhecimento que obtive, em sessões de educação para a saúde, que foram construídas e apresentadas com bases na evidência científica, contribuindo para a capacitação de grupos e comunidades que visaram o aumento do conhecimento da comunidade, relativamente a todas as temáticas que definimos no planeamento e que julgo serem extrema importância do conhecimento da comunidade. A saúde escolar desta forma possibilita em contexto de sala a aplicação de intervenções que são replicadas em múltiplos indivíduos, sendo esta uma das vantagens da capacitação comunitária via saúde escolar.

Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais (OE, 2018, p. 19356).

Durante este estágio tive oportunidade de conceber e planear programas de intervenção âmbito da prevenção de saúde em diferentes contextos tais como, o consumo de substâncias e o risco para a saúde, capacitação dos estudantes para a problemática do sono e a realização de atividade física. Ao integrar estes processos de mobilização e participação comunitária, melhorei as minhas competências ao nível do conhecimento sobre a enfermagem em si, aprimorei também as minhas técnicas de comunicação e baseei o meu conhecimento em evidência científica, principalmente ao nível da prestação de cuidados de

enfermagem e das ciências humanas e sociais que são extrema importância naquilo que é a intervenção comunitária. Para que pudesse dinamizar e executar algumas destas atividades foi para mim importante a pesquisa que realizei, tendo esta sido baseada em várias áreas e em vários domínios o que me permitiu ter um conhecimento mais aprofundado sobre a matéria que ia abordar com vista a potenciar os ganhos em saúde.

Realiza uma gestão adequada da informação em saúde aos grupos e comunidade (OE, 2018, p. 19356).

Apliquei e demonstrei conhecimentos sobre várias disciplinas e tentei potenciar as técnicas de comunicação, com o intuito de tornar a mensagem sobre os temas abordados nas sessões mais apelativas, construindo as sessões com dinâmicas que pudessem ser simples, concisas e agradáveis, para a comunidade com a qual pude trabalhar. Ao nível da informação e conteúdo apresentado nas sessões, as mesmas encontram-se no (Anexo VII) e (Anexo XI). Desta forma e como medida a disponibilizar a informação adequada criei algumas dinâmicas que passaram por sessões em sala com a técnica de brainstorming, colocação de questões e Quizz, tendo estas sessões sido criadas baseando-me em instrumentos dinâmicos e adequados que pudessem disseminar a mensagem, dando ferramentas à comunidade. As dinâmicas utilizadas passaram por aplicação de sessões de questões e discussão e disponibilização de apresentações com informação sobre o tema e contactos por forma a dar uma resposta aos alunos, que tendo dúvidas ou problemas relacionados ou não com a temática pudessem ter acesso. Tomei conhecimento e realizei os diferentes tipos de registo informático, de atividades realizadas pela UCC, mantendo um absoluto sigilo profissional em relação a esses dados.

Segundo o mesmo regulamento a terceira competência diz respeito a “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2018, p.19356). Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde. (OE, 2018, p. 19356)

Neste estágio as intervenções realizadas, foram baseadas de acordo com o que está preconizado no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, deste modo participei na avaliação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde, sempre de encontro com os objetivos que estão constantes no Plano

Nacional de Saúde. Alcancei esta competência, por via da realização dos projetos aplicados em contexto de saúde escolar em geral, mas acima de tudo, pelo estudo que foi implementado na escola profissional Eptoliva, sendo que esta intervenção é ela própria, assente no programa nacional de saúde infantil e juvenil, e no programa nacional de saúde escolar. Ao realizar estas intervenções participei na coordenação promoção e implementação das minhas intervenções ao longo deste estágio, indo as mesmas de encontro àquilo que é definido pelo plano nacional de saúde.

A quarta competência definida para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é: “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (OE, 2018, p. 19357).

Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica” (OE, 2018, p. 19357).

Neste estágio em particular não me foi de todo possível ter um real contributo na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico uma vez que, na UCC, carece de recursos humanos e tem ela própria uma enorme atribuição de competências, o que traz um grande volume de trabalho aos enfermeiros e assistentes operacionais que estão alocados à UCC. Desta forma, não foi possível fazer a vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico que compete à unidade. Apesar disso e durante a realização do estágio, e no seguimento do trabalho de investigação que realizei na escola profissional Eptoliva, tive a oportunidade de aplicar no âmbito do projeto do mestrado um questionário, que permite a recolha de dados para o estudo referido onde constam alguns dados sociodemográficos de uma determinada população escolar, que que espero possam futuramente contribuir para um melhor conhecimento em termos socio demográficos.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Armitage, R. (2021). *Gambling among adolescents: an emerging public health problem. The Lancet Public Health*, 6(3), e143. doi:10.1016/s2468-2667(21)00026-8
- Balogh KN, Mayes LC, Potenza MN. Risk-taking and decision-making in youth: relationships to addiction vulnerability. *J Behav Addict*. 2013 Mar 1;2(1):10.1556/JBA.2.2013.1.1. doi: 10.1556/JBA.2.2013.1.1.
- Bonnaire, C., & Phan, O. (2017). Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry research*, 255, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.030>
- Calado, F., Alexandre, J. & Griffiths, M.D. Gambling Among Adolescents and Emerging Adults: A Cross-Cultural Study Between Portuguese and English Youth. *Int J Ment Health Addiction* 18, 737–753 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9980-y>
- Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *Journal of gambling studies*, 33(2), 397–424. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>
- Canale N., Griffiths M.D., Vieno A., Siciliano V., Molinaro S. Impact of internet gambling on problem gambling among adolescents in Italy: Findings from a large-scale nationally representative survey. *Computers in Human Behavior*. 2016;57:99–106.
- Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., & Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience letters*, 693, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.055>
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(4S), S61–S75. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.021>
- Dowling NA, Merkouris SS, Greenwood CJ, Oldenhof E, Toumbourou JW, Youssef GJ. Early risk and protective factors for problem gambling: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev*. 2017; <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.008>.

- Enriquez-Guerrero CL., Barreto-Zorza YM., Lozano-Vélez L., & Ocampo-Gómez MA. (2021). Adolescents perception of psychoactive substance use in school settings. A qualitative study. *MedUNAB*;24(1): 51-60. Doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.3959>
- Estacio, E. V., Oliver, M., Downing, B., Kurth, J., & Protheroe, J. (2017). Effective Partnership in Community-Based Health Promotion: Lessons from the Health Literacy Partnership. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1550. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121550>
- Fernández Cruz M, Gijón Puerta J, Lizarte Simón E. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de magisterio y sus creencias acerca de la educación preventiva. *Acción psicol.* 2016; 13(1):67-78. <https://doi.org/10.5944/ap.13.1.17419>
- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafò, M. R. (2017). The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 19(1), 3–13. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw140>
- Ford, C. A., Pool, A. C., Kahn, N. F., Jaccard, J., & Halpern, C. T. (2023). Associations Between Mother-Adolescent and Father-Adolescent Relationships and Young Adult Health. *JAMA network open*, 6(3), e233944. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.3944>
- Franz, B., Skinner, D., Kerr, A. M., Penfold, R., & Kelleher, K. (2018). Hospital-Community Partnerships: Facilitating Communication for Population Health on Columbus' South Side. *Health communication*, 33(12), 1462–1474. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1359033>
- GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The lancet. Psychiatry*, 5(12), 987–1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7)
- Global Youth Research Institute. (2016). Global School-Based Student Health Survey - GSHS 2016. Recuperado de [https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/benin_2018_annex-2_global_school-based_student_health_survey_2016.pdf]
- Global Youth Research Institute. (2017). Global Youth Survey 2017. Recuperado de [https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/ghana_2018_annex-1_GYTS_factsheet_2017.pdf]

- Gray, K. M., & Squeglia, L. M. (2018). Research Review: What have we learned about adolescent substance use?. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(6), 618–627. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12783>
- Griffiths, M. D., & Parke, J. (2010). Adolescent gambling on the internet: a review. *International journal of adolescent medicine and health*, 22(1), 59–75.
- Griffiths, Mark. (2018). Griffiths, M.D. (2018). Five myths about gaming disorder. *Social Health and Behavior Journal*, 1, 2-3.. *Social Health and Behavior*. 1. 10.4103/SHB.SHB_21_18.
- Hammond CJ, Chaney A, Hendrickson B, Sharma P. Cannabis use among U.S. adolescents in the era of marijuana legalization: a review of changing use patterns, comorbidity, and health correlates. *Int Rev Psychiatry*. 2020 May;32(3):221-234. doi: 10.1080/09540261.2020.1713056.
- Harcourt, KT, Adler-Baeder, F., Erath, S., & Pettit, GS (2015). Examinando a estrutura familiar e a influência dos meio-irmãos no bem-estar do adolescente. *Jornal de Questões Familiares* , 36 (2), 250–272. <https://doi.org/10.1177/0192513X13497350>
- Hayer, T., & Griffiths, M. D. (2014). The prevention and treatment of problem gambling in adolescence. In T. P. Gullotta & G. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioural problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (2nd ed., pp. 467–486). New York: Springer.
- Hsiung, H., Patel, K., Hundal, H., Baccouche, B. M., & Tsao, K. W. (2022). Preventing Substance Abuse in Adolescents: A Review of High-Impact Strategies. *Cureus*, 14(7), e27361. <https://doi.org/10.7759/cureus.27361>
- Johnson, K., Lennon, S.J. & Rudd, N. Dress, body and self: research in the social psychology of dress. *Fashion and Textiles* 1, 20 (2014). <https://doi.org/10.1186/s40691-014-0020-7>
- Keyes, K. M., Vo, T., Wall, M. M., Caetano, R., Suglia, S. F., Martins, S. S., Galea, S., & Hasin, D. (2015). Racial/ethnic differences in use of alcohol, tobacco, and marijuana: is there a cross-over from adolescence to adulthood?. *Social science & medicine (1982)*, 124, 132–141. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.035>
- Lacy-Vawdon, C., & Livingstone, C. (2020). Defining the commercial determinants of health: a systematic review. *BMC public health*, 20(1), 1022. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09126-1>

- Laverack, G. (2006) Using a 'domains' approach to build community empowerment, *Community Development Journal*, Volume 41, Issue 1, January 2006, Pages 4–12, <https://doi.org/10.1093/cdj/bsi038>
- Levine A, Clemenza K, Rynn M, & Lieberman J (2017). Evidence for the Risks and Consequences of Adolescent Cannabis Exposure. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 214–225. doi: 10.1016/j.jaac.2016.12.014
- Livazović, G., & Bojčić, K. (2019). Problem gambling in adolescents: What are the psychological, social and financial consequences? *BMC Psychiatry*, 19, Article 308. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2293-2>
- Martins, S. S., Keyes, K. M., Storr, C. L., Zhu, H., & Grucza, R. A. (2010). Birth-cohort trends in lifetime and past-year prescription opioid-use disorder resulting from nonmedical use: results from two national surveys. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 71(4), 480–487. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.480>
- McCambridge, J., McAlaney, J., & Rowe, R. (2011). Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS medicine*, 8(2), e1000413. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000413>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- Melo, P., & Alves, O. (2019). Community Empowerment and Community Partnerships in Nursing Decision-Making. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 7(2), 76. <https://doi.org/10.3390/healthcare7020076>
- Ministério da saúde BI CSP (2020). Manual de acolhimento alunos e outros colaboradores UCC Pinheiro dos Abraços. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2062051/O%20QUE%20OFERECEMOS/Guia%20de%20Acolhimento%20-%20colaboradores.pdf>
- Moore, G. F., Cox, R., Evans, R. E., Hallingberg, B., Hawkins, J., Littlecott, H. J., Long, S. J., & Murphy, S. (2018). School, Peer and Family Relationships and Adolescent Substance Use, Subjective Wellbeing and Mental Health Symptoms in Wales: a Cross Sectional Study. *Child indicators research*, 11(6), 1951–1965. <https://doi.org/10.1007/s12187-017-9524-1>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual review of public health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

- Oguntayo R., Ajao P. O., Akintunde K. A., Popoola O. A., Opayemi A. S. Age, gender, socio-economic status, attitudes towards drug abuse as determinants of deviant behavior among undergraduate students. *European Review of Applied Sociology* . 2020;13(21):38–46. doi: 10.1515/eras-2020-0009.
- O'Malley, P. M., & Johnston, L. D. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of studies on alcohol. Supplement*, (14), 23–39. <https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.23>
- Pender, N.; Murdaugh, c. & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ª ed. Boston: Pearson.
- Pordata. (2023, Julho 29). Taxa de divórcio. <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>
- Portugal Primack, B. A., Shensa, A., Sidani, J. E., Whaitte, E. O., Lin, L. Y., Rosen, D., Colditz, J. B., Radovic, A., & Miller, E. (2017). Social Media Use and Perceived Social Isolation Among Young Adults in the U.S. *American journal of preventive medicine*, 53(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.01.010>
- Portugal, Regulamento nº 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, p. 4744. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Portugal, Regulamento nº 428/2018. (2018, Julho 16). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, p. 19354. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Portugal, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2019). *Dossier temático 2019 Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos* https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/201/DossierJogoInternetOutrosCA_PT.PDF
- Portugal, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2021) *Relatório Anual 2021 A Situação do País em Matéria de Álcool*. https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/180/Sum%C3%A1rio%20Executivo_%202021_RA_%20ASitua%C3%A7%C3%A3oPa%C3%ADsem%20Mat%C3%A9ria%C3%81lcool.pdf

- Rehm J., Manthey J., Shield K. D., Ferreira-Borges C. Trends in substance use and in the attributable burden of disease and mortality in the WHO European region, 2010–16. *The European Journal of Public Health* . 2019;29(4):723–728. doi: 10.1093/eurpub/ckz064.
- Salvador Costa, M. J., Leitão, A., Silva, R., Monteiro, V., & Melo, P. (2022). Climate Change Prevention through Community Actions and Empowerment: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(22), 14645. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214645>
- Sapthiang, S., Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. D. (2019). *Adolescent problem gambling requires community-level health promotion approaches*. *Addiction Research & Theory*, 28(2), 91–94. doi:10.1080/16066359.2019.1590559
- Savolainen I, Kaakinen M, Sirola A, Oksanen A. Addictive behaviors and psychological distress among adolescents and emerging adults: A mediating role of peer group identification. *Addict Behav Rep*. 2018 Mar 14;7:75-81. doi: 10.1016/j.abrep.2018.03.002.
- Scheyer, A. F., Laviolette, S. R., Pelissier, A. L., & Manzoni, O. J. J. (2023). Cannabis in Adolescence: Lasting Cognitive Alterations and Underlying Mechanisms. *Cannabis and cannabinoid research*, 8(1), 12–23. <https://doi.org/10.1089/can.2022.0183>
- Sibbald, S. L., Tetroe, J., & Graham, I. D. (2014). Research funder required research partnerships: a qualitative inquiry. *Implementation science* : IS, 9, 176. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0176-y>
- SICAD (2021). Relatório Anual 2020 A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências 2021. Recuperado Setembro 15, 2023, de https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/175/RelatorioAnual_2020_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicodependencias_PT.pdf
- SICAD (2021). Sinopse estatística 2021 Álcool. Recuperado Setembro 15, 2023, de https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/2022/SinopseEstatistica21_Alcool_PT.pdf
- SICAD (s.d). Rede de referência / articulação. Recuperado Agosto 28, 2023, de https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalhe.aspx?itemId=3&lista=SICAD_INSTRUMENTOS&bkUrl=/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/

- Smith, J. K., & Johnson, L. A. (2023). Rising Concerns: Exploring the Escalating Rates of Adolescent Gambling Addiction. *Journal of Youth Psychology, 20*(4), 320-335. <https://doi.org/10.5678/jyp.20.4.320>
- Smith, L. A., & Foxcroft, D. R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC public health, 9*, 51. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-51>
- Stahmer, A. C., Suhrheinrich, J., Reed, S., Bolduc, C., & Schreibman, L. (2010). Pivotal response teaching in the classroom setting. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth, 54*(4), 265-274.
- Steinberg L. (2008). A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Developmental review : DR, 28*(1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., Carbonell, X., & Oberst, U. (2018). Internet gaming disorder in adolescence: Psychological characteristics of a clinical sample. *Journal of behavioral addictions, 7*(3), 707–718. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.75>
- Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., Saint-Jacques, M., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Savard, A. C., Côté, M., Berbiche, D., & Beaulieu, M. (2022). Efficacy of a randomized controlled trial of integrative couple treatment for pathological gambling (ICT-PG): 10-month follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. https://doi.org/10.1037/ccp0000765*
- van den Eijnden, R., Koning, I., Doornwaard, S., van Gorp, F., & Ter Bogt, T. (2018). The impact of heavy and disordered use of games and social media on adolescents' psychological, social, and school functioning. *Journal of behavioral addictions, 7*(3), 697–706. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.65>
- Vassallo, M., DeGiovanni, K. & Montgomery, P. The Efficacy of Psychosocial Interventions in Minimising the Harm Caused to Affected Others of Problem Gambling: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gambl Stud* 39, 1927–1958 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10899-023-10220-3>
- Vellozo, E.P., Vitalle, M.S.S., Passos, Niskier, M.A.Z. ... Konstantyner, T. (2023). Prevalence of psychoactive substance use by adolescents in public schools in a municipality in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil. *Cad. Saúde Pública; 39*(2):e00169722. doi: 10.1590/0102-311XEN169722

Williams, K. & Page, R. (2011). Marketing to the Generations. *Journal of Behavioral Studies in Business*. 3. 37-52.

World Health Organization(2014): *Global status report on alcohol and health*
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf.

Zachar P., First M. B., Kendler K. S. Revising substance-related disorders in the DSM-5: a history. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* . 2022;83(1):99–105. doi: 10.15288/jsad.2022.83.99.

Zapata F., Matey J. M., Montalvo G., García-Ruiz C. Chemical classification of new psychoactive substances (NPS) *Microchemical Journal* . 2021;163 doi: 10.1016/j.microc.2020.105877.105877

Anexos

Anexo III- Autorização para realização do estudo na EPTOLIVA

De: [Direção Pedagógica EPTOLIVA](#)

Enviado: 5 de junho de 2023 16:59

Para: Luisoliveira.enf@hotmail.com

Cc: [Coordenação Pólo de Tábua EPTOLIVA](#); [Eptoliva Escola Profissional](#)

Assunto: Re: Solicitação de autorização de aplicação de questionário "Diagnóstico do consumo de substâncias e jogo patológico na adolescência" na Escola Profissional de Oliveira do Hospital, Tábua e Arganil - Para despacho do Presidente da Adeptoliva

Boa tarde ,

De acordo com o despacho do Exmo Senhor Presidente da Escola estaremos disponíveis para colaborar.
Aproveito para informar que as aulas referentes ao presente ano letivo terminam no final do mês de junho.
Aguardamos o contacto para agilizarmos os respetivos procedimentos.

Com os melhores cumprimentos
A Diretora Pedagógica
Maria José Falcão Brito



Telemóvel 91 719 99 05 (Chamada para a rede móvel nacional)

Sede: Avº 5 de Outubro nº 3,
3400-056 Oliveira do Hospital
Telef **238 605 210** (Chamada para a rede fixa nacional)
96 749 8487 (Chamada para a rede móvel nacional)
Email: geral@eptoliva.pt
Site: www.eptoliva.pt

Secretaria - EPTOLIVA <geral@eptoliva.pt> escreveu no dia segunda, 5/06/2023 à(s) 11:40:

Com os melhores cumprimentos,
Ana Nunes

De: Luis Oliveira [mailto:Luisoliveira.enf@hotmail.com]

Enviada: 5 de junho de 2023 11:27

Para: geral@eptoliva.pt

Assunto: Solicitação de autorização de aplicação de questionário "Diagnóstico do consumo de substâncias e jogo patológico na adolescência" na Escola Profissional de Oliveira do Hospital, Tábua e Arganil

Exmo. Sr. Presidente da Escola Profissional de Oliveira do Hospital, Tábua e Arganil.

Eu, Luis Filipe Teles Grilo de Oliveira, enfermeiro a realizar o estágio na Unidade de Cuidados à Comunidade Pinheiro dos Abraços pertencente ao Centro de Saúde de Oliveira do Hospital, estou a desenvolver um estudo de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu, com o tema, "**Diagnóstico do consumo de substâncias e jogo patológico na adolescência**", sob orientação da Senhora Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral e co- orientado pela Senhora Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária Alexandra Garcia, coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade Pinheiro dos Abraços.

Este questionário tem por objetivo determinar a prevalência do consumo de substâncias e de adição ao jogo em adolescentes/alunos, da Escola Profissional Eptoliva Pólo de Oliveira do Hospital do 3º ciclo, da área de abrangência do Centro de Saúde de Oliveira do Hospital/Unidade de Cuidados na Comunidade Pinheiro dos Abraços identificando, fatores associados com o consumo de substâncias e jogo na referida amostra.

A colheita de dados será efetuada através de questionário em suporte de papel, a ser aplicado em contexto de sala de aula, com a duração aproximada de 25 minutos, em articulação com os docentes das unidades curriculares.

Uma vez que se trata de uma investigação na sua maioria composta por menores de idade, a recolha de dados será precedida do envio de consentimento voluntário e informado aos encarregados de educação dos alunos menores de idade.

Os dados recolhidos serão divulgados no relatório final do estudo, garantindo-se a total confidencialidade e anonimato dos participantes e das instituições envolvidas.

Mais informo que o questionário a aplicar, foi submetido na Plataforma de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar, tendo sido validado pela mesma entidade.

Assim, venho por este meio, solicitar a V. Ex.ª, autorização para recolher os dados na escola que preside, nos estudantes do 10º ao 12º ano de escolaridade, através de questionário aplicado em sala.

Comprometo-me, ainda e se consentir a autorização a enviar o relatório final, que irei realizar.

Agradeço antes de mais a sua colaboração, ficando disponível para qualquer esclarecimento adicional, aguardando atentamente a sua decisão.

Com elevada estima.

Luis Oliveira
Aluno Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Enviado do [Correio](#) para Windows

Anexo IV-Consentimento Informado Pai / Mãe ou Encarregado de Educação

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

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

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

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a desenvolver uma investigação com o tema “**Diagnóstico do consumo de substâncias e jogo patológico na adolescência**”, cujos principais objetivos são determinar a prevalência de consumo de substâncias e jogo patológico em estudantes da escola profissional Eptoliva pólo de Oliveira do Hospital do 3º ciclo da área de abrangência do Centro de Saúde de Oliveira do Hospital/Unidade de cuidados na Comunidade Pinheiro dos Abraços e identificar fatores associados ao consumo de substâncias e ao jogo na amostra referida.

Os estudos científicos mais recentes apontam para uma relação entre o uso de substâncias na adolescência e o aumento da ocorrência da esquizofrenia e prevalência de adições tais como o jogo. Dada a gravidade destas situações, considera-se que é necessário intervir na prevenção e promoção da saúde o mais precocemente possível.

Por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração, neste caso, do seu educando, através da resposta a um questionário que o mesmo irá ter acesso na escola. Será pedido aos estudantes o preenchimento de um breve questionário em papel em sala de aula e asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados do seu educando, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

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

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

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

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

Eu, _____, Encarregado de Educação de _____, depois de devidamente informado (a) autorizo a participação do meu educando no estudo, “Diagnóstico do consumo de substâncias e jogo patológico na adolescência”.

_____, ____ de _____ de 2023

Assinatura do Encarregado de Educação _____

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:

Assinatura _____

Anexo V- Questionário/ Instrumento de recolha de dados



Caro(a) estudante:

Sou aluno de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu, sob orientação da Professora Doutora Odete Amaral e estamos a desenvolver um estudo intitulado “**Diagnóstico do consumo de substâncias e jogo patológico na adolescência**”, cujos principais objetivos são determinar a prevalência de consumo de substâncias e jogo patológico em estudantes da Escola Profissional Eptoliva Pólo de Oliveira do Hospital do 3º ciclo e identificar fatores associados ao consumo de substâncias e ao jogo na amostra referida para que sejam delineadas formas adequadas de intervenção com vista a prevenir comportamentos de risco.

Assim, solicitamos o preenchimento do questionário, que é anónimo e confidencial.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula (☐), deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade vivenciada por cada estudante.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, **peço que não deixe nenhuma questão por responder.**

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Aceito participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas:

Sim

Não

QUESTIONÁRIO

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

1. **Idade:** _____ anos
2. **Género:** Feminino Masculino Outro
3. **Qual a idade dos seus pais?**
Pai _____ anos Mãe _____ anos

4. **Nível de escolaridade dos seus pais:**

	PAI	MÃE
1º Ciclo (até à 4ª classe)		
2º Ciclo (5º ao 6º ano)		
3º ciclo (7º ao 9º ano)		
Secundário		
Licenciatura		
Outro (Mestrado, Doutoramento)		

5. **Qual a profissão dos seus pais?**

Pai: _____

Mãe: _____

6. **Qual o estado civil dos seus pais?**

Solteiros Casados União de Facto Separados / Divorciados Viúvos

7. **Tem irmãos?** Sim Não

8. **Como considera a relação com o seu pai?**

- Muito Boa
 Boa
 Nem boa nem má
 Má
 Muito Má

9. **Como considera a relação com a sua mãe?**

- Muito Boa
 Boa
 Nem boa nem má
 Má
 Muito Má

10. **Como considera a relação com os seus irmãos?**

- Muito Boa
 Boa
 Nem boa nem má
 Má
 Muito Má

11. **Gosta de ir à escola?**

- Sim Não

12. **Já reprovou em algum ano?**

- Sim Não

13. **No último ano letivo reprovou?**

- Sim Não

14. **A relação que mantém com os professores é:**

- Muito Boa
 Boa
 Nem boa nem má
 Má
 Muito Má

15. A sua relação com os teus colegas de turma é:

- Muito Boa
- Boa
- Nem boa nem má
- Má
- Muito Má

16. A sua relação com os amigos da escola é:

- Muito Boa
- Boa
- Nem boa nem má
- Má
- Muito Má

17. Tem algum problema de saúde?

- Sim Não

17.1. Se sim, qual(ais)? _____

18. Pratica algum desporto?

- Sim Não

18.1. Se sim, qual(ais)? _____

Parte II

ASSIST - THE ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST (Bártolo, Bonifácio e Pereira, 2019)

Indique por favor qual ou quais dos seguintes tipos de substância já consumiu assinalando na quadricula com um (X) na resposta que entende mais verdadeira.

1. Ao longo da sua vida, quais das seguintes substâncias que já consumiu? [só as que consumiu sem receita médica]	Não	Sim
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
j. Outras. [Especifique:] _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3

[se respondeu “não” a todas as substâncias, vá para a Parte III Escala South Oaks Gambling Screen]

[se “sim” para qualquer substância, passe para a questão 2 em relação a cada substância já consumida]

2. Nos últimos 3 meses, com que frequência consumiu cada uma das substâncias que mencionou? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes pormês	1 a 4 vezes porsemana	5 a 7 vezes porsemana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6

c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:] _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6

[se “nunca” para todas as substâncias, passe para a questão 6]

[se alguma substância foi consumida, continue com as questões 3,4 e 5 para cada substância consumida]

3. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

4. Nos últimos 3 meses, com que frequência o seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.] originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
h. Alucinogênicos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

5. Nos últimos 3 meses, com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	[esta questão não se aplica ao Tabaco]				
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
h. Alucinogênicos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

[Faça a questão seguinte (6) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

6. Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogênicos (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6

[Faça a questão seguinte (7) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as

identificadas na questão 1]

7. Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6

8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável? [só as que consumiu sem receita médica]	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário de Hábitos de Jogo

As questões que se seguem remetem para toda e qualquer atividade relacionada ao tempo despendido em **videojogos no último ano**. As atividades relacionadas com os videojogos referem-se, mais concretamente, a qualquer tempo despendido a jogar (quer pela Internet ou não), jogos em consolas, computadores, portáteis ou em qualquer outro tipo de dispositivo móvel (por exemplo: telemóvel, tablet, etc.). Considera todo o tipo de videojogos (por exemplo: educativos, puzzles, desportivos, luta, tiro, etc.).

1- O local onde jogas MAIS FREQUENTEMENTE é:

- Em casa
- Transportes públicos
- Na escola
- Cyber cafés, bares ou restaurantes
- Em casa de amigos
- Durante as aulas

2- Quando jogas, quantas horas por dia gastas a jogar?

- 1h/dia
- 1h-2h/dia
- 2h-3h/dia
- Mais de 3h/dia
- Não sei/prefiro não responder

3- Habitualmente entras em competições com outros videojogadores a nível nacional ou internacional?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

4- Os teus pais ou encarregado de educação controlam o tempo que passas a jogar videojogos?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

5- Os teus pais ou encarregado de educação verificam se os videojogos são adequados à tua idade?

- Sim Não Prefiro não responder

6- Quais os motivos pelos quais jogas? (pode assinalar mais do que uma opção)

- Para relaxar
 Por competição
 Para conhecer novas pessoas
 Para manter contacto com os meus amigos
 Para desenvolver competências (ex: atenção, coordenação)
 Fantasia (relacionado com a realidade virtual)
 Fugir ao mundo real
 Diversão

7- Quando joga videojogos, bebe mais bebidas alcoólicas do que o habitual?

- Sim Não

8- Quando joga videojogos, CONSOME drogas ou JÁ CONSUMIU mais do que o habitual?

- Sim Não

9- Porque razão consome essas substâncias ou já experimentou? (pode assinalar mais do que uma opção)

Porque me dá conforto	
Porque sou nervoso	
Porque há na minha família quem fume	
Porque não me sinto bem de outra maneira	
Porque gosto do sabor	
Por hábito	
Porque me liberta de preocupações e problemas	
Porque sinto prazer	
Porque os meus amigos fumam	
Para não engordar	
Para me sentir adulto	
Por curiosidade	
Devido ao aborrecimento	
Outra razão	

Parte III

Escala South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lopes, 2009)

Indique por favor em qual ou quais dos seguintes tipos de jogos já apostou ao longo da sua vida. Para uma resposta mais específica, responda ao tipo de jogo pensando entre os **últimos 3 a 6 meses**. Para cada tipo de jogo assinale uma das hipóteses de resposta “Nenhuma”, “Menos de uma vez por semana”, “Uma vez ou mais por semana”.

	1. Ao longo da sua vida, quais dos seguintes tipos de jogos/apostas já realizou?	Nenhuma	Menos de uma Vez por semana	Uma vez ou mais por semana
a.	Raspadinha			
b.	Lotaria			
c.	Totoloto/Euromilhões			
d.	Totobola/Totoloto			
e.	Slot Machines (máquinas de póker, de frutos, etc.)			
f.	Bingo			

g.	Jogos de Casino			
h.	Jogos de Cartas a dinheiro			
i.	Jogos de Dados a dinheiro			
j.	Rifas (para angariação de fundos)			
k.	Jogos de perícia: bilhar, <i>snoker</i> ou <i>golf</i> a dinheiro			
l.	Jogos desportivos			
m.	Corridas de cavalos			
n.	Investimentos especulativos em ações, títulos ou certificados			

2- Qual foi a maior quantia de dinheiro que gastou a jogar num só dia? (Assinale com um (X) apenas uma das opções)

Nunca apostei no Jogo	
Menos de 1€	
Entre 1 a 10€	
Entre 10 a 100€	
Entre 100 a 1000€	
Entre 1000 a 10.000€	
Mais de 10.000€	

3- Assinale com uma (X) qual ou quais das seguintes pessoas tem (ou teve) problemas com o jogo?

Pai	
Mãe	
Irmão ou Irmã	
Avô ou Avó	
Marido/Esposa ou companheira(o)	
Filho(os)	
Um amigo ou alguém importante para mim	

4- Quando joga e perde, com que frequência volta novamente no outro dia a jogar para recuperar o dinheiro que perdeu? (Assinale com um (X) apenas uma das opções)

Nunca	
Algumas vezes (menos de metade das vezes que perco)	
A maior parte das vezes que perco	
Sempre que perco	

5- Alguma vez afirmou ter ganho dinheiro ao jogo, não sendo verdade? De facto, até perdeu?

Não (ou nunca joguei)	
Sim, menos de metade das vezes que perco	
Sim na maior parte das vezes	

6- Sente que tem um problema com as apostas a dinheiro ou com o jogo?

Não	
Sim, no passado mas agora não	
Sim na maior parte das vezes	

7- Alguma vez jogou ou apostou mais do que pretendia?

Sim Não

8- Já houve pessoas que o criticaram pelas apostas que faz e/ou lhe disseram que tinha problemas com o jogo, de qualquer maneira quer queira ou não tem a noção de que essas críticas são verdadeiras?

Sim Não

9- Alguma vez se sentiu culpado(a) sobre a forma como joga, ou isso acontece enquanto joga?

Sim Não

10- Alguma vez sentiu como se quisesse parar de apostar dinheiro ou de jogar mas que não era capaz?

Sim Não

11- Alguma vez escondeu talões de apostas, bilhetes de lotaria, dinheiro de jogo ou outros sinais de apostas ou de jogo da sua esposa(o)/companheira(o), filhos ou outra pessoa importante para si?

Sim Não

12- Alguma vez discutiu com as pessoas com quem vive sobre como *gere o dinheiro...*, *lida com o dinheiro...*, *usa o dinheiro...* e/ou *gasta o dinheiro*?

Sim Não

13- Se respondeu *sim* à questão nº12 - As discussões sobre dinheiro referem-se às suas apostas no jogo?

Sim Não

14- Já alguma vez pediu um empréstimo a alguém e não pagou devido ao jogo?

Sim Não

15- Alguma vez chegou atrasado(a) ao trabalho (ou escola) devido ao jogo?

Sim Não

16- Se tiver de pedir dinheiro emprestado para o jogo ou para pagar dividas de jogo, a quem ou onde obtêm esse dinheiro (Assinale "Sim" ou "Não" para cada uma das afirmações)

a. Do dinheiro para casa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b. Esposa(o)/Companheira(o)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
c. Outros familiares	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Obrigado pela sua participação

Anexo VI– Quizz de avaliação de conhecimentos em sala



Quizz de avaliação de conhecimentos em sala

Regras

1. 2 equipas (dividir a turma em dois grupos)
2. 1 professor escolhe o aluno e pode ter uma ajuda
3. 2 Delegado
4. Enfermeiros escolhem 1 equipa paga o café quem perde.

Adições Questionário G1

- 1-O que é uma dependência?
- 2-Maturidade do cérebro atinge-se a que idade?
- 3-Como se processa de forma simples o circuito de quem consome substâncias psicoativas?
- 4-Identifica 4 substâncias psicoativas ilegais
- 5-A genética pode influenciar a predisposição para o consumo?
- 6- Identifica 3 razões para os jovens iniciarem consumos
- 6- Indica 5 formas de obter prazer e sensação de bem estar.
- 7-Indica de que forma se processa a tolerância?
- 8-Qual foi a marca e o tipo de chocolate que a título de exemplo utilizamos na apresentação.
- 9- As substâncias legais são isentas de efeitos secundários?
- 10- Identifica 4 adições legais que estudamos na apresentação.

- 11- O consumo quanto mais precoce, mais probabilidade pode trazer em termos de complicações.

Anexo VII- Músicas e Vídeos criados para a UCC Pinheiro dos Abraços

ABCDE somos as Vitaminas Música e Vídeo



Olaré sim sim sim Música



Olaré sim sim sim
sim.mpeg


Anexo VIII– Plano de sessão da intervenção formativa Dependências e Saúde mental

IDENTIFICAÇÃO - Plano de sessão da Intervenção formativa Dependências e Saúde Mental			
Tema da Sessão	Dependências e saúde mental		
Formador	Alexandra Garcia Luis Oliveira	Formação	Contínua presencial
Escola / Local de Estágio	Escola Superior de Saúde Viseu / UCC Pinheiro dos Abraços	Unidade Curricular	Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Saúde Escolar
Enfermeira tutora	Enfª Alexandra Garcia		
Público-alvo	Alunos do 10.º 11.º e 12.º ano de escolaridade da Escola Secundária de Oliveira do Hospital		
Data: 01-03-2023 a 16-06-2023	Duração: 60 minutos	N.º total de sessões: 1	Local: Escola secundária de Oliveira do Hospital
OBJETIVOS			
Gerais	<ul style="list-style-type: none"> identificar problemáticas relacionadas com o consumo de substâncias lícitas e ilícitas pelos adolescentes. 		
Específicos	<ul style="list-style-type: none"> O porquê do consumo de substâncias e adições em adolescentes fisiologia do consumo de substâncias. Distinção entre substâncias lícitas e ilícitas Consequência do consumo de substâncias A indústria e o consumo de substâncias Conhecimento sobre substâncias e adições As adições e a saúde mental do adolescente 		

FASES	CONTEÚDOS	MÉTODO/ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Breve apresentação dos conteúdos a serem apresentados 	Expositivo oral e direto Diálogo refletido		5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem sobre a forma como a indústria trabalha o consumo de substâncias lícitas. Marketing fases do consumo de substâncias e fisiologia do consumo de substâncias no adolescente o consumo de substâncias e a saúde mental tipos de substâncias mais consumidas pelos adolescentes Efeitos o curto e longo prazo do 	Expositivo oral e direto Diálogo refletido Questões individuais e ao grupo Brainstorming	Vídeo Computador Apresentação em formato PowerPoint	30 min

	<p>consumo de substâncias</p> <ul style="list-style-type: none"> • saúde mental e a sua relação com o sono • consequências biopsicossociais do consumo de substâncias e adições em geral. 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de jogo /questionário para aferir a apreensão dos conteúdos. 	<p>Interativo/reflexivo/ Expositivo Brainstorming Síntese integradora e esclarecimento de dúvidas Realização do Quizz Final de avaliação</p>		20 min

Anexo IX- Sessões dependências e saúde mental aplicadas em sala



DEPENDÊNCIAS E SAÚDE MENTAL

UNIDADE CUIDADOS NA COMUNIDADE PINHEIRO DOS ABRAÇOS
CENTRO DE SAÚDE DE OLIVEIRA DO HOSPITAL

Oliveira do Hospital,
2022/2023

Plano de sessão

Fases	<ol style="list-style-type: none">1. Introdução2. Dependência3. Soluções para obtenção de satisfação e prazer4. Discussão e dúvidas5. Atividade
Método	Expositivo oral direto Brainstorming Discussão de ideias
Tempo	40 minutos
Materiais	Computador Videoprojector Diapositivos
Objectivos	Compreender as dinâmicas sobre adição. Os formandos devem no final ter uma boa noção sobre o conceito de adição e conhecer as características dos efeitos do consumo das substâncias abordadas na sessão.

O que é para vocês uma dependência/adicção?



Afinal o que é uma Dependência?



Qualidade do que é dependente.



Necessidade de estar subordinado a outrem. =
SUBORDINAÇÃO, SUJEIÇÃO ≠ AUTONOMIA e INDEPENDÊNCIA



Estado de necessidade que resulta do consumo contínuo e repetido de substâncias, drogas ou derivados. = ADICÇÃO, HABITUAÇÃO, TOXICODEPENDÊNCIA, TOXICOMANIA, VÍCIO



Porque é que se cria uma relação de dependência?

Quais as vantagens e desvantagens.

... E porque se mantêm essa relação?

Contrato

- Pagar 40.000 mil euros.
- Fica com toda a tua energia
- Menos tempo de vida – aprox. 7 a 10 anos
- Gastos em medicação relativos ao contrato
- Diagnóstico de uma doença associada ao contrato
- 1 acidente de viação com possíveis sequelas
- Problemas com os vossos pais/familiares
- Problemas com a autoridade
- Normalmente toda a gente assina sem problemas

➤ O que Recebes???



NADA

Contrato

- Assinavas este contrato???
- Provavelmente não...
- O homem do contrato anda de Lamborgini, tem uma boa família e vive com muito dinheiro.
- A vantagem que podes ter... é fácil rasgar este contrato antes de assinar.
- Basta não consumir estas substâncias

- O que acontece se não assinares:
- + 40000 mil eur na conta
- Mais energia
- Tens vontade de viver a vida e sem preocupações
- Melhores relações com a família e amigos
- Apenas coisas positivas
- Apenas uma desvantagem o Sr. do Lamborgini não recebe nada..



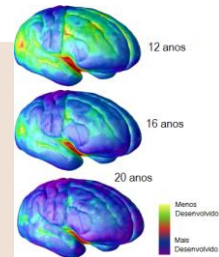
© CarStock/Photo.com - csp16540184

Porque é que experimentamos substâncias



IMATURIDADE DO CÉREBRO DO ADOLESCENTE

“verifica-se a **procura de sensações**, com uma **diminuição da percepção dos riscos**, um **aumento da relevância da interação social e dos pares**, e a **construção da identidade**” (SICAD, 2013, p.80)



...“Vivenciar experiências com seus grupos de pares seria a maior aspiração , pois deste modo deixam de ser crianças, estabelecendo novas relações com seus pais e familiares.” (Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 2007, p.65)

Porque é que o consumo aumenta?



Estudos recentes evidenciaram que a cannabis continua a ser a droga ilícita com maior acessibilidade

Serotonina, Dopamina e Endorfina



A dopamina é um neurotransmissor responsável por levar informações para várias partes do corpo e, quando é libertada provoca a sensação de prazer e aumenta a motivação.

Chocolate

- Substância endógena que se liga aos recetores e produz a sensação de prazer.
- Dopamina.

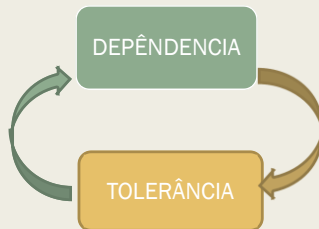


Circuito de quem consome substâncias psicoativas



Ciclo vicioso

... a necessidade de voltar a consumir



Os recetores do cérebro ficam **cada vez menos sensíveis**, o que leva a um aumento da dose e consecutivamente à procura de drogas mais fortes.

Passagem para outras...(problema)

Consequências da dependência:

Não conseguir continuar a estudar.

Internamentos

Mau humor/necessidade de consumo de substâncias

Tem dificuldade em ter uma profissão e ser independente

Mas porque acontece?

Predisposição congénita

Infeções bacterianas ou virais durante a gravidez e nos primeiros anos de vida (gripe, intoxicações alimentares)

Complicações do parto (stress)

Predisposição Genética

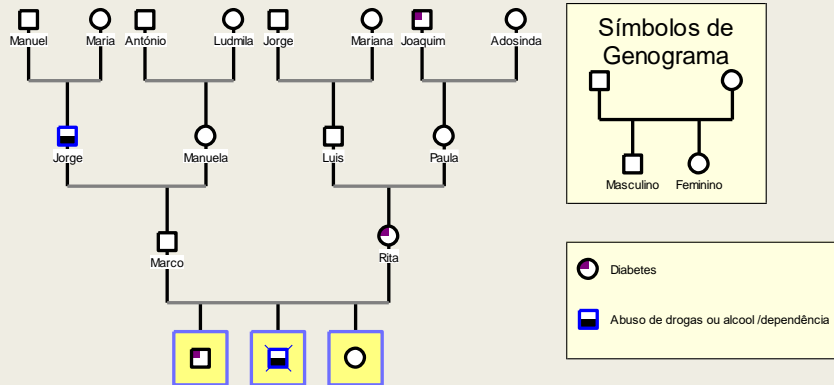
Degradação da **dopamina** pelo consumo

Factores ambientais

Fatores de *stress* e de transição, típicos da adolescência

Consumo de substâncias que aumentam a **dopamina**

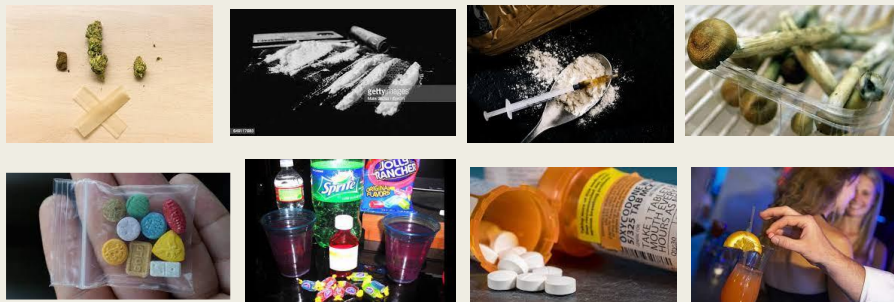
Genograma / Estudo de família/Genética



Quais são as drogas ilegais mais comuns?



Quais são as drogas ilegais mais comuns?



Quais são as adições/substâncias legais mais comuns?



Quais são as adições legais mais comuns?



Drogas são ILEGAIS.



Nenhuma droga, legal ou ilegal, é isenta de efeitos secundários.

Dúvidas/Partilhas



Reflexão





ATIVIDADE FÍSICA

- Produz substâncias químicas no cérebro, que promovem a sensação de bem-estar e satisfação (dopamina);
- Aumenta a temperatura do corpo (relaxamento);
- Liberta a tensão muscular, aumenta o foco;
- Reduz os níveis das hormonas do stress;
- Produz efeitos calmantes.
- Funciona como distração;
- Afasta pensamentos negativos;
- Melhora a auto-imagem e o bem-estar.
- Condição de saúde melhorada



SONO



- Evitar dormir durante o dia;
- Alcool, fumar ou beber bebidas com cafeína, antes de dormir;
- Não ir para a cama com fome ou logo após a refeição; Ingerir alimentos leves indutores do sono (bolachas de aveia, leite, cereais);
- Relaxar 30 minutos antes de ir para a cama (ler, ouvir música);
- Manter um ambiente confortável, calmo e sem luminosidade;
- Não praticar exercícios físicos até quatro horas antes de dormir;
- Manter um padrão de sono regular é saudável. É importante, expor-se à luz solar (regulador do sono).
- Desligar a televisão e o computador quando for dormir (a luz desses aparelhos mantém o cérebro a funcionar como se estivessemos acordados/ dia).
- SONO REPARADOR



**“Quanto maior o período de luz, maior a sensação geral de bem-estar.
Sentimos mais energia, mais atividade, criatividade e alegria”**



VITAMINA D

Melatonina

Regula o
ritmo
circadiano

Crescimento e
desenvolvimento
neuronal

Hobbies/Atividades



Uma palavra pequena com o poder de resolver grandes problemas .



NÓS ALERTAMOS...
TU DECIDES!

UCC Pinheiro dos Abraços
Centro de Saúde de Oliveira do Hospital

Telemóvel – 910 191 803



E-mail:

ucc.pinheirodosabracos@gmail.com



Enf.^a Alexandra Garcia

Enf.^a Patrícia Ribeiro

Enf.^o Luis Oliveira



Anexo X - Sessões Primeiros Socorros alunos 9º ano aplicadas em sala

IDENTIFICAÇÃO			
Tema da Sessão	Primeiros Socorros em contexto escolar.		
Formador	Alexandra Garcia Luis Oliveira	Formação	Contínua presencial
Escola / Local de Estágio	Escola Superior de Saúde Viseu / UCC Pinheiro dos Abraços	Unidade Curricular	Estágio com Relatório Final: Enfermagem em Saúde Escolar
Enfermeira tutora	Enfª Alexandra Garcia		
Público-alvo	Alunos do 9º ano de escolaridade da Escola Secundária de Oliveira do Hospital		
Data: 02-02-2023 a 16-04-2023	Duração: 60 minutos	N.º total de sessões: 1	Local: Escola secundária de Oliveira do Hospital
OBJETIVOS			
Generais	Identificar e compreender a necessidade da boa execução de primeiros socorros em contexto escolar		
Específicos	possibilitar a compreensão da realização técnicas de primeiros socorros em articulação com a matéria dada em termos teóricos nas aulas do 9º ano, na disciplina de ciências.		

PLANO DE SESSÃO

FASES	CONTEÚDOS	MÉTODO/ESTRATÉGIAS	RECURSOS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Breve apresentação dos conteúdos a serem apresentados 	Expositivo oral e direto Diálogo refletido	Vídeo	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> definição de sistema integrado de emergência médica breves noções de fisiologia anatomia o sistema cardíaco e o sistema pulmonar posição lateral de segurança suporte básico de vida hipoglicemia e hiperglicemia. 	Expositivo oral e direto Diálogo refletido Questões individuais e ao grupo Brainstorming	Computador Apresentação em formato PowerPoint	30 min

	<ul style="list-style-type: none"> Noções básicas de trauma 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realização questionário verbal e prova prática, para aferir a apreensão dos conteúdos. 	<p>Interativo/reflexivo/ Expositivo Brainstorming Síntese integradora e esclarecimento de dúvidas Realização do Quiz Final de avaliação</p>		20 min



Anexo XI - Sessões Primeiros Socorros alunos 9º ano aplicadas em sala

Centro de saúde de Oliveira do Hospital
Unidade de Cuidados na Comunidade Pinheiro dos
Abraços

(Primeiros Socorros em
Ambiente Escolar)

Suporte Básico de Vida e Posição Lateral de
Segurança

Enfª Alexandra Garcia
Enfª Luis Oliveira





S.I.E.M

**SISTEMA INTEGRADO
DE
EMERGÊNCIA MÉDICA**



INEM
Instituto Nacional de Emergência Médica

ORGANISMO QUE COORDENA,
DESENVOLVE E ASSEGURA O
BOM FUNCIONAMENTO DO
S I E M



CODU

Centro de Orientação de Doentes Urgentes

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) são Centrais de Emergência Médica responsáveis pelo Número Europeu de Emergência – 112.



<https://www.youtube.com/watch?v=Wb-p2U3llal>

112

Emergência médica

Polícia

Incêndios / Catástrofes



CODU

Após o início da chamada e descrição da situação, são transferidos para os CODU do INEM os pedidos de socorro efectuados por aquela via, referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde.



CODU

O funcionamento dos CODU é assegurado ao longo das 24 horas do dia por uma equipa de profissionais qualificados.

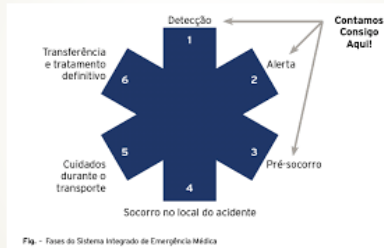
Médicos e Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar – com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e envio de meios de socorro



FASES DO SIEM



FASES DO SIEM



INTERVENIENTES

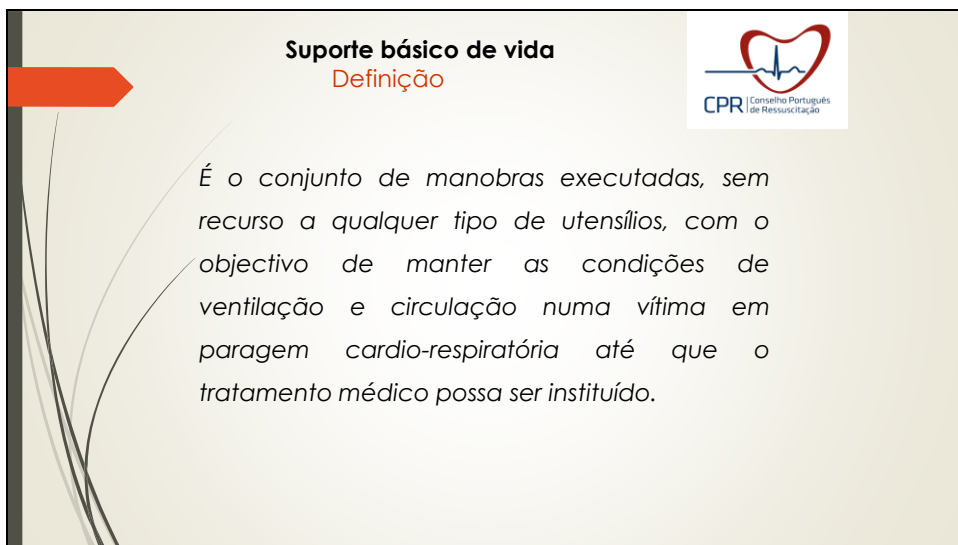


Ao ligar 112/CODU:

- Procure manter-se calmo, de modo a facultar a informação relevante;
- Quando possível, deverá ser a vítima a fazer a chamada – ninguém melhor do que a própria para fornecer informação relevante;
- Aguarde que a chamada seja atendida porque cada nova tentativa implica que a chamada fica no final da fila de espera;
- Identifique-se pelo nome;
- Faculte um contacto telefónico que permaneça contactável;
- Indique a localização exata onde se encontra a(s) vítima(s) – sempre que possível – Freguesia, Código Postal, pontos de referência – Onde?

- Diga o que aconteceu e quando – O quê?
- Quem está envolvido (número, género, idade das vítimas) – Quem?
- Diga quais as queixas principais, o que observa, situações que exijam outros meios – Como?
- Responda às questões que lhe são colocadas;
- Siga os conselhos do operador;
- Não desligue até indicação do operador;
- Se a situação se alterar antes da chegada dos meios de socorro, ligue novamente 112.

Só assim é possível otimizar o socorro às vítimas.



Suporte básico de vida

Definição



A PCR é uma interrupção brusca e inesperada da função cardíaca e a principal causa de morte na Europa.

- Doença Cardio Cérebro Vascular (AVC EAM)
- Afogamento
- Engasgamento
- Intoxicação
- Acontece em qualquer idade

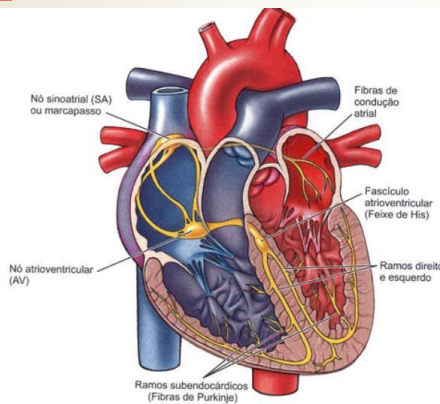
CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

Resume o **conjunto de procedimentos** (elos) necessários para salvar a vida de pessoas em PCR. Todos os elos da cadeia devem ter a mesma força.

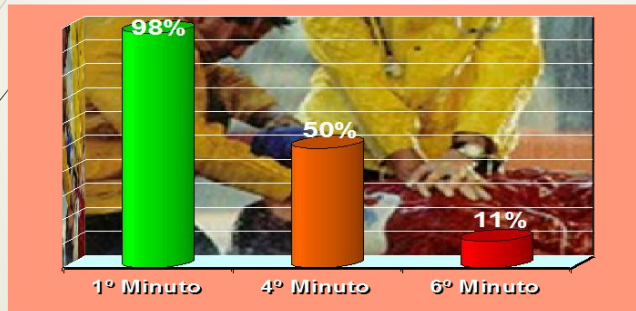


Qualquer pessoa com noções de SBV Pessoas com formação especializada

Porque é que coração bate?



03 | Suporte básico de vida



GARANTIR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA

- Do local, para o reanimador e para a vítima.
- Regra “O reanimador não se deve expôr a si nem a terceiros a riscos maiores do que os da vítima”.



03 | Suporte básico de vida

A.B.C

- A** – Via aérea (Permeabilização)
- B** – Ventilação
- C** – Circulação

O objectivo é fornecer oxigénio ao cérebro e coração até que o tratamento médico possa ser instituído

AVALIAR O ESTADO DE CONSCIÊNCIA

Coloque-se lateralmente em relação à vítima, se possível.

Abane os ombros com cuidado e pergunte em voz alta: "Está-me a ouvir?"



AVALIAR O ESTADO DE CONSCIÊNCIA

No caso de vítima reativa:

- Garanta a inexistência de perigo para a vítima;
- Mantenha-a na posição encontrada;
- Identifique situações causadoras da aparente alteração do estado da vítima;
- Solicite ajuda (ligue 112), se necessário;
- Reavalie com regularidade.

AVALIAR O ESTADO DE CONSCIÊNCIA

No caso de vítima **Não reativa**:

- Permeabilizar a Via Aérea (VA)

Em vítima inconsciente a queda da língua pode bloquear a VA, pelo que esta deve ser permeabilizada

AVALIAR O ESTADO DE CONSCIÊNCIA

No caso de vítima Não reativa:

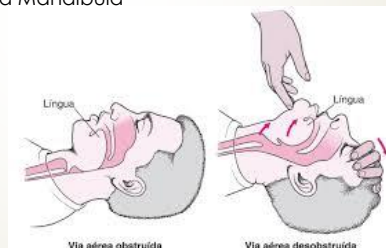
Colocar a vítima em decúbito dorsal

- Colocar uma mão na testa e inclinar a cabeça para trás (extensão da cabeça);
- Elevar o queixo usando os dois dedos da outra mão colocados debaixo do queixo.

Estas duas últimas acções permeabilizam a VA.

S.B.V. - Abertura das Vias Aéreas

- Abertura das Vias Aéreas
 - Extensão da Cervical
 - Estabilização com Elevação da Mandíbula



S.B.V. - Ventilação Artificial

- Após a Abertura das Vias Aéreas, verificar se a vítima ventila
 - 10 Segundos
 - Ver
 - Ouvir
 - Sentir



S.B.V. - Ventilação Artificial

- Se Ventila
 - Colocar a Vítima em Posição Lateral de Segurança (P.L.S.)
 - Pedir Ajuda



<https://www.youtube.com/watch?v=R2zQxYlqias>

Posição Lateral de Segurança

- Esta técnica nunca deve ser aplicada em vítimas com suspeita de lesões graves na coluna vertebral, como acontece nas vítimas de acidentes de carro ou de queda de grande altura (a partir da altura da vítima), pois isso pode agravar possíveis lesões que existam na coluna.
- Após colocar a pessoa nesta posição é importante observar até à chegada da ambulância.



S.B.V. - Ventilação Artificial

SE NÃO RESPIRA NORMALMENTE (Problema)

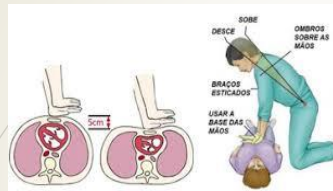
- Pedir ajuda diferenciada, LIGAR (112).
- (Usar alta Voz do Tel)
- Se estiver sozinho terá que abandonar a vítima para ir efetuar o pedido de ajuda.
- Se estiver alguém presente, deve pedir a essa pessoa que efectue o pedido de ajuda.

COMPRESSÕES TORÁCICAS



- Executar manobras de R.C.P. sobre um plano duro
- Base da mão no centro do tórax;
- A outra mão em cima;
- Entrelaçar os dedos;
- Braços esticados;

COMPRESSÕES TORÁCICAS



- Comprimir o tórax
- Frequência 100/min (máx 120/min); Staying alive
- Profundidade 5 cm (máx 6 cm);
- Compressão e descompressão iguais;

INSUFLAÇÕES



- Boca-máscara
- Insuflador manual

Insuflar durante 1 segundo, até ver expansão torácica.

RELAÇÃO: COMPRESSÕES-INSUFLAÇÕES



30

/



2

Se dois reanimadores trocar cada 2 minutos (5 ciclos)

S.B.V. - Circulação



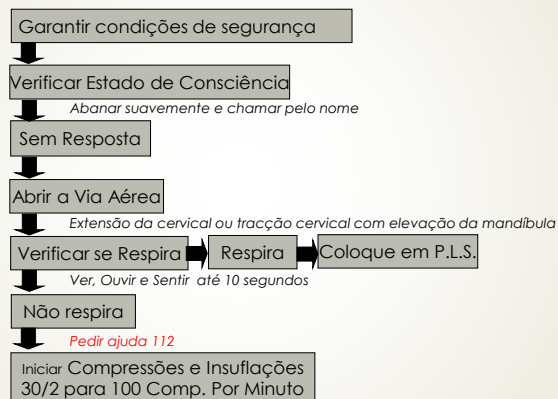
S.B.V. - Circulação

- As compressões devem ser regulares, ritmadas e sucessivas
- O período de compressão deve ter a mesma duração que o de descompressão
- A base da mão nunca deve perder o contacto com o tórax de vítima, mesmo durante a descompressão
- Deve manter um ritmo de 100 compressões por minuto, após o qual verifica o pulso

PROBLEMAS NA EXECUÇÃO DE R.C.P.

- As compressões mal executadas podem provocar lesões graves
 - Fracturas de costelas e esterno
 - Rotura de órgãos internos
- Nota:
 - Por vezes manobras bem executadas podem trazer ou agravar lesões, no entanto a **alternativa** à reanimação **é a MORTE**

S.B.V. - Algoritmo



03 | Suporte básico de vida
Reanimação

Manter a reanimação sem interrupções até:

Chegarem profissionais que tomem conta da ocorrência.

A vítima mostre sinais de estar a despertar: mexer, abrir os olhos e respirar normalmente.

O reanimador ficar exausto.

UCC Pinheiro dos Abraços
Centro de Saúde de Oliveira do Hospital

Telemóvel – 910 191 803



Enf.ª Alexandra Garcia

Enf.ª Patrícia Ribeiro

Enf.º Luis Oliveira



E-mail:

ucc.pinheirodosabracos@gmail.com

