



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

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

**PREVENÇÃO DE CONSUMOS NOCIVOS NA POPULAÇÃO
ADOLESCENTE**

NTASSA BELITA FERREIRA CARDOSO VIEIRA

Coimbra, julho de 2023



escola superior de
enfermagem
de coimbra

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

**PREVENÇÃO DE CONSUMOS NOCIVOS NA POPULAÇÃO
ADOLESCENTE**

NTASSA BELITA FERREIRA CARDOSO VIEIRA

Orientadora: Professora Doutora Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e Saúde Pública

Coimbra, julho de 2023

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Deus, pelo dom da vida a mim concedido pois sem isso nada poderia ter feito e nem poderia ter chegado até aqui.

Dedico este trabalho de forma muito especial ao meu pai Domingo Cardoso “In memoria” foi uma pessoa que sempre acreditou no meu potencial e nunca me deixou desistir de correr atrás dos meus sonhos.

Ao meu marido Fábio pelo seu amor, apoio e incentivo nessa jornada acadêmica e principalmente por cuidar das nossas filhas, isso foi fundamental para que pudesse manter o meu foco.

As minhas filhas Filomena, Abissa e Isalaide pelo amor e principalmente por serem o meu porto seguro.

E com profunda gratidão que expresso os meus agradecimentos a minha mãe Isabel e a minha irmã Isabel Maria que é a minha segunda mãe pelo incentivo e carinho e orgulho que sempre depositaram em mim.

A família Cardoso o meu profundo agradecimento do fundo do coração pelo apoio emocional e por sempre terem confiado em mim.

Aos meus sobrinhos familiares e amigos sou grata a todos pelo carinho respeito e incentivo.

Gostaria de agradecer a minha orientadora professora Doutora Marília Neves por sua sábia orientação e pela sua paciência e atenção, sem esquecer suas valiosas sugestões e encorajamentos pois sem dúvida foram fundamentais para moldar esta etapa acadêmica da minha vida.

A Escola Nacional de Saúde da Guiné-Bissau endereço os meus sinceros agradecimentos, por ter me concedido a bolsa de estudo em parceria com o projeto Ianda Guiné Saúde e a ESEnfC.

Os meus agradecimentos as minhas tutoras e outros profissionais da UCCCS e a USPBM que me acompanharam durante os EC, sou muito grata por tudo que aprendi convosco e certamente levarei comigo para aplicar no meu país.

Estendo ainda os meus agradecimentos a todas as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram significativamente para a realização deste trabalho do novo ciclo acadêmico da minha vida, sem o vosso incentivo, coragem e apoio certamente não estaria aqui hoje.

A coordenação do mestrado, aos docentes e todos os colaboradores que fazem desta instituição uma instituição de excelência, meu sincero agradecimento. O ambiente acadêmico por vós criado me ajudou a desenvolver as minhas competências de mestre e especialista.

Ao projeto mais-valia pelo apoio e suporte, meus sinceros agradecimentos.

Muito obrigada a todos.

RESUMO

Este relatório refere-se à prática clínica desenvolvida na Unidade de Saúde Pública Baixo Mondego (USPBM) e na Unidade de Cuidados na Comunidade - Coimbra Saúde (UCC-CS).

A prevenção de consumos de álcool, tabaco e outras drogas (ATOD) na população adolescente surgiu como uma necessidade identificada pela equipa de Saúde Escolar da UCC-CS. O consumo de ATOD pelos adolescentes afeta não só a sua saúde física e mental, e o uso excessivo pode levar a dependência acarretando custos para a saúde pública. Programas preventivos sobre os riscos e conscientização sobre os efeitos nocivos de ATOD podem contribuir para ganhos em saúde.

É competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública o processo de capacitação de grupos/comunidade, assim, delineei o projeto ‘Mais saúde menos consumos nocivos nos adolescentes em contexto escolar’ tendo como finalidade a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no âmbito da Saúde Escolar.

Desenvolvi uma Revisão Integrativa da Literatura com a seguinte questão de investigação: ‘Que programas/intervenções têm sido implementados no contexto escolar para a prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os adolescentes?’ Os resultados mostraram a implementação de programas que combinaram o modelo tradicional de ensino, utilizando sessões educativas durante as aulas, e outros combinando métodos interativos com a tecnologia digital, como intervenções on-line e uso de redes sociais. Independentemente das intervenções realizadas e do método utilizado, os programas implementados contribuíram para o aumento da literacia sobre o consumo de ATOD e a adesão aos programas de prevenção. Ficou também evidente a importância do envolvimento de profissionais de saúde, dos professores, ou outros profissionais treinados, para desenvolvimento das intervenções.

Tendo como suporte estes resultados e os pressupostos teóricos orientadores do empoderamento comunitário e da literacia em saúde, planeei e realizei intervenções de sensibilização e educação para a saúde a adolescentes inscritos em escolas na área de abrangência da UCCCS.

Intervenções precoces, como educação para a saúde, sobre os riscos e conscientização sobre os efeitos negativos de ATOD podem ajudar a reduzir o significativamente o número de adolescentes e dependentes, e deste modo contribuir para que haja mais ganhos em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção; Consumo ATOD; Adolescentes; Contexto escolar.

ABSTRACT

This report refers to the clinical practice developed at the Baixo Mondego Public Health Unit (USPBM) and at the Community Care Unit - Coimbra Health (UCC-CS).

The prevention of consumption of alcohol, tobacco, and other drugs (ATOD) in the adolescent population emerged as a need identified by the UCC-CS School Health team. The consumption of ATOD by adolescents affects not only their physical and mental health, and excessive use can lead to dependence, resulting in costs for public health. Preventive programs on the risks and awareness of the harmful effects of ATOD can contribute to health gains.

It is the specific responsibility of the Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing to train groups/communities, so I designed the project 'More health and less harmful consumption among adolescents in the school context', with the aim of continuously improving the quality of care in the scope of School Health.

I developed an Integrative Literature Review with the following research question: What programs/interventions have been implemented in the school context to prevent the consumption of alcohol, tobacco, and other drugs among adolescents? The results showed the implementation of programs that combined the traditional teaching model, using educational sessions during classes, and others combining interactive methods with digital technology, such as online interventions and the use of social networks. Regardless of the interventions carried out and the method used, the implemented programs contributed to increasing literacy on ATOD consumption and adherence to prevention programs. It was also evident the importance of involving health professionals, teachers, or other trained professionals, for the development of interventions.

Based on these results and the guiding theoretical assumptions of community empowerment and health literacy, I planned and carried out awareness-raising and health education interventions for adolescents enrolled in schools in the area covered by the UCCCS.

Early interventions such as health education about the risks and awareness of the negative effects of ATOD can help to significantly reduce the number of adolescents and dependents, thus contributing to further health gains.

KEYWORDS: Prevention; ATOD consumption; Teenagers; School context.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de centros de saúde

APSI - Associação para a promoção da segurança infantil

ARS - Administração Regional de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde do Centro

ATOD - Álcool, tabaco e outras drogas

BCG - Vacina do bacilo Calmette-Guérin

CAD - Comportamentos aditivos e dependências

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

EC - Ensino Clínico

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESENFEC - Escola superior de enfermagem de Coimbra

IHME - *Institute for Health Metrics and Evaluation*

INPG - Inquérito Nacional a População Geral

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNRCAD - Plano Nacional para a Redução dos comportamentos Aditivos e das Dependências

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RN - Recém-nascido

RNCCI - Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

SE - Saúde escolar

SICAD - Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências

TSA -Técnicos de saúde ambiental

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCCS - Unidade de Cuidados na Comunidade Coimbra Saúde

USP – Unidade de Saúde Pública

USPBM - Unidade de saúde pública Baixo Mondego

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Síntese dos resultados do European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – 2019.

Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção, inclusão e exclusão de estudos na RIL

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de consumo de tabaco no Continente e na Região Centro, por grupo etário

Gráfico 2 - Distribuição da evolução da situação perante o consumo do tabaco (98/99-2014)

Gráfico 3 - Distribuição de consumo de álcool no Continente e na Região Centro, por grupo etário

Gráfico 4 - Distribuição de consumo de álcool nos últimos doze meses, na Região Centro, por grupo etário e sexo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Mnemónica PCC para a RIL

Tabela 2 - Critérios de inclusão da RIL

Tabela 3 - Histórico da estratégia de pesquisa da RIL

Tabela 4 - Lista de estudo selecionado para a RIL

Tabela 5 - Resposta a questão de revisão do E1

Tabela 6 - Resposta a questão de revisão do E2

Tabela 7 - Resposta a questão de revisão do E3

Tabela 8 - Resposta a questão de revisão do E4

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – CONTEXTO DE ESTÁGIO	16
1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA BAIXO MONDEGO	16
2. A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE COIMBRA SAÚDE	18
CAPÍTULO 2 – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAÚDE PÚBLICA.....	22
1. TABACO, ALCOOL E OUTRAS DROGAS: DETERMINANTES NOS CUIDADOS DE SAUDE PRIMÁRIOS	22
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO MAIS SAUDE MENOS CONSUMOS NOCIVOS NOS ADOLESCENTES EM CONTEXTO ESCOLAR	26
2.1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL	30
CAPÍTULO 3 – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	32
1. METODOLOGIA	32
2. RESULTADOS	36
3. DISCUSSÃO	40
4. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....	43
CAPÍTULO 4 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA.....	45
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	50
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	54
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

ANEXOS

ANEXO I – Estudos selecionados para a Revisão Integrativa da Literatura

ANEXO II – Certificado de Participação no encontro comemorativo do SICAD

ANEXO III – Certificado de Participação no 3.º Congresso Nacional da Unidade de Saúde Pública do ACES Baixo Vouga.

ANEXO IV- Certificado de capacitação aos profissionais de saúde da USPBM sobre síntese do Sistema de Saúde da Guiné-Bissau

ANEXO V- Certificado de participação X Congresso Ibero-americano de Universidades Promotoras da Saúde

ANEXO VI- Certificado de participação na formação de Coimbra Unida pelo Coração e Vasos

ANEXO VII- Certificado de participação no Rastreio Cardiovascular Da Fundação Portuguesa de Cardiologia

APÊNDICES

APÊNDICE I - Folheto sobre consumo de álcool para os viajantes da USPBM

APÊNDICE II – Apresentação sobre Sistema de Saúde da Guiné-Bissau aos profissionais da USPBM

APÊNDICE III- Capacitação sobre consumo nocivo dos ATOD dos adolescentes da Escola secundária com segundo Ciclo D. Dinis

APÊNDICE IV- Formação sobre alimentação saudável de 0-6 anos de idade para mães imigrantes na Caritas da Diocese de Coimbra

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório, do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, surge o presente Relatório.

Descreve o contexto da prática desenvolvida sob condições definidas pela Ordem dos Enfermeiros, designadamente na Unidade de Saúde Pública Baixo Mondego (USPBM) e na Unidade de Cuidados na Comunidade – Coimbra Saúde (UCC-CS), decorrido de 26 de setembro de 2022 a 24 de fevereiro de 2023, tendo como objetivos de aprendizagem/desenvolvimento de competências específicas na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

- Participar na avaliação do estado de saúde de uma comunidade ou na avaliação de programas de âmbito populacional nos domínios da prevenção, promoção e proteção da saúde;
- Participar na conceção e implementação de Programas e Projetos de Saúde de âmbito comunitário;
- Promover e dinamizar processos de capacitação de pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis da comunidade;
- Elaborar relatório referente a um problema de saúde diagnosticado no contexto da prática da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (Neves, 2022).

Considerando a prevenção de consumos de álcool tabaco e outras drogas (ATOD) na população adolescente identificada como uma necessidade de saúde prioritária pela equipa de Saúde Escolar da UCCCS, procurei caracterizá-lo e contribuir para a melhoria contínua do programa de sensibilização e educação em curso.

Como referem Griffin e Botvin (2010), o consumo de drogas é um fenómeno presente na história da humanidade, inserido nas políticas socioculturais de diversos povos, mas atualmente constitui um problema de saúde pública, que tem sérias consequências pessoais e sociais. De acordo com Cordeiro (2009) o álcool é a segunda droga mais consumida em todo o mundo, e a sua utilização produz um efeito imediato na perceção da realidade e provoca efeitos secundários ao longo do tempo, por esta razão torna-se urgente intervir no sentido de prevenir este consumo nocivo especialmente nos adolescentes.

Os comportamentos aditivos são fenômenos com características compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas, os mais frequentes entre os jovens são o consumo de substâncias psicoativas, como o álcool, o tabaco e cannabis, estes comportamentos envolvem a procura de prazer, mais implicam simultaneamente diversas consequências negativas que geralmente estão associados a danos físicos, sociais ou mentais para o próprio ou para terceiros. Indo de acordo com a literatura, a falta de informação é um dos maiores obstáculos para a intervenção precoce, por isso é fundamental que se realiza um trabalho específico da Literacia em saúde mental dos adolescentes (Tomé, Matos, Gomes, Camacho & Gaspar, 2017).

Considerando os argumentos acima referidos, torna-se indispensável não apenas proceder ao diagnóstico de saúde, mas também estabelecer estratégias de intervenção junto da população adolescente. É competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública o processo de capacitação de grupos/comunidade. Especificamente, de acordo com esta competência, lideram processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania; integram, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas; e procedem à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade (Regulamento n.º 428/2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, as competências de comunicação, cooperação e aceitação, inerentes à profissão de enfermagem, fazem deste profissional de saúde um membro ativo na atuação junto de toda a comunidade educativa, colaborando diretamente na obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Assim, o enfermeiro, com destaque na área de Enfermagem em Contexto Escolar, na posse das suas competências profissionais, ao atuar de forma ativa junto de toda a comunidade educativa, tem a oportunidade de partilhar saberes, educando, contribuindo de forma direta para a obtenção de ganhos em saúde.

Neste sentido, delinee o projeto 'Mais saúde menos consumos nocivos nos adolescentes em contexto escolar' tendo como finalidade a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no âmbito da Saúde Escolar, dirigidos à população adolescente da área de abrangência da UCCCS.

Para dar suporte ao planeamento das intervenções e à sua realização, realizei uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) tendo como questão de investigação: Que programas/intervenções tem sido implementado no contexto escolar para a prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os adolescentes?"

Para a elaboração do Relatório consultei vários documentos, nomeadamente os Guias Orientadores da Prática Clínica, os Relatórios de Atividades da USPBM e UCC-CS, dados disponíveis no Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI CSP) e no Instituto Nacional de Estatística (INE). Consultei também outros documentos e legislação considerados importantes, e alguns documentos fornecidos pela Enfermeira Especialista Tutora.

Estruturei o Relatório da seguinte forma: inicia-se com a introdução e encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo são descritos os contextos clínicos de estágio. O segundo capítulo apresenta o Projeto de Intervenção em contexto comunitário e de saúde pública, relacionado a problemática identificada como prioritária na população adolescente pela equipa de saúde escolar da UCCCS. O terceiro capítulo descreve a componente de investigação relativa à RIL. O quarto capítulo é a descrição e reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas e competências adquiridas durante o estágio. Por fim a conclusão onde se apresentam algumas considerações finais.

A elaboração deste relatório segue as normas do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

CAPÍTULO 1 – CONTEXTO DE ESTÁGIO

O Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório desenvolve-se em contexto da prática sob condições definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), assegurando condições para um percurso formativo global nas áreas de conhecimento específicas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, contribuindo para a aquisição de competências específicas nesta área de especialização (Neves, 2022).

Decorreu de 12 de maio de 2022 a 24 de fevereiro de 2023 em Unidade de Cuidado na Comunidade (UCC) e Unidade de Saúde Pública (USP), integrando as equipas multidisciplinares e participando no desenvolvimento de intervenções de prevenção, promoção e proteção da saúde de acordo com o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, OE).

1. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA BAIXO MONDEGO

A USPBM, pertence a administração Regional de Saúde Centro (ARSC) do e está inserido no Distrito de Coimbra e abrange a área geográfica dos concelhos de Mira, Cantanhede, Mealhada, Penacova, Mortágua, Figueira da Foz, Coimbra, Montemor-O-Velho, Condeixa-A-Nova e Soure.

Iniciou as suas atividades em 30 de novembro de 2012 e tem por missão, de acordo com a carta de Missão da ARSC e do ACeS BM, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde.

A visão da USPBM centra-se na articulação com as unidades funcionais do ACES, com outras unidades de saúde e restantes instituições comunitárias bem como na interação com os cidadãos, tendo como imperativo a transparência e disponibilidade, contribuindo assim para o bem público em saúde. Os seus valores acentuam-se em trabalho em equipa e multidisciplinaridade participativa, satisfação dos profissionais, equidade e garantia de acessibilidade à população, garantia de qualidade interna e externa, excelência técnica e eficiência, procura de uma inovação técnica e metodológica, sentido de responsabilidade, lealdade e respeito pelo trabalho dos diversos profissionais

de saúde, transparência nas atividades desenvolvidas e dever de cooperação e partilha entre profissionais e instituições.

A USPBM funciona de segunda a sexta-feira das 09:00h as 17:00h e encerra nos sábados domingos e feriados e atende pelos seguintes contatos, email: usp.bm@arscentro.min-sapo.pt e por telefone pelo número 239802112.

Relativamente aos recursos humanos, a USPBM dispõe de 19 médicos, 7 enfermeiros, 9 secretários clínicos, 1 assistente clínico, 7 médicos internos da especialidade de Saúde Pública, e 14 técnicos de saúde ambiental.

A USPBM tem sede em Coimbra e nove polos: Polo de Figueira da Foz, Polo de Penacova, Polo de Mealhada, Polo de Cantanhede, Polo de Mira, Polo de Montemor-o-Velho, Polo de Soure, Polo de Condeixa-a-Nova, Polo de Mortágua.

Todos os concelhos têm pelo menos um médico de saúde pública, um técnico de saúde ambiental, contudo apenas 4 concelhos têm enfermeiros.

Realizei o estágio na sede da USPBM, que conta com duas enfermeiras especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Quanto ao espaço físico, a instalação da sede da USPBM encontra-se no edifício do Centro de Saúde Santa Clara, em Coimbra, Rua Capitão Salgueiro Maia - Topo Norte, 3040-006 Coimbra. A sede da USPBM conta com o rés do chão que alberga dois gabinetes de atendimento, dois gabinetes de enfermagem, um gabinete de técnicos de saúde ambiental, um gabinete de atendimento administrativo, e uma sala de espera para utentes. Conta ainda no primeiro piso com cinco gabinetes médicos e um gabinete administrativo. A USPBM utiliza ainda espaços comuns, entre os quais: sala de reuniões mediante agendamento prévio, copa (dispõe de um frigorífico, uma micro-ondas, banca com ponto de água, mesas e cadeiras, máquina para café) e instalações sanitárias. Relativamente ao estacionamento o Centro de Saúde de Santa Clara dispõe de estacionamento gratuitos nos parques exteriores ao edifício.

A USPBM tem uma delegada de saúde coordenadora, uma médica especialista em Saúde Pública, que foi designada para as funções da coordenadora da USP.

A área de abrangência da USPBM é a do ACeS Baixo Mondego, que abrange uma população de 344 277 habitantes, representando 21% da população da região (1 663 772 habitantes). Entre os últimos censos (2001 e 2011) o crescimento populacional no ACeS foi negativo (-2,4%), próximo do decréscimo registado na região (-2,2%) e foi inverso ao registado no Continente, cujo crescimento populacional foi positivo (1,8%). O índice de envelhecimento (208) tem aumentado e é superior ao da região e ao do

Continente. A esperança de vida à nascença (78,7 anos para os homens; 85 anos para as mulheres) tem aumentado em ambos os sexos e é próximo da região e do Continente. A taxa bruta de natalidade (7,4‰) tem mostrado uma tendência decrescente, posicionando-se entre os valores da região e do Continente.

A USPBM, na sua sede (Coimbra), desenvolve atividades em função do plano de saúde da ARSC e das prioridades a nível local, das necessidades da população, nomeadamente (Serviço Nacional de Saúde, 2022):

- Vacinação, no Centro de Vacinação Internacional, e vacinação dos idosos institucionalizados da sua área de abrangência, em articulação com as equipas coordenadoras das Entidades Residenciais para Pessoas Idosas;
- Consulta do viajante e Juntas Médicas de Incapacidade;
- Vigilância da qualidade da alimentação, em escolas, lares e outras entidades públicas no início do ano letivo;
- Vigilância de doenças infectocontagiosas - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

2. A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE COIMBRA SAÚDE

A UCCCS é uma unidade que presta “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família...” (Dec. Lei n° 28/2008, 22 de fevereiro).

A UCCCS tem por missão Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da nossa área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do Aces BM.

A sua Visão é que seja reconhecida como unidade de excelência, enquanto prestadora de cuidados de saúde de qualidade e em proximidade, com especial enfoque nas áreas de cuidados continuados, cuidados paliativos e de apoio ao cuidador; É grande impulsionadora da literacia em saúde na comunidade, nomeadamente em grupos populacionais com necessidades especiais de saúde ou mais vulneráveis e na população escolar. É uma organização credível e reconhecida pela comunidade; e uma Unidade empenhada e eficaz na cooperação interinstitucional.

A UCCCS preserva os seguintes valores: Profissionalismo, ética e respeito; Orientação para as necessidades da comunidade; Eficácia e eficiência na ação; Motivação elevada e aposta na aquisição de novas competências.

O horário normal de funcionamento da UCCCS é de segunda a sexta-feira das 8:00h às 20:00 h e das 09:00 h às 17:00h aos sábados, domingos e feriados. E o horário de atendimento ao utente é de Segunda, Quarta, Quinta e Sexta-Feira das 8:30h às 19:00h, terça-feira das 8:30 às 13:00h das 16:30 às 19:00h e Sábados, Domingos e Feriados das 9:30h às 16:00h para situações programadas da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Em termos de recursos humanos, a UCCCS conta com 10 enfermeiros entre eles, 3 Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 2 Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2 Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 1 Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 1 Enfermeiro generalista, 1 Assistente Técnica Operacional, e a tempo parcial 1 Médica (12 horas/semana), 2 Psicólogas (5 horas/semana), 1 Fisioterapeuta (10 horas/semana), 3 Técnicas de Serviço Social (11 horas/semana).

A coordenadora UCCCS é uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A UCCCS tem na sua área de abrangência a população do Centro de Saúde Fernão Magalhães, Centro de Saúde de Santa Clara e Centro de Saúde de Eiras, e tem por domínios de intervenção os seguintes: Saúde das crianças e jovens, Saúde das famílias em formação, Apoio a indivíduos/famílias e comunidades em risco e Saúde dos indivíduos portadores de doença crónica e suas famílias/cuidadores.

A sua sede encontra-se no 1º piso do Centro de saúde de Fernão Magalhães, Av. Fernão Magalhães, 620, 3000-174 Coimbra, e conta com uma sala da enfermeira coordenadora que é onde é planeada as intervenções, uma sala de trabalho onde são organizados os materiais de intervenção e onde também decorre as aulas online de preparação para o parto, uma sala de recurso de assistência partilhada e uma casa de banho.

Tem os seguintes contatos: telefone 239856126 e telemóvel: 911031105, Correio eletrónico: ucc.coimbra@arscentro.min-saude.pt,

Facebook: <https://www.facebook.com/ucccoimbrasaude>

Site: <http://ucccoimbrasaude.wixsite.com/coimbrasaude>

A UCCCS desenvolve vários projetos com a participação dos diferentes grupos profissionais e parceria/colaboração com a comunidade (UCC Coimbra Saúde, 2019),

destacando-se:

Saúde escolar – Cumpre os objetivos do Plano Nacional de Saúde Escolar estão relacionados com o aumento da literacia em saúde, com a promoção da adoção de estilos de vida saudável, a inclusão de crianças e jovens com necessidades especiais, bem como a contribuição para um ambiente escolar seguro e saudável (PNSE, 2015).

Pretende melhorar a literacia em saúde e competências sociais e emocionais para a tomada de decisões responsáveis em saúde e bem-estar, contribuindo assim para a melhoria dos estilos de vida e redução de comportamentos nocivos à saúde de toda a comunidade educativa abrangida pela UCC. Abrange projetos de intervenção na promoção da saúde nas áreas da sexualidade, alimentação, saúde oral, estilos de vida saudáveis, substâncias psicoativas (álcool, droga e tabaco), entre outras.

Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) - Enquanto parte integrante da carteira de serviços da UCC, presta serviços domiciliários decorrentes da avaliação integral do utente e família, em situação de dependência com necessidade de cuidados de saúde, doença terminal ou em processo de convalescença, a pessoas com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. Dispõe de 25 vagas.

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco - Tem como finalidade fomentar os meios de deteção, promoção de vigilância e o acompanhamento continuado das situações de risco e perigo de maus tratos, envolvendo a população infanto-juvenil.

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) – Tem como finalidade garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal e social, bem como das crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento.

Comissão de Proteção Crianças e Jovens em risco (CPCJ) - A sua finalidade é promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

Outros programas/projetos em desenvolvimento pela UCCCS:

Rede Social – Parceria/colaboração com a comunidade (ex.: Caritas Diocesana de Coimbra) para combater a pobreza e exclusão social na perspetiva de promoção do desenvolvimento social, permitindo a sinalização de casos.

Viver com Diabetes - Promover a deteção precoce e a vigilância e controlo da doença diabética

Preparação para o parto e recuperação pós-parto - Promover a prática de exercício físico, a partilha de experiências e dúvidas sobre o pós-parto, a amamentação, segurança, higiene, sono e os cuidados ao recém-nascido; fomentar o espírito de grupo e despistar/prevenir situações de depressão pós-parto.

CAPÍTULO 2 – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO E DE SAÚDE PÚBLICA

A promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (*empowerment*) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos, (Melo, 2020).

O problema dos consumos nocivos tem sido considerado prioritário pelo que o considerei como área de intervenção para desenvolver as minhas competências neste estágio.

É da responsabilidade/competência do enfermeiro especialista capacitar, gerar e disponibilizar informação adequada às características dos grupos e comunidades, conceber e planear programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado (Despacho n.º 6860/2018).

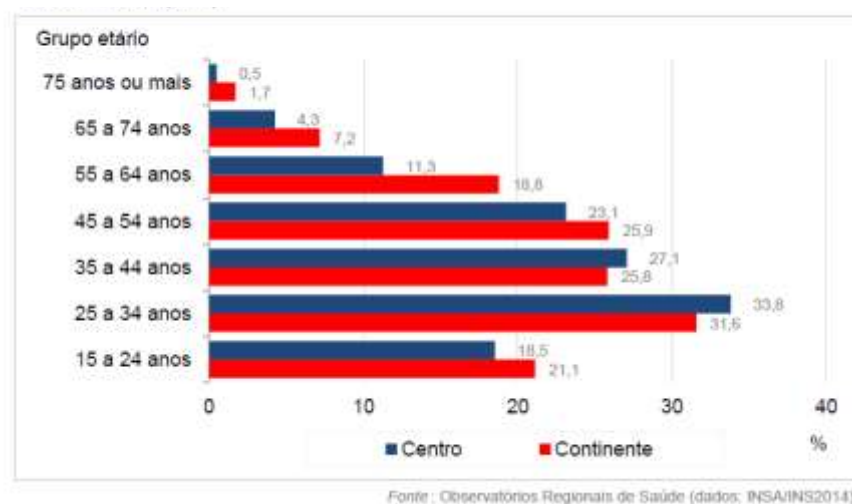
1. TABACO, ALCOOL E OUTRAS DROGAS: DETERMINANTES NOS CUIDADOS DE SAUDE PRIMÁRIOS

Atualmente, o consumo de substâncias nocivas representa um grave problema para a saúde pública. De acordo com Cagollo et al, (2011), as pesquisas do Departamento contra as drogas e o crime da organização das Nações Unidas (UNDOC) mostrou que 200 milhões de pessoas já consumiu substâncias ilegais pelo menos uma vez até 2005 o que representa 5% da população mundial entre 15 e 64 anos de idade.

O consumo do tabaco constitui um dos mais importantes problemas globais de saúde pública, para além do seu impacto como uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte prematura, impõe enormes custos sociais e económicos a toda a sociedade, não só em sofrimento humano, tratamento e serviços de saúde, mas também em absentismo e perda de produtividade económica. A produção agrícola, o fabrico, a distribuição e o consumo de produtos de tabaco provocam graves danos ambientais (World Health Organization e Zafeiridou et al., 2018, citado pela DGS, 2019)

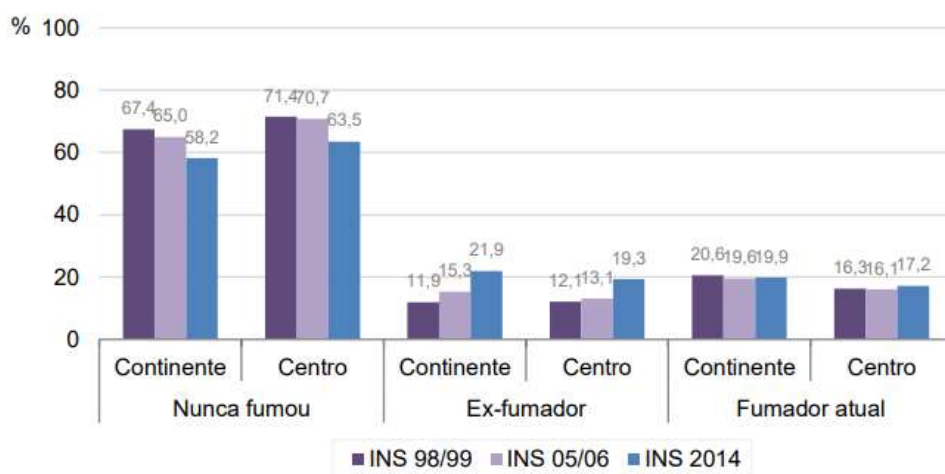
No gráfico 1 pode observar-se a distribuição percentual % do consumo de tabaco (fumador atual) na região centro, por grupo etário, salientando-se que nos grupos etários entre os 25 anos e os 44 anos é superior ao do continente.

Gráfico 1 - Distribuição do consumo de tabaco no Continente e na Região Centro, por grupo etário



No gráfico 2 regista-se que, na região centro, a percentagem de pessoas que nunca fumaram é menor que no continente, e que a percentagem de ex-fumadores evidencia tendência a aumentar. Justifica-se, portanto, continuar a investir na prevenção do consumo de tabaco e na redução ou desabituação tabágica.

Gráfico 2 - Distribuição da evolução da situação perante o consumo de tabaco (98/99-2014)

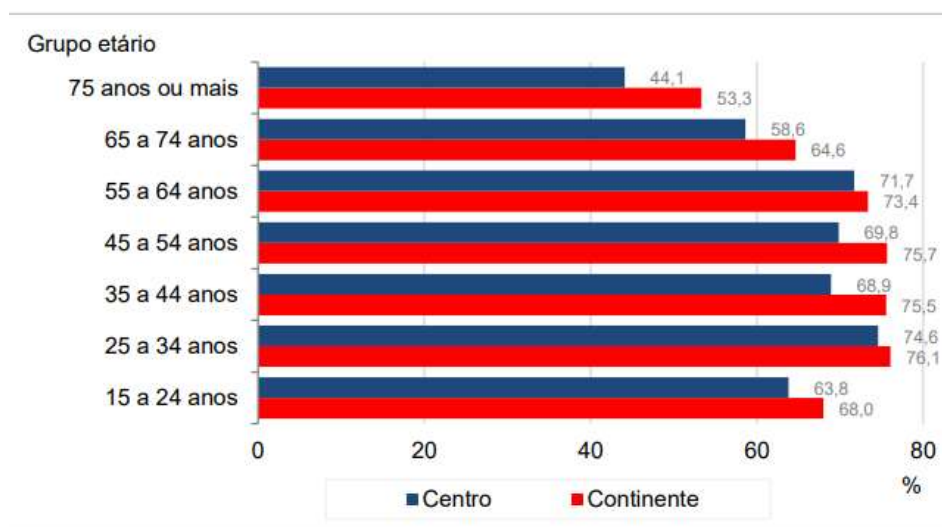


Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INSA/INE - INS 1998/1999, 2005/2006 e 2014)
*Inquerito Nacional de Saúde 2014 - população residente com 15 ou mais anos

Em relação ao consumo de álcool, verifica-se um aumento a nível mundial e Portugal é visto como um dos maiores consumidores mundiais de bebidas alcoólicas, apresentando alterações recentes nos padrões de uso (SICAD, 2021).

No Gráfico 3 pode verificar-se a distribuição da população que nos 12 meses anteriores à entrevista bebeu alguma bebida alcoólica, registando-se um consumo inferior na região centro relativamente ao continente, salientando-se, no entanto, que 63,8 % de jovens com idade acima dos 15 anos já referiu o consumo de álcool.

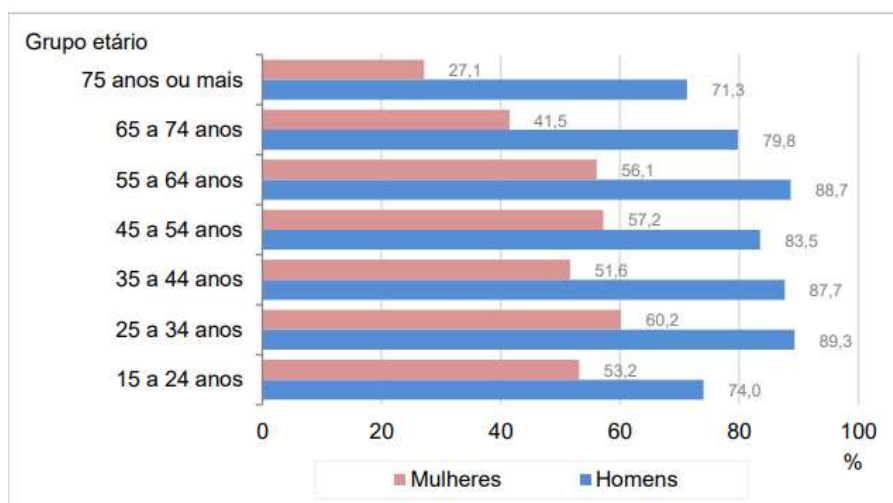
Gráfico 3 - Distribuição do consumo de álcool no Continente e na Região Centro, por grupo etário



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INS 2014)

No Gráfico 4 pode observar-se que, na região centro, o consumo de álcool é superior nos homens em todas as faixas etárias.

Gráfico 4 - Distribuição do consumo de álcool nos últimos 12 meses, na Região Centro, por grupo etário e sexo.



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INS 2014)

No IV inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2016/17 INPG (2016/17) realizado na população residente em Portugal (15-74 anos), mostram que as prevalências de consumo de qualquer droga foram de 10% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e de 4% nos últimos 30 dias.

Ainda segundo o mesmo inquérito a canábis, a cocaína e o ecstasy foram as substâncias ilícitas com as maiores prevalências de consumo, embora as duas últimas muito aquém da canábis. De um modo geral, a população de 15-34 anos apresentou consumos mais altos do que a de 15-74 anos.

Todos estes consumos nocivos acarretam consequências não só para a saúde individual, mas constituem também problemas de saúde pública.

A nicotina é um alcaloide vegetal existente na planta e no fumo do tabaco, é a principal substância responsável pela dependência provocada pelo consumo de tabaco, por um processo comportamental e farmacológico semelhante ao que determina a dependência do álcool, da heroína ou da cocaína. Os efeitos da nicotina sobre o sistema nervoso central são determinados no desenvolvimento da dependência, é a ação no cérebro que provoca a sensação de prazer após o ato de fumar ou de irritabilidade quando o fumador tenta romper o consumo (Nunes,2007).

Em 2017, de acordo com estimativas elaboradas pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (citado por SICAD, 2019) morreram em Portugal mais de 13 000 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco, das quais 10 588 homens (18,6% do total de óbitos) e 2515 mulheres (4,4% do total de óbitos), e ainda no mesmo ano cerca de quatro em cada dez óbitos na faixa etária dos 15 aos 49 anos de idade por enfarte e AVC atribuível ao tabaco. Estimou-se ainda, que o tabaco, incluindo a exposição ao fumo ambiental, tenha contribuído em Portugal para a morte de 5790 pessoas por cancro, 4981 homens e 809 mulheres, o que representou 19,6% do total de óbitos por esta causa registados naquele ano pelo (SICAD, 2019). Os tumores malignos são a segunda causa básica de morte em Portugal, contribuindo para cerca de um quarto do total de óbitos registados anualmente, com destaque para as mortes por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (INE, 2019 citado por SICAD, 2021).

Segundo dados do INE (citado por SICAD, 2021) em 2020 estiveram em tratamento no ambulatório da rede pública, 12.757 utentes com problemas relacionados com uso de álcool. Ainda no mesmo ano houve em Portugal 4.157 internamentos hospitalares com diagnóstico principal atribuível ao consumo de álcool, na sua maioria relacionados com doença alcoólica ao fígado (68%) e dependência de álcool (21%). Ainda segundo o INE, em 2019 foi registado em Portugal 2.507 óbitos por doenças atribuíveis ao álcool (2,2%

do total de óbitos). A taxa de mortalidade padronizada para todas as idades foi de 22,1 óbitos por 100.000 habitantes, sendo bastante superior nos 65+ anos (57,3) e, o número medio de anos potenciais de vida perdidos foi de 11,6 anos.

Da monitorização realizada no âmbito do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, apesar de se terem registado ganhos em saúde relacionados com as infeções por VIH e com a mortalidade, os valores das *overdoses* dos últimos três anos foram os mais elevados desde 2011, com as de opiáceos a duplicarem entre 2017 e 2018 e as de cocaína a subirem entre 2017 e 2019 (SICAD, 2021).

Perante o exposto a intervenção precoce, desde a adolescência, é prioritária. O consumo de ATOD entre os adolescentes é uma questão preocupante que afeta não só a saúde física, mas também a mental e o desenvolvimento geral dos jovens. Nessa fase da vida, o cérebro ainda está em desenvolvimento, por esta razão, torna os adolescentes particularmente suscetíveis aos efeitos prejudiciais dessas substâncias.

Intervenções como educação para a saúde sobre os riscos e conscientização sobre os efeitos negativos das drogas, podem ajudar a reduzir o significativamente o consumo nocivo e o número de adolescentes futuramente dependentes, deste modo contribuir para que haja mais ganhos em saúde.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO - MAIS SAUDE MENOS CONSUMOS NOCIVOS NOS ADOLESCENTES EM CONTEXTO ESCOLAR

O consumo de tabaco na infância e na adolescência têm consequências imediatas, é lesivo para a maturação e função pulmonares, contribui para agravar ou dificultar o controlo da asma e sintomatologia respiratória como a tosse e a expectoração, diminui o rendimento físico, Sampaio (2007), ainda segundo o mesmo autor muitos dos efeitos do consumo de tabaco são visíveis apenas a longo prazo, por essa razão todo o consumo de tabaco é nocivo, quer para quem fuma como para os que não fumam mas que estão expostos ao fumo ambiental.

Em Portugal, segundo estimativas elaboradas pelo Institute for Health Metrics and Evaluation em 2017 o tabaco contribui para cerca de quatro em cada dez óbitos por enfarte do miocárdio e por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no grupo etário dos 14-49 anos de idade (DGS 2019).

A DGS (2019), através do programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo explica que a iniciação do consumo de tabaco é um grave problema de

saúde infantil e juvenil, revela que dentre os jovens que iniciam o consumo, mais de um terço irá continuar a fumar ao longo da vida adulta, comprometendo assim a sua saúde e longevidade. Se não se conseguir impedir que os jovens comecem a fumar, as próximas gerações continuarão a suportar um pesado fardo, não só em termos de doença, incapacidade e mortalidade prematura, mas também em gastos em tratamentos e serviços de saúde.

No que se refere ao álcool, um estudo do SICAD (2019) mostrou que as prevalências de consumo recente de bebidas alcoólicas variam entre 21% (13 anos) e 85% (18 anos), enquanto as de tabaco entre 8% (13 anos) e 47% (18 anos) e as de drogas ilícitas entre 2% (13 anos) e 27% (18 anos). Quanto à mortalidade, o álcool é responsável por cerca de 195.000 mortes por ano na União Europeia, e a percentagem de mortes atribuíveis ao álcool é maior nas idades compreendida entre os 15 e 29 anos de idade (IDT, 2010).

O consumo de álcool na adolescência, apesar de muitas vezes socialmente aceite, está intimamente relacionado com outros comportamentos de risco e com acidentes que representam a principal causa de morte neste grupo etário, é também conhecido que, quanto menor a idade de início do consumo de álcool, maior o risco de consumo patológico e de dependência na idade adulta. Os adolescentes sob o efeito de álcool estão expostos a um conjunto de riscos acrescidos como violação sexual, gravidez não desejada, acidentes de viação, daí a necessidade de uma intervenção para evitar consumos nocivos nesta faixa etária (IDT, 2011).

De acordo com o IDT (2011), há que considerar:

- O consumo de risco, que corresponde a um tipo ou padrão de consumo que provoca dano se o consumo persistir e que aumenta a probabilidade de sofrer doenças, acidentes, lesões, transtornos mentais ou de comportamento;
- O consumo esporádico excessivo, ou *binge drinking*, que é o consumo que excede 5 a 6 bebidas no homem, e a 5 bebidas na mulher, numa só ocasião e num espaço de tempo limitado, estando associado a uma maior probabilidade de sofrer consequências adversas;
- O consumo nocivo, que é definido como um “padrão de consumo que provoca danos à saúde tanto física como mental”, mas que não satisfaz os critérios de dependência.

Relativamente aos adolescentes e ao consumo de ATOD, num estudo realizado em 2019 a nível nacional sobre o consumo de álcool, tabaco e outras drogas e outros comportamentos aditivos e dependências, mostraram uma prevalência de consumo ao longo da vida de qualquer droga nos alunos de 13 - 18 anos de 15%, e a de consumo

recente de 13% (SICAD, 2019). As sínteses destes resultados podem consultar-se na Figura 1.

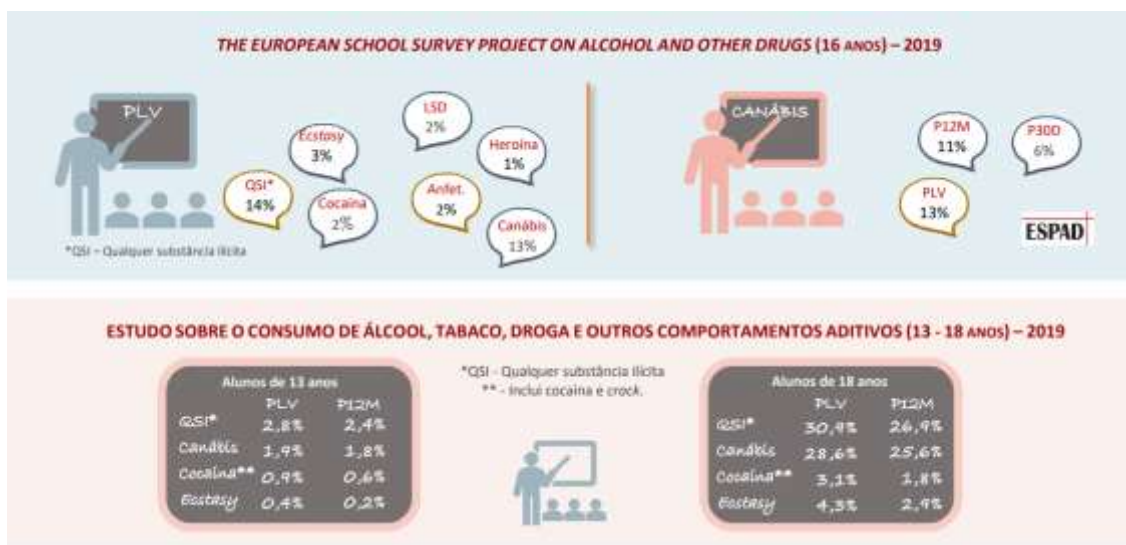


Figura 1 - Síntese dos resultados do European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – 2019.

O plano Nacional para a Redução dos comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (PNRCAD) é um plano interministerial para os comportamentos aditivos e dependências, com uma ótica balanceada entre o domínio da procura, que contempla as diferentes etapas do ciclo da vida e os contextos no qual são destacadas as medidas estruturantes, e o domínio da oferta inclui ainda temas transversais relacionados com a importância de atualização permanente de informação e do conhecimento (SICAD, 2013).

A promoção de saúde em ambiente escolar torna-se imprescindível, visto que a escola se constitui um espaço ideal para a construção de capacidade do adolescente em tomar decisões relacionados a sua vida futura e a sua responsabilidade social. A promoção da saúde possibilita a aprendizagem de novos saberes e fazeres, e estes por sua vez ampliam as alternativas de intervenção junto aos sujeitos e da compreensão do processo saúde-doença como produção social (Grillo et al, 2008). A promoção da saúde é atualmente, entendida como «um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam» (Carta de Otava, 1986).

O planeamento em saúde surge como uma estratégia coletiva que permite adaptar, aumentar a flexibilidade, eficiência e rigor das intervenções desenvolvidas em múltiplos contextos, na perspetiva da resolução de problemas e no aumento de ganhos em saúde

(Imperatori & Giraldes, 1993). Tendo em conta o problema identificado, emerge a necessidade do desenvolvimento de estratégias para o conhecimento sobre os riscos para a saúde do consumo excessivo de álcool, tabaco e outras drogas.

Assim, delineou-se o projeto de intervenção “mais saúde menos consumo nocivo nos adolescentes em contexto escolar” tendo como:

População-alvo

Adolescentes de Agrupamentos de Escolas da área da abrangência da UCCCS.

Finalidade

Prevenir o consumo nocivo de ATOD, visando a adoção de estilos de vida saudáveis.

Objetivo geral

Capacitar os adolescentes sobre o risco do consumo nocivo de ATOD.

Objetivos específicos

Aumentar a literacia em saúde sobre efeitos de ATOD

Sensibilizar sobre os riscos do consumo nocivo de ATOD

Horizonte temporal

Entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023

Etapas do projeto

1 – Apresentação do projeto e proposta de intervenção	Reunião com a equipa de Saúde Escolar
2 – Realização de Revisão Integrativa da Literatura	Elaboração de protocolo de pesquisa com a questão: “Que programas/intervenções têm sido implementados no contexto escolar para a prevenção do consumo de ATOD entre os adolescentes”?
3 – Implementação do programa educativo para capacitar os adolescentes sobre o risco do consumo nocivo de ATOD	<ul style="list-style-type: none">- Planeamento das sessões de educação para a saúde- Contato com a Escola Secundária com 3º ciclo D. Dinis para agendamento das sessões de educação para a saúde- Realização das sessões de educação aos adolescentes inscritos no 12º ano

As sessões de educação decorreram durante dois dias, abrangendo um total de 100 adolescentes, distribuídos por 6 turmas, tendo cada sessão a duração aproximada de 50 minutos. Houve turmas mais participativas e dinâmicas, mas no global manifestaram interesse e no final de cada sessão participaram na síntese dos principais aspetos abordados, o que me permite concluir que contribui para aumentar a literacia em saúde destes adolescentes sobre efeitos de ATOD e sensibilizá-los sobre os riscos do consumo nocivo de ATOD, atingindo os objetivos propostos.

2.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Um projeto de intervenção deve basear-se num modelo de educação para a saúde, pois, segundo Stanhope e Lancaster (1999) organizam globalmente ideias e simplificam sistemas complexos em esquemas sucintos, fornecem descrições significativas na orientação do pensamento, observação e prática dos educadores.

No planeamento e realização das sessões formativas de sensibilização e educação para a saúde tive como suporte os pressupostos teóricos orientadores do empoderamento comunitário e da literacia em saúde.

Segundo Melo (2020), a saúde comunitária é um “processo dinâmico de empoderamento comunitário” e os cuidados de enfermagem à comunidade consistem no “desenvolvimento de uma ação colaborativa e potenciadora da comunidade”. O empoderamento comunitário pode acontecer em três níveis:

- Empoderamento individual ou intrapessoal, ocorrendo quando as pessoas se autopercebem que detêm os recursos e poder para controlar e resolver os seus próprios problemas, sendo intrapessoal quando desenvolvido em contexto relacional através das interações com os outros e os contextos;
- Empoderamento organizacional, no qual as organizações comunitárias partilham o poder decisório e de liderança e a gestão de recursos na resolução de problemas na comunidade;
- Empoderamento comunitário, as pessoas e as organizações constroem estratégias e ações para atingir os seus objetivos através de processos participativos. Portanto, o enfermeiro tem de trabalhar em parceria com os membros e líderes da comunidade potenciando os domínios facilitadores do seu *empowerment*, promovendo a otimização dos recursos e competências da comunidade.

Portanto, para prevenir o consumo nocivo de ATOD, será necessário desenvolver intervenções não só de empoderamento dos adolescentes (empoderamento individual e intrapessoal), mas também em parceria com as Escolas (empoderamento organizacional) e com a comunidade educativa (empoderamento comunitário) visando a adoção de estilos de vida saudáveis.

Para o promover o empoderamento Comunitário é importante promover a Literacia não só sobre ATOD, mas também sobre os problemas relacionados com o seu consumo nocivo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Literacia em Saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde. A Literacia em Saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida. A promoção da Literacia em Saúde, junto das pessoas, das comunidades, e das organizações, constitui-se como uma importante oportunidade e desafio da Saúde Pública (DGS, 2018).

A Literacia em Saúde é o resultado de uma eficaz educação em saúde, que aumenta as capacidades dos indivíduos para aceder e usar informações de saúde. O Plano de Ação para a Literacia em Saúde, 2019-2021, define uma abordagem ao longo do ciclo de vida, promovendo as escolhas informadas dos cidadãos, considerando a educação para a saúde como ferramenta fundamental para a melhoria da saúde das populações e promoção do capital de saúde.

Assim, a capacitação dos adolescentes tem como foco a educação em saúde através de técnicas educativas, motivacionais, de capacitação e de consciencialização sobre ATOD e os efeitos do seu consumo nocivo.

CAPÍTULO 3 – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelo desenvolvimento físico, mental, emocional, cognitivo, sexual e pelos esforços em estabelecer novas relações, desenvolvendo capacidades sociais com vista a atingir a integração no seu grupo social.

De acordo com Rosa, Loureiro e Sequeira (2016), a realidade dos conflitos dos adolescentes, como a pressão social, o relacionamento com os pais, a tentativa de extroversão social e a procura de relacionamentos afetivos e sexuais, podem ser fatores que contribuem para a existência de processo de vulnerabilidade no adolescente, estando este sujeito a cometer mais comportamentos de risco, onde se incluem o consumo nocivo de ATOD.

Os resultados do Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências / 2019 revelaram que 1 em cada 10 alunos tinha consumido, no último ano, bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas (SICAD, 2019).

A intervenção em saúde escolar, deve promover o aprimoramento de competências socio emocionais contribuindo para o desenvolvimento do autoconhecimento, autonomia, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável (PNSE, 2015). Grande parte dos programas de educação em saúde aplicados em contexto escolar são de implementação tradicional, utilizando métodos expositivos em uma ou mais sessões, na sala de aula e durante o período escolar, pelo que considere pertinente desenvolver uma RIL procurando encontrar evidência científica sobre os programas que têm sido desenvolvidos para prevenção do consumo nocivo na população adolescente.

1. METODOLOGIA

Para a RIL foi utilizada uma metodologia que se enquadra numa scoping review. Este é um tipo de revisão que tem como principal objetivo identificar e mapear as evidências disponíveis. (Peters, Godfrey, McInerney, Munn, Tricco & Khalil, 2021).

O recurso utilizado para obter a questão de pesquisa foi a estratégia PCC (Tabela 1), representativo de Participantes, Conceito e Contexto, esta é fundamental para organizar a seleção dos estudos, extração de dados, mapear a evidencia e explicar o seu significado (Apóstolo, 2017). Definiu-se assim a questão de revisão “Que programas/intervenções tem sido implementado no contexto escolar para a prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os adolescentes”

Tabela 1 - Mnemónica PCC para a RIL

Acrónimo	Significado	Aplicação a questão da revisão
P	Participantes	Adolescentes (10-19)
C	Conceito	Programas de prevenção do consumo de álcool Tabaco e outras drogas
C	Contexto	Escola/saúde escolar

Levando em consideração a questão de revisão estalecida, de modo a dar resposta a mesma, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o tipo de programas/intervenções para a prevenção de consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os adolescentes implementados nas escolas
- Analisar a influência dos programas e intervenções em contexto escolar para a prevenção de consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os adolescentes

De acordo com a questão de revisão e os objetivos definidos, apresentam-se na Tabela -2- os critérios de inclusão.

Tabela -2- Critérios de inclusão na RIL

Critérios de seleção	Critérios de inclusão
Participantes	Adolescentes com idades entre 10 e os 19 anos
Conceito	Estudos que abordam programas de intervenção educativa sobre o álcool, tabaco e outras drogas
Contexto	Estudos realizados em ambiente escolar

Tipos de estudo	Com acesso a texto integral Estudos primários e revisões sistemáticas Horizonte temporal entre 2018 e 2023 Inglês, português e espanhol
------------------------	--

Esta pesquisa bibliográfica foi realizada no dia 7 de março de 2023, no motor de busca EBSCO-host, nas bases de dados: MedLine Complete, CINAHL Complete e ACADEMIC Search. Na tabela 3 encontra-se a estratégia de pesquisa desenvolvida, que teve como descritores: adolescentes; teenagers; young adults; teen; youth; student; adolescence; consumo de álcool, alcohol drinking, consumo de alcohol, uso de tabaco, tobacco use, uso de drogas, drug use, drogas ilícitas illicit drougs.

Tabela 3 - Histórico da estratégia de pesquisa da RIL

#	HISTORICO DE PESQUISA	RESULTADOS
CINAHL		
S1	TI (adolescents or teenagers or young adults or teen or youth) AND TI alcohol use AND TI (tabacco or cigarettes or smoking) AND TI drug use	(56)
S2	TI (adolescents or teenagers or young adults or teen or youth) AND TI alcohol use AND TI (tabacco or cigarettes or smoking) AND TI drug use AND AB prevention programs	(5)
MEDLINE		
S3	AB (adolescents or teenagers or young adults) AND AB alcohol use AND AB (tabacco or cigarettes or smoking) AND AB drug use AND AB prevention programs AND AB school	(9)
ACADEMIC REC		
S4	AB (adolescents or teenagers or young adults) AND AB prevention programs AND AB (tabacco or cigarettes or smoking) AND AB (drugs or alcohol or substance abuse)	(57)

Após a pesquisa realizada obtiveram-se 127 registos (62 na CINAHL, 9 na MEDLINE e 57 na ACADEMIC REC). Destes, 56 foram excluídos porque o seu conceito (avaliação psicológica /psicoterapia) não respondia à questão da investigação. Dos 71 estudos identificados para leitura do seu abstract, excluíram-se 62 por incluírem população com

idade > 19 anos (universitários), selecionando-se 9 estudos para leitura integral. Destes, excluíram-se ainda 5 por não responderem aos objetivos da pesquisa, assim foram incluídos 4 estudos na RIL. Na figura 2 representa-se o fluxograma do processo de seleção, inclusão e exclusão de estudos na RIL.

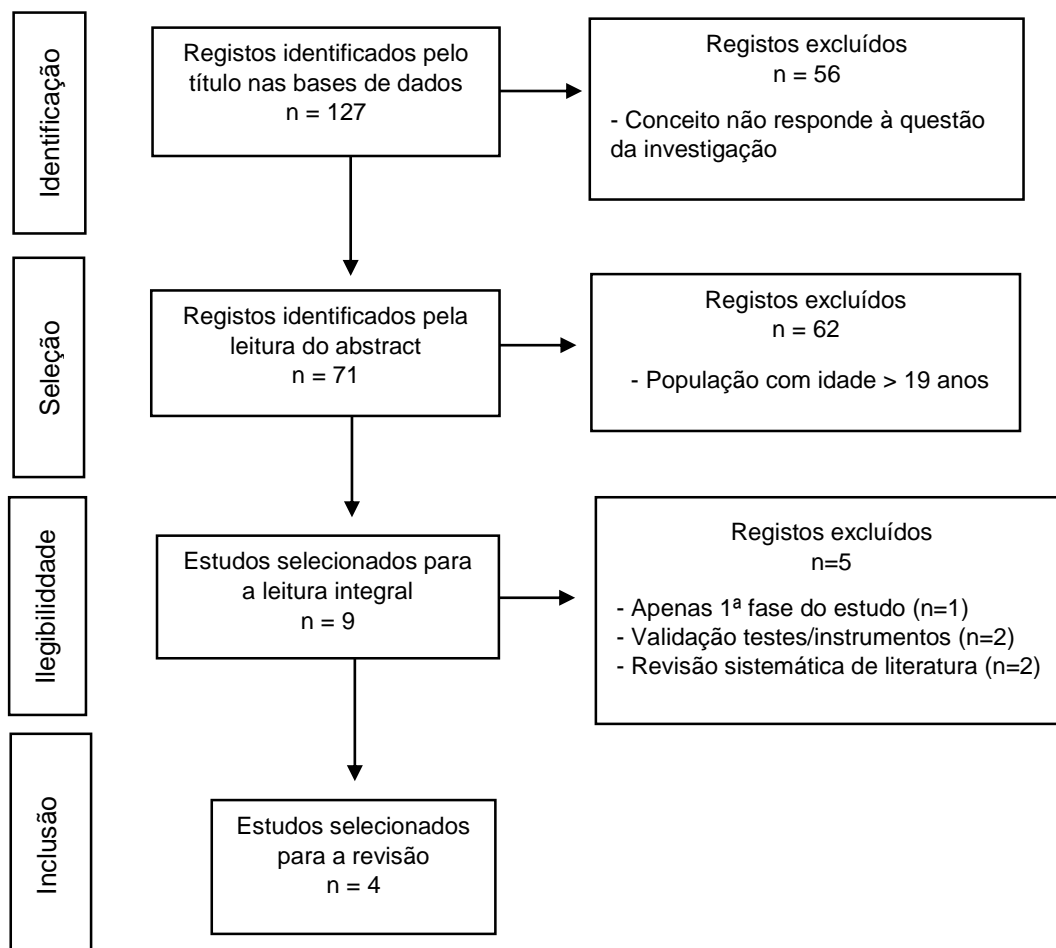


Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção, inclusão e exclusão de estudos na RIL

Na tabela 4 apresentam-se os estudos selecionados, por ordem cronológica mais recente, indicando o respetivo título, autores, e país onde foi realizado o estudo, podem consultar-se no Anexo I.

Tabela 4 - Lista de estudos selecionados para a revisão

Estudo	Título	Autores	Ano	País
Estudo 1 (E1)	Implementation fidelity of a Brazilian drug use prevention program and its effect among adolescents : a mixed-methods study	Gusmoes, Rodrigo Garcia-Cerde, Valente, Pinsky & Sanchez	2022	Brasil
Estudo 2 (E2)	Two- and three-year follow-up from a gender-specific, web-based drug abuse prevention program for adolescent girls	Schwinn, Schinke, Keller & Hopkins	2019	Estados Unidos da America

Estudo 3 (E3)	A Brief High School Prevention Program to Decrease Alcohol Usage and Change Social Norms	Mogro-Wilson, Allen & Cavallucci	2017	Estados Unidos da America
Estudo 4 (E4)	Preventing Adolescent Substance Use Through an Evidence-Based Program: Effects of the Italian Adaptation of Life Skills Training	Velasco, Griffin, Botvin, Celata & and Gruppo LST Lombardia	2017	Itália

2. RESULTADOS

Para dar resposta a questão da revisão scoping em causa, nas tabelas 5, 6, 7 e 8 constam os dados extraídos dos quatro estudos incluídos na RIL, de uma forma sintética e cronológica organizada da seguinte maneira: título, participantes, programas/intervenções implementadas e suas respectivas avaliações.

Tabela 5 - Resposta a questão de revisão do E1

E1	Implementation fidelity of a Brazilian drug use prevention program and its effects among adolescents a mixer-methods study
Participantes	4.030 alunos de 30 escolas Publicas de São Paulo (1.727 da 5ª serie e 2.303 da 7ª serie
Programa/Intervenções implementadas	PROERD é um programa baseado no DARE-KIR dos EUA uma versão do programa Keepin'it REAL. O programa consiste em 10 aulas semanais (50 min cada), ministradas por policias treinados em ambiente de sala de aula. Todos os policias participantes passaram por 80 horas de treinamento oferecido pela polícia militar sob a orientação da DARE-América.
Avaliação	Os dados qualitativos revelaram que aspetos como literacia dos estudantes, as infraestruturas escolares, as experiências previas de ensino e a adaptação pelos instrutores do PROERD comprometeram a sua implementação

Tabela 6 - Resposta a questão de revisão do E2

E2	Two and three year follow-up from a gender-specific, web-based Drug abuse prevention program for a adolescent girls
Participantes	788 meninas entre 13 e 14 anos de 48 estados recrutadas através de um anúncio no Facebook, residentes nos EUA e falantes de inglês
Programa/Intervenções Implementadas	<p>Foi desenvolvida uma intervenção online abordando sobre o uso de drogas por meninas com um grupo de intervenção e um grupo de controle.</p> <p>O grupo de intervenção recebeu 9 sessões, focadas na definição de metas, tomada de decisão, puberdade, imagem corporal, enfrentamento do stress, conhecimento sobre drogas e habilidades de recusa de drogas.</p> <p>O conteúdo, guiado por uma jovem adulta animadora, começou com uma aula baseada em habilidades, foi seguido por exercícios interativos para aprimorar a aquisição de habilidades, e concluiu com uma revisão e questionário. Cada sessão exigia 15 a 20 minutos para ser concluída, em média, a intervenção levou menos de 4 semanas para ser concluída. As 9 sessões de intervenção foram concluídas por 87% das meninas.</p>
Avaliação	<p>Na avaliação de seguimento, verificou-se:</p> <ul style="list-style-type: none">- Redução de 53% no uso de cigarros no mês passado ao fim de dois anos, e de 65% ao fim de três anos;- Redução de 45% no uso de maconha no mês passado ao fim de dois anos, e de 85% ao fim de três anos;- Redução de 64% no uso de “outras” drogas no mês passado, foram aumentando progressivamente os rários relativos às habilidades de recusa de drogas (0,12 ao fim de 2 anos e 0,15 ao fim de 3 anos).

Tabela 7- Resposta a questão de revisão do E3

E3	A Brief High School Prevention Program to decrease Alcohol usage and change social norm
Participantes	1.352 adolescentes entre os quais, 678 do grupo de tratamento e 67 do grupo de comparação
Programa/ Intervenções Implementadas	<p>O currículo foi ministrado a um grupo de controle por um facilitador treinado ao longo de cinco semanas em cinco sessões em sala de aula que abordavam (1) álcool e tabaco, (2) maconha, (3) esteroides e medicamentos de venda livre e prescritos, (4) heroína, e consequências do uso de ATOD.</p> <p>O programa curricular fornece aos alunos informações sobre substâncias, o dano potencial do uso de substâncias e habilidades de recusa.</p> <p>Cada sessão inclui um segmento de vídeo de cinco a 10 minutos.</p>
Avaliação	<p>Não houve diferenças significativas nos scores repetidos pelo grupo de controle relativamente ao consumo de álcool, uso de tabaco ou marijuana.</p> <p>Houve uma diferença significativa relativamente a: ao consumo excessivo de álcool (embriaguês), aumento da percepção do risco de uso de drogas e aumento da percepção sobre as consequências negativas do uso de droga.</p>

Tabela -8- Resposta a questão de revisão do E4

E4	Preventing adolescent substance Use Throug na Evidence based Program Effects of the Italian Adaptation of life skills training
Participantes	3.048 alunos do 1º ano do ensino médio de 55 escolas, 31 escolas de intervenção e 24 de comparação, 59% de raparigas e 41% de rapazes
Programa/ Intervenções Implementadas	<p>Programa de intervenção sobre técnicas de recusa de drogas, e desenvolvimento de habilidades pessoais de autogestão e sociais.</p> <p>Foram estabelecidos dois grupos, sendo que ao grupo de controle foram ensinadas por professores treinados com recurso a técnicas de ensino interativas incluindo discussão em grupo, demonstração, ensaio, tarefas para casa e praticas fora da sala de aula.</p> <p>O programa consistiu em 15 sessões no primeiro ano, 10 no segundo ano, e 9 no terceiro ano. Foi fornecido um manual ao professor com plano de aulas detalhadas e as do aluno para cada ano do programa.</p>
Avaliação	<p>A intervenção teve efeitos significativos no desenvolvimento das habilidades para a vida diária e nas técnicas para as implementar, assim como na afirmação dos seus direitos.</p> <p>Aumentou o conhecimento sobre os efeitos fisiológicos do uso das substâncias e baixou as expetativas de vir fumar ou beber quando adultos.</p> <p>A intervenção não teve efeito para a tomada de decisão ou resistência a publicidade.</p>

3. DISCUSSÃO

É essencial, que seja feita uma reflexão crítica neste capítulo, baseando na análise de resultados de todos os artigos selecionados.

Iniciando assim pela amostra dos estudos selecionados, levando em conta os critérios de inclusão e de modo a sustentar esta revisão, dois foram elaborados nos Estados Unidos de América (E2 e E3), um no Brasil (E 1), um na Itália (E4),

É importante ressaltar que só um estudo foi desenvolvido no continente europeu o que leva ao necessário enquadramento dos dados extraídos relativamente aos estilos de vida dos adolescentes portugueses.

Para dar resposta a questão de pesquisa e aos objetivos propostos, far-se-á a discussão identificando os programas e intervenções que têm sido implementados nas escolas para a prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas e analisar a sua influência na prevenção destes consumos entre os adolescentes.

Tipos de programas e intervenções para a prevenção de consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os adolescentes implementados nas escolas

Foram identificados dois tipos de programas/intervenções:

Programas que combinaram o modelo tradicional de ensino, utilizando sessões educativas durante as aulas baseadas no método expositivo, realizadas por professores (E4) ou por outros profissionais (E1, E3), recorrendo também a tecnologia digital como vídeos ou memes, sites, mensagens de texto e e-mail (E3 e E4).

- Um programa foi implementado com intervenções baseadas na Web através das redes sociais (E2), em 10 aulas semanais (50 min cada) ministrados por policias treinados em ambiente de sala de aula.

Relativamente aos métodos tradicionais, no E1, usou-se a metodologia de elaboração de sessões de prevenção do uso de ATOD, baseadas no programa PROERD- Drug and Violence Resistance Educational Program implementados nos EUA consistiu em 10 aulas semanais (50 min cada) ministrados por policias treinados em ambiente de sala de aula.

O programa do E3, foi implementado em salas de aula, por um facilitador treinado ao longo de 5 semanas, e nas sessões foram abordados 5 temas como: álcool e tabaco, maconha e heroína, esteroides e substâncias psicoativas de venda livre e prescritas, e

consequências do uso de ATOD. Cada sessão incluiu um segmento de vídeo de 5 a 10 minutos, e combinou treino de habilidades de resistência social e educação normativa. O programa do E4, decorreu ao longo de 3 anos. Consistiu em 15 períodos de aula durante no primeiro ano, 10 períodos de aula realizadas depois no segundo ano e 9 períodos de aula dadas no terceiro ano. Os professores que ministraram estas aulas participaram previamente de um *Workshop* de treino realizado por profissionais de saúde.

Quanto às intervenções baseadas na Web, no E2 foi utilizada uma publicidade divulgada através do *Facebook* para recrutamento de raparigas. Das que aderiram, foi constituído um grupo de intervenção que recebeu instruções de como ter acesso a documentação online, que teve como foco a tomada de decisão, a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades de recusa de drogas. Cada sessão exigia de 15 a 20 minutos para ser concluída, e a intervenção decorreu em menos de quatro semanas.

Analisar a influência dos programas e intervenções em contexto escolar para a prevenção de consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os adolescentes

Analisando os estudos, verificou-se que todos os programas tiveram avaliação antes da intervenção, e após, avaliação mediata (E1, E3) e imediata (E2, E4).

O E1 foi avaliado através de questionário autopreenchido, anónimo e guiado por áudio através de *smartphones*, aplicado em sala de aula sem a presença de professor. Foi utilizada a mesma metodologia de avaliação antes e logo após o fim do programa, avaliando a prevalência do consumo de drogas, álcool

O E3 foi também avaliado questionário autopreenchido, anónimo, aplicado antes e logo após o fim do programa. Foi avaliada a frequência do uso de tabaco, álcool e drogas e de embriaguez nos últimos 30 dias, e medição do risco percebido do uso de drogas, das normas sociais, uso de pares e aceitação de ATOD, das crenças sobre consequências e risco de ATOD, com recurso a escalas.

O E2 foi avaliado no final do programa, e 2 anos e 3 anos após a sua conclusão. A avaliação foi feita através de questionário on-line, abordando os fatores de risco para o uso de drogas, gestão de humor, imagem corporal, influência das redes sociais e dos média, autoestima, autoeficácia, uso de drogas pelos pares, e habilidades para enfrentar o stress e recusar uso de ATOD.

A avaliação do E4 foi feita no final do programa, e em dois momentos: 8 meses após e 2 anos após a sua implementação. Neste estudo houve correspondência entre as

avaliações, pelo que foram usados códigos de identificação para preservar a confidencialidade e permitir a ligação das respostas de acompanhamento. Foram aplicados questionários em sala de aula, por profissionais de saúde, medindo: as habilidades para a vida (como a assertividade) e para a redução da ansiedade, a angústia, a tomada de decisão (e de risco), a capacidade de usar o pensamento crítico na avaliação de anúncios sobre ATOD, as crenças sobre o uso de ATOD.

Durante a leitura dos 4 artigos, percebeu-se que independentemente dos programas e das intervenções implementadas, houve em aumento da literacia em saúde pelos adolescentes, que parece ter contribuído tanto na diminuição do consumo, como na perceção do risco e na habilidade de recusa.

O E1 mostrou que na avaliação inicial, os grupos de intervenção e controle eram homogêneos, porém houve uma diferença no final do estudo: no grupo de controle e nos adolescentes que abandonaram o grupo de intervenção registou-se uma prevalência significativamente maior de uso de substâncias, nomeadamente de álcool.

Contudo, os autores do estudo, consideram que a eficácia do programa pode ter sido afetada pela adaptação cultural do modelo, pelas infraestruturas escolares para a sua implementação e o momento da sua integração no desenvolvimento do currículo escolar de acordo com os conhecimentos e experiências anteriores.

O E2 mostra que as raparigas expostas as intervenções relataram menos uso de cigarros, cigarros eletrónicos, marijuana e outras drogas no último mês. Os dados de acompanhamento também indicaram que a intervenção personalizada foi eficaz na redução de relacionamentos de raparigas com colegas que usam drogas. No acompanhamento de 1 ano, as raparigas revelaram ainda menos tabagismo e menos consumo excessivo de álcool e uso de drogas, mais habilidades de recusa de drogas bem como procura de informações disponíveis online para se atualizarem.

O E3 teve influência no grupo de intervenção, pois aumentou o risco percebido do uso de drogas, diminuiu a aceitação e normalização sociais relativamente ao uso de drogas e aumentou as perceções sobre as consequências negativas do uso de drogas, em comparação com o grupo de controle. Para estes resultados parecem ter contribuído a técnica de ajuda mútua entre os adolescentes, uma das estratégias usadas.

No E4 os adolescentes do grupo da intervenção relataram menos uso de tabaco e álcool em comparação com os alunos do grupo de controle, ainda melhoraram o conhecimento e as crenças sobre o uso de substâncias, e apresentaram níveis significativamente mais altos de habilidades específicas para a vida, como para a redução de ansiedade e a assertividade.

4. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Respondendo à questão de investigação “Que programas/intervenções tem sido implementado no contexto escolar para prevenção do consumo de álcool?”, constatou-se que, nos últimos 5 anos, muitos dos estudos que se encontraram disponíveis nas bases de dados não se enquadravam no Conceito de investigação, isto é, não se referiam a Programas de prevenção do consumo de álcool Tabaco e outras drogas, ou tinham uma população não adolescente, dirigindo-se a jovens universitários.

Feita a análise e discussão dos resultados dos estudos, ressaltou a implementação de programas para a prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre os adolescentes nas escolas com intervenções nas quais combinaram o modelo tradicional de ensino, utilizando sessões educativas durante as aulas, combinando métodos interativos com a tecnologia digital. Salienta-se que 1 estudo utilizou exclusivamente as redes sociais e intervenções on-line.

Todos os estudos realizaram avaliação pré e pós implementação dos respetivos programas, permitindo analisar qual a sua influência para a prevenção do consumo de ATOD. Independentemente das intervenções realizadas e do método utilizado, os programas implementados contribuíram para o aumento da literacia sobre o consumo de ATOD e a adesão aos programas de prevenção. Foram observados resultados significativos e mais abrangentes nos programas que combinaram os métodos de intervenção, realçando a importância da ajuda mútua na habilidade de recusa na prevenção e nos riscos do consumo do ATOD.

Ficou também evidente a importância do envolvimento de profissionais de saúde, dos professores, ou outros profissionais treinados, para desenvolvimento das intervenções, assim como o recurso a meios digitais e tecnológicos para a comunicação e sensibilização dos adolescentes no âmbito da prevenção do consumo do ATOD.

Os meios digitais e tecnológicos estão em grande crescimento, tornando-se uma importante ferramenta utilizada diariamente pelos jovens, ferramenta essa que oferece possibilidades pertinentes para o seu uso no desenvolvimento dos programas de educação em saúde.

As intervenções on-line podem ser uma forma de resolver as questões de falta de recursos das equipas de Saúde Escolar e ajudar a gerir o tempo necessário para se deslocarem às Escola, podendo no futuro serem intercaladas com sessões de educação para a saúde realizadas presencialmente. Seria assim possível desenvolver programas de prevenção com intervenções ao longo do ano letivo.

Já o uso das redes sociais, podem hoje em dia, não causar o efeito pretendido nos adolescentes! Assim, e apesar resultados promissores encontrados nesta RIL, penso que são necessárias pesquisas mais abrangente para avaliar melhor de que modo a integração destas novas ferramentas nos programas de educação sobre ATOD pode ser feita de forma segura e eficaz.

Dois dos aspetos realçados na RIL foram a importância da ajuda mútua na habilidade de recusa na prevenção e nos riscos do consumo do ATOD e o envolvimento de outros profissionais treinados para além dos profissionais de saúde e dos professores. Assim, penso que estratégias que incluam no desenvolvimento dos programas de educação para a saúde a educação por pares e profissionais de outras áreas (ex: polícia) ou peritos do SICAD, são importantes para a melhoria contínua na intervenção nesta área.

CAPÍTULO 4 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: REFLEXÃO CRÍTICA

A enfermagem de saúde comunitária preocupa-se com a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade e o conceito de saúde molda o processo de enfermagem comunitária, desde a determinação das necessidades relacionadas com a saúde dos indivíduos, famílias, agregados e comunidades até a avaliação dos resultados comportamentais (Stanhope & Lancaster, 1999; 2011).

As atividades desenvolvidas tiveram sempre presente as competências definidas para o enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, OE) e especificamente para o enfermeiro especialista na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento 428-2018, OE).

Existe uma explicação muito clara da diferença entre competências comuns e competências específicas dos enfermeiros especialistas, esta diferença nos mostra de forma clara e concisa a área de atuação de um enfermeiro e um enfermeiro especialista como consta no (Regulamento n.º 140/2019, OE):

- As “Competências comuns” dos enfermeiros, são geralmente todas as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;
- As “Competências específicas” por sua vez, são as que resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas determinado para cada área de especialidade, evidenciadas com base num elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Para que se possa alcançar com êxito as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública é imprescindível adquirir primeiramente as competências comuns do enfermeiro especialista no decorrer do seu desempenho.

Deste modo ressalta-se que:

- São domínios das competências comuns a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, OE).

- São competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública: estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento 428-2018, OE).

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Descreverei as atividades desenvolvidas em ambos as unidades onde desenvolvi a Prática Clínica e o Estágio com Relatório, refletindo sobre as competências comuns que me permitiram adquirir.

- Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Os princípios da responsabilidade profissional, ética e legal estão contemplados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96 (OE, 1998) e consequentemente no Código Deontológico do Enfermeiro Lei nº 156/2015 (OE, 2015) e são o alicerce para a prática generalista ou especializada.

O enfermeiro especialista deve ter um conhecimento sólido e aprofundado sobre o ordenamento jurídico que orienta a sua profissão e sobre o suporte legislativo ético-deontológico, para que, em situações suscitadoras de controvérsia, possa ser um elemento catalisador na promoção de consensos. Por isso, e durante todo o ensino clínico (EC), procurei desenvolver as minhas competências baseando nas aprendizagens diárias, pautando sempre pelo respeito e salvaguardando a dignidade e a privacidade dos utentes e dos seus familiares e sem nunca esquecer o respeito pelos colegas. Sempre levei em conta crenças, os valores, a cultura, e os costumes durante as visitas domiciliárias realizadas a vários utentes com vários tipos de enfermidades, mas sempre com a presença de um familiar ou um cuidador/a, todas as práticas foram prestadas num ambiente seguro e saudável de modo a dar mais segurança ao utente e ao familiar, porque o juramento feito por mim durante o término do meu curso de licenciatura é de cuidar e respeitar a vida humana desde o nascimento até pós a morte e assim o fiz durante todo o EC.

Foram estes valores que tive também presentes na intervenção com as mães imigrantes durante a formação que desenvolvi no âmbito da parceria da UCCCS com a Caritas Diocesana de Coimbra.

Ainda sobre este domínio também foi bem desenvolvido uma vez que respeitei os princípios éticos da UCCSC e da escola secundaria com 3º ciclo D. Dinis, pois toda a intervenção foi realizada dentro do horário normal de funcionamento das aulas respeitando os alunos pois não foram mencionados os nomes e nem as suas turmas foi também respeitado os professores e a própria escola. É de salientar que esta intervenção se encontra dentro dos domínios de intervenção da UCCCS 'Saúde das crianças e jovens - intervenção comunitária em contexto escolar' por isso não precisei fazer os contatos porque já estava tudo planeado por fazer parte duma das intervenções da UCCSC para este ano letivo.

- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Durante o meu EC, tanto na USPBM como na UCCCS, procurei desenvolver as minhas competências pautando sempre pela melhoria diária de qualidade, pois foi a partir daí que eu construí as minhas competências de especialista e mestre em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

As duas instituições onde eu efetuei o meu EC, possuem uma política de garantia de cuidados de qualidade prestados aos doentes através de protocolos, procedimentos e de normas internas que as orientam para o bem-estar dos seus utentes, e graças a isso eu também fui me aprimorando pois tudo isso estava acessível nos computadores com internet e documentos disponibilizados, e profissionais acessíveis sempre que solicitados. A comunicação esteve sempre presente, quer com os enfermeiros, a comunicação entre os profissionais que compõem a equipa da unidade, quer da USPBM como da UCCCS, e outros profissionais de outros serviços, e ainda a comunicação com os utentes. Por exemplo, houve partilha de informações através dos médicos, técnico de saúde ambiental, pois não me acomodei, procurei sempre sustentar a minha atuação baseando na evidencia científica, uma vez que eu estou fora da minha realidade cultural. Isso melhorou muito a minha competência e nesta ótica pude não só desenvolver a minha competência neste sentido, mas também considerar muito a proatividade no dinamismo da equipa neste aspeto.

Particpei no encontro comemorativo de 45 anos de intervenções nos comportamentos aditivos e nas dependências organizado pelo serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências (SICAD) no Instituto Português de Juventude e Desporto (Anexo II). Durante este encontro pude perceber através das

intervenções dos psicólogos e psiquiatras como as dependências iniciam, como lidar com pessoas dependentes, e como pedir ajuda para casos de pessoas com comportamentos aditivos. Nesta área, elaborei um folheto sobre consumo de álcool durante as viagens para ser entregue aos viajantes durante a consulta e vacinação dos viajantes na USPBM (Apêndice I).

- Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Desenvolvi o conhecimento tentei ser muito assertiva no que diz respeito ao aprendizado, tanto clínico como especializado pois tratava-se de padrões de conhecimentos mais sólidos e diferenciados.

Esta competência foi muito bem desenvolvida porque tive que fazer muito esforço para adaptar a realidade uma vez que o sistema, os programas e o funcionamento da UCCCS e Saúde Pública era novo, e por isso precisava de muita pesquisa bibliográfica, perguntas e discussões de esclarecimento com as enfermeiras, tanto da UCCCS como da USPBM, e também com a Professora orientadora para me poder inteirar da realidade sanitária do País.

A fim de conseguir exercer atividades que visam a aquisição das competências de enfermeiro especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública, também houve a necessidade de aumentar o aprendizado através da utilização de métodos científicos para a realização de revisão *scoping* para a preparação e implementação do meu projeto ‘Mais saúde menos consumos nocivos nos adolescentes em contexto escolar’ com os adolescentes, desenvolvido na Escola Secundaria com 3º ciclo D. Dinis, e a elaboração da intervenção baseada na metodologia do planeamento em saúde.

Também consegui aprender como se faz a transcrição e executar o registo da vacinação para o serviço Nacional de saúde (SNS) português de cinco cidadãos dos países de língua oficial portuguesa (PALOP), que iam viajar a trabalho e que foram à USPBM tomar a vacina antes da viagem. Este aspeto melhorou muito o meu aprendizado profissional, uma vez que percebi que a documentação na enfermagem é de real importância, pois significa manter atualizado os dados do utente, que podem ser úteis e necessários não só para consulta, mas também em caso de necessidade de uma vigilância epidemiológica.

Ainda participei com uma enfermeira e uma técnica de saúde ambiental da USPBM, durante dois dias, no 3º Congresso Nacional da Unidade de saúde pública do ACES Baixo Vouga 2022, em Ílhavo- Aveiro, sob o tema “Emergências em Saúde Pública da Covid-19 a próxima ameaça” (Anexo III). Sempre na perspetiva de melhoria continua de competências para a obtenção de ganhos em saúde, este congresso mostrou a

necessidade de capacitação dos técnicos para a melhoria contínua de qualidade, e durante estes dois dias eu aprendi como diferentes setores podem se juntar para lutarem juntos e derrotarem um inimigo comum, neste caso a “covid 19”.

Foram apresentados trabalhos dos diferentes profissionais, enfermeiros, médicos, administradores, contabilistas, professores, técnicos de segurança social e proteção civil. Foi um congresso muito interessante e me enriqueceu muito em termos pessoal e profissional, porque foi um espaço de encontro e debate sobre a saúde pública. Dentre os temas debatidos falou-se da “Comunidade -Cooperação intersectorial” onde ficou claro que na saúde pública não se trabalha para a comunidade, mas sim com a comunidade, deve-se sempre trabalhar uns com os outros não uns contra os outros.

A área da segurança social recolheu apoios de pessoas e organizações, e canalizaram esta ajuda para os hospitais e famílias de emigrantes e pessoas com baixo rendimento social, e ainda afirmaram que são ótimos em lidar com grandes problemas e peritos a criar pequenos problemas!

Os professores por sua vez explicaram como se organizaram para dar aulas por zoom, e que sempre estiveram em contato com o hospital e os bombeiros para saberem quais alunos tiveram a covid, e como procederam para marcar aulas de recuperação para estes alunos depois da alta.

Debateu-se muito neste congresso sobre a teoria do 3R- Resistir, relativizar e Relacionar, pois isto foi algo que foi necessário e indispensável durante a pandemia da covid 19. Lembrou-se que se não houver profissionais não há hospitais, pois mesmo que os hospitais melhorem em termos de equipamentos, se não houver profissionais para melhorarem o atendimento e o cuidado, não existe hospital! Assim, deve-se transformar a ciência em conhecimento, e usar o conhecimento para se conseguir realmente ter mais ganhos em saúde.

Falou-se, também, dos 4 eixos de intervenção da literacia em saúde para covid 19, que foram boas práticas em literacia em saúde, na comunicação e mobilização social, por isso deve-se avaliar os riscos, gerir e comunicá-los.

Todas as intervenções e investigações apresentadas tinham como foco pensar em como se preparar para enfrentar futuras ameaças pois esta é a função da saúde pública: prevenir ameaças ou combatê-las.

Durante este congresso aprendi a importância do trabalho dos diferentes setores publico ou privado para se obter ganhos em saúde, a magnitude de organização de um evento deste género e da vantagem de ser organizado no meu país.

Ainda neste domínio não só aprendi, mas também partilhei o meu conhecimento, pois durante o EC na USPBM os técnicos se mostraram interessados em conhecer o sistema de saúde da Guiné-Bissau e nos solicitaram, a mim e uma colega do mestrado também guineense, que apresentássemos a síntese do sistema de saúde da Guiné-Bissau (Apêndice II). preparamos e ministramos durante sessenta minutos o tema sobre e inclusive recebemos certificado do Aces BM de reconhecimento foi uma tarde bem proveitosa (Anexo IV) porque também duas enfermeiras falaram de duas temáticas, uma falou dos procedimentos sobre a requisição dos materiais e das vacinas e a outra abordou sobre os cuidados a ter antes e durante as viantes para os viajantes.

Particpei também, durante dois dias, no Congresso Ibero-americano das Escolas Promotoras de Saúde realizado em Coimbra, no Convento São Francisco (Anexo V). Durante o congresso aprendi sobre a organização de um evento deste porte, as diferentes dinâmicas de apresentação de um trabalho científico, e as realidades de saúde de alguns países Ibero-Americanos. Compreendi como cada um destes países procuraram mecanismos para enfrentar a pandemia da Covid 19, e principalmente a articulação de todos os profissionais durante a pandemia, e reconhecimento da importância do trabalho dos profissionais de saúde. Saí deste congresso com ânimo e vontade de organizar um evento deste género no meu país.

De igual modo sempre pensando em aperfeiçoar o meu aprendizado participei numa formação sobre avaliação de riscos cardiovasculares (Anexo VI) na sede do Projeto “Coimbra Unida pelo Coração e Vasos”, tendo depois participado no Rastreio de risco Cardiovascular organizado pela federação portuguesa de Cardiologia (Anexo VII)

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O artigo 4º. do Regulamento n.º 480/2018 determina que as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, são as seguintes:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

A execução do projeto “prevenção de consumos nocivos na população adolescente” teve como suporte a metodologia do planeamento em saúde, o que me possibilitou o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, as etapas foram delineadas com base na competência

estabelecida e procedi a elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade adolescente da região centro, onde se inclui a área da abrangência da UCCCS.

Nesta primeira etapa, estabeleci como prioridade a saúde de um grupo da comunidade, reconheci assim a pertinência do desenvolvimento de um projeto onde tive como foco a prevenção dos consumos nocivos na comunidade adolescente, tendo como base um dos domínios de intervenção da UCCCS que é a saúde das crianças e jovens. Esta priorização das necessidades em saúde já havia sido feito pelas enfermeiras da UCCSC.

Direcionei assim a minha intervenção para a enfermagem em contexto escolar, tendo como público alvo de intervenção os adolescentes, concretamente os alunos do 12º ano de escolaridade da Escola Secundaria com 3º ciclo D. Dinis. Efetuei o planeamento, formulação de objetivos e estratégias de intervenção, sendo que a calendarização das sessões de educação para a saúde já tinha sido realizada pela coordenadora da UCCCS durante uma reunião previa com a direção da escola. Desenvolvi estas sessões no âmbito das intervenções da saúde escolar planeadas para o início do ano letivo.

Para que haja sucesso em qualquer intervenção os objetivos devem estar bem patentes e de acordo com a necessidade real da comunidade, por isso decidi estabelecer um projeto de intervenção direcionado aos problemas identificados através da realização de intervenções de capacitação dos adolescentes visando o consumo nocivo de ATOD. Por esta razão posso afirmar que a primeira competência específica ao exercício de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública mencionada no artigo 4º. do Regulamento n.º 140/2019 foi atingida com êxito, pois consegui realizar sessões de educação para a saúde com os estudantes do 12º ano de escolaridade onde também aprendi coisas novas.

A execução da Revisão Integrativa de Literatura para suportar na evidencia científica a minha intervenção sobre “prevenção de consumos nocivos na população adolescente” contribuiu também para o desenvolvimento desta competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Só conseguiremos ter mais ganhos em saúde se todos estiverem bem formados e informados sobre a sua saúde e os riscos que correm, e a promoção para a saúde é o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo e melhorarem a sua saúde (Stanhope & Lancaster, 1999; 2011).

A comunicação em saúde pode definir-se, segundo Teixeira (1996:135; citado por Rosário, 2009) como: “O estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde.”. Esta competência foi central nas atividades desenvolvidas visto que a minha intervenção foi baseada nela, pois capacitei através de sessões de educação em saúde em salas de aulas.

A execução da Revisão Integrativa de Literatura “prevenção de consumos nocivos na população adolescente” contribuiu para o desenvolvimento desta competência específica, já que este foi o problema de saúde identificado para a intervenção.

- Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.

A minha intervenção, como referi anteriormente, decorreu em contexto escolar e teve como público-alvo os alunos do 12º ano de escolaridade da Escola Secundaria com 3º ciclo D. Dinis, abrangendo seis turmas, três de ensino profissional (comércio, desporto e informática) e três de ensino regular.

Decorreu nos dias 31 de janeiro e 7 de fevereiro de 2023, com sessões de cinquenta minutos por turma (Apêndice III e IV). Nas seis turmas onde decorreram a minha intervenção, uma era de comércio, uma era de desporto, uma era de informática e as três eram de ensino regular.

No primeiro dia, das 08h30 as 13horas, a intervenção decorreu em quatro turmas, a primeira turma teve 10 alunos, de 16 a 18 anos de idade, com a presença da professora. Também estiveram presentes duas enfermeiras, entre elas a enfermeira coordenadora da UCCCS e uma colega do mestrado. Iniciei a sessão questionando sobre a viagem de finalistas, se sabiam o que acontecia durante esta viagem, quem vai e se os consumos nocivos fariam parte da viagem deles, as respostas foram diferentes e interessantes, uns afirmaram que não iriam, pois os pais não tinham dinheiro ou não queriam que eles fossem, outros simplesmente disseram que não vão porque não queriam ir, esta primeira turma foi a mais difícil, pois não estavam dispostos a participar e também era segunda feira e primeira aula! Mas também foi um desafio que eu consegui vencer fazendo-os se sentir a vontade e participarem mais: falei com eles sobre os riscos que podem surgir após o primeiro consumo; os riscos do *binge drink*; os malefícios causados pelo consumo de ATOD; falei para as meninas sobre o risco de gravidez mesmo tomando pilula, pois o álcool pode neutralizar os efeitos da pilula uma vez que tanto o álcool como a pilula são metabolizados no fígado; sobre os riscos de um acidente de viação que pode ser provocado por excesso de consumo de ATOD,

riscos de rapto, roubo, agressões e de violação sexual, expliquei-lhes sobre a pirâmide dos tipos de consumo e que os riscos começam por consumir pouco e depois aumentam, e á medida que vão aumentando o consumo os riscos também vão aumentando.

A segunda turma foi um pouco mais participativa que a primeira, fato que tornou mais suave a minha apresentação. Estiveram presentes 16 alunos e uma professora, as duas enfermeiras da UCCCS e a colega do mestrado, continuei na mesma dinâmica de intervenção fazendo-os sentirem à vontade para participarem e tirar o melhor deles e por fim explicar o que realmente interessa que era o de evitar o consumo nocivo de ATOD.

A terceira turma teve 15 alunos e estavam muito dinâmicos e foi uma partilha muito agradável, estiveram muito atentos e questionaram sempre que necessário e com muita disciplina.

A quarta e última turma do primeiro dia de intervenção foi a melhor turma, estiveram 15 alunos, estavam dinâmicos, mostraram-se muito interessados na temática, por isso nesta turma senti-me mais animada pois estes alunos participaram de forma ativa, respeitosa e organizada, mostraram vontade em aprender e partilhar os conhecimentos. Inclusive promoveram debate entre si e foi uma partilha interessante, e nem vimos a hora passar e quando tocou o sino não queriam que eu saísse!

No segundo e último dia da minha intervenção, tive duas turmas, a primeira teve 15 alunos, foi uma turma muito problemática, faltou interação e quando o faziam faziam-no de forma desorganizada, mas consegui contornar a situação e chegar ao fim da sessão cumprindo assim o programado apesar das dificuldades. Soube controlar a situação sem perder a calma, pois já fui adolescente mesmo sendo de uma cultura e realidade diferente, conduzi a situação e fiz com que prestassem atenção em mim e na sessão, fazendo uso das minhas competências comunicacionais, e por fim correu tudo bem e a intervenção decorreu como previsto.

A última turma teve 14 alunos, foi mais participativa, mostraram-se mais dispostos a aprender e a partilhar, inclusive quando chegou a hora não queriam que a sessão terminasse! Foi uma sessão muito proveitosa e consegui atingir o objetivo, os adolescentes se comportaram muito bem e foram muito participativos.

Durante os dias de intervenção estiveram presentes 100 adolescentes nas 6 turmas em que fiz a minha intervenção. Pelo que referi anteriormente, tive várias dificuldades, pois estou num país com uma cultura e realidade diferente e sistemas educacional e de saúde diferentes.

Acresce que ainda tive que comunicar com adolescentes que estão numa etapa característica do ciclo vital, mas eu consegui atingir o meu objetivo, utilizei dinâmicas diferentes tendo em conta a especificidade de cada turma, pois nenhuma turma era igual a outra e surtiu efeito porque no final consegui realizar a minha intervenção e sensibilizar os 100 adolescentes sobre o consumo nocivo dos ATOD, e acredito ter aumentado a sua literacia sobre o tema.

Ainda dentro nesta competência, o enfermeiro “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade “, o que fiz, uma vez que depois da intervenção documentei as atividades nos registos UCCCS.

Tive a oportunidade de participar na capacitação de mães imigrantes numa sessão de formação sobre ‘Alimentação saudável de 0-6 anos de vida’. A sessão decorreu durante 45 minutos na Caritas Diocesana de Coimbra (Apêndice V) e teve a colaboração da enfermeira chefe da UCCCS, pois a mesma tem parceria com a Caritas foi uma tarde bem proveitosa porque partilhei informação com aquelas mulheres com as quais me identifico uma vez que eu também sou imigrante mesmo que por motivos diferentes e sou mãe e para acrescentar possuo uma competência acrescida que é o de ser enfermeira o que me dá uma competência acrescida de estar ali para falar com elas e partilhar a minha experiência, a sessão foi dinâmica, consegui atingir o objetivo, no início tiveram dificuldade de se soltarem uma vez que pensaram que não iriam receber nada em troca “dinheiro ou alimento” mas no fim da sessão reconheceram que a informação que receberam foi o maior tesouro que poderiam ter recebido principalmente para uma mãe que estava grávida, ela se mostrou satisfeita uma vez que já iria colocar na prática tudo que aprendeu naquela sessão, portanto sai daquela sessão realizada como enfermeira, como imigrante mas principalmente como mãe.

Também desenvolvi esta competência nas aulas de preparação para o parto na UCCSC. Nestas aulas os futuros pais tiveram todas as informações necessárias sobre a gravidez, parto, pós-parto e os cuidados a ter com o recém-nascido (RN) e criança relativamente a higiene, alimentação, sono e segurança. Acompanhei três sessões, que foram muito proveitosas, pois aprendi com a enfermeira responsável por estas aulas e também pratiquei ensinando aos futuros pais as minhas experiências de mãe e de enfermeira que já tinha feito estágio durante o curso de licenciatura na maternidade do meu país. Foram momentos de muita partilha e interação pois a maioria dos pais eram “pais da primeira viagem” e isso deu mais vida às sessões.

Presenciei a criação de uma nova “comunidade” de grávidas para inclusão no projeto e o preenchimento de fichas de grávidas. Normalmente as grávidas são referenciadas

através das suas enfermeiras de família para a enfermeira da UCCCS responsável pelas aulas de preparação para o parto e parentalidade e ela começa por criar uma comunidade em papel, depois no computador, e por fim cria pela rede social *Messenger* e *WhatsApp*. Ainda participei em uma aula pratica, onde auxiliei cantando para ajudar num dos exercícios para as grávidas fazerem, foi um momento de muito aprendizado não só para as grávidas, mas também para mim. As sessões foram dinâmicas e muito interessantes e isso deu-lhes mais segurança e satisfação e deste modo eu pude então desenvolver mais uma competência do enfermeiro especialista que é o de capacitar grupos e comunidade.

- Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde.

Integrei a equipe da saúde escolar da UCCCS, colaborando em intervenções em várias escolas, abordando temas propostos pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015), como afetos e sexualidade.

Nesta temática desenvolvi intervenções educativas com as crianças na perspetiva de prevenção de abuso e violência, habilidade de dizer não quando alguém quisesse lhes tocar nas partes íntimas e de nunca deixar de pedir ajuda caso isso aconteça, a ajuda pode ser para os pais, irmãos, avós, tios, professores. Abordei também a diferença entre colega e amigo e de que só deve tocar nas partes íntimas os pais ou alguém autorizado por eles médico/enfermeira durante uma consulta, e este último sempre na presença de um responsável legal pela criança. E ainda expliquei a diferença dos órgãos genitais masculino e feminino, o nome científico de cada um deles. As crianças participaram ativamente e se mostraram bem entusiasmado em saber, foi ótimo dinamizar esta temática com as crianças pois saíram da sessão munidas de ferramentas para se protegerem e se cuidarem.

Colaborei também no “+ Contigo” que é um programa de prevenção de suicídio e comportamentos suicidários. Comtempla 5 sessões que são: jogo de estigma e puzzle da adolescência, jogo de conjuntos, jogo das 4 frases, sessão de bem estar e jogo ‘Elogio na palma da mão’ e ‘Top 10 +contigo’. Participei em intervenções com este programa em diferentes escolas. E a primeira escola que fomos foi uma escola inclusiva pois tem alunos com deficiências como surdos, cegos e com doenças mentais. Nesta intervenção acompanhei duas enfermeiras especialistas em pediatria, numa sessão com os alunos do 8ºano de escolaridade. Ao iniciarmos pedimos aos alunos que cada um, em uma palavra, definisse adolescente, obtendo-se uma ‘chuva’ de palavras, como por exemplo: descoberta, curiosidade, inteligência, medo, dúvidas, raiva.... Seguiu-se

um jogo de mimica com três alunos: um simulou ser diabético, outro que tinha uma perna partida e outro que tinha algum distúrbio mental, primeiro para ver se os colegas conseguiriam identificar e depois para saber o que fariam caso vissem alguém com uma destas condições. E depois foi-lhes explicado que ninguém deve ser estigmatizado por estar em uma destas condições ou outra qualquer, devem ser solidários e respeitar sempre os outros independentemente do seu estado físico ou mental.

Acompanhei mais uma sessão do “+ Contigo”, desta vez na perspetiva de autoestima e autoconfiança: fizemos uma dinâmica onde os alunos giravam dentro da sala e de repente paravam e formavam três grupos. Ajudei os alunos a se organizarem em três grupos, o primeiro foi composto com pessoas que se sentiam bem sempre, o segundo com pessoas que sentiam bem num dia e mal noutro, e por último os que sentiam sempre mal, e depois convidamos os alunos de ambos os grupos a partilharem de forma livre e voluntária por que se sente assim. Porém só os que se sentiam bem partilharam a/s razão/s, mencionaram que sempre que viesse algum sentimento negativo faziam logo algo que gostassem. Assim passava o mal estar, outros disseram que pensavam sempre que tinha alguém em piores condições, então isso lhes dava força.

Nestas duas intervenções do programa “+contigo” aprendi muito, pois me ajudou na exploração dos conhecimentos e potenciais dos alunos e também serviu de interação e desmistificação de alguns assuntos que eram considerados tabus, foi sem dúvida uma experiência enriquecedora.

Na Escola Básica 1 da Conchada, do Agrupamento de Escolas Martim de Freitas, acompanhei duas enfermeiras da UCCCS e uma estudante da licenciatura a realizar Ensino Clínico na UCCCS, numa sessão sobre Afetos e Sexualidade na perspetiva de prevenção de abuso e violência. Os alunos tinham 6 e 7 anos de idade, estiveram presentes 19 alunos e a professora. Saliento os conteúdos relacionados com os diferentes tipos de famílias, a biológica, a adotiva, a que nós nos identificamos como família (amigos, escola...). As crianças foram muito participativas e estavam com muita vontade de aprender e de partilhar.

Acompanhei também uma enfermeira e duas estudantes da licenciatura numa intervenção no Agrupamento de Escolas da Rainha Santa Isabel sobre gestão de emoções. Decorreu em 5 turmas do 6º ano de escolaridade, iniciaram nos apresentando e depois prosseguiram perguntando o nome aos alunos e o que eles sabiam sobre sentimentos e emoções. Depois de terem ouvido os alunos, explicaram que existem dois tipos de emoções a primária e a secundária. Primária que, são alegria, medo, tristeza, repulsa ou nojo, raiva e surpresa e é comum a todos, pois já nascemos com

ela. E a Secundária, como a inveja, culpa, compaixão, simpatia, vergonha, orgulho.... Como se vai adquirindo ao longo da vida, então nem todos desenvolvem todas estas emoções.

Colaborei num jogo de mimica: colocaram os alunos num círculo e cada um recebeu um papel com uma das seis emoções primárias, e cada um iria mostrar com gestos qual emoção tinha e assim iriam se identificando e formando grupos. No final foram divididos em dois grupos e conversaram sobre se foi difícil interpretar a emoção, como faria para sair caso fosse uma emoção negativa, o que fazer para ajudar o/a colega e da importância do respeito e da comunicação, tanto para ajudar como para pedir ajuda. A sessão foi feita em cinco turmas e em todas repetiram a mesma dinâmica.

Também integrei a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da UCCCS nas visitas domiciliárias aos doentes da sua área de abrangência. Compreendi que antes faz-se um processo de admissão, do qual fazem parte um/a enfermeiro/a, médico e assistente social, para fazerem uma avaliação inicial juntos, mostrando assim a importância multidisciplinaridade nos cuidados de saúde, depois de uma avaliação minuciosa decide-se juntos e de acordo com a real necessidade do/a utente e se realmente o utente em questão necessita cuidados ao domicílio. Já utente da ECCI, um profissional fica gestor dos cuidados, porém este profissional pode solicitar outros profissionais (fisioterapeuta, psicólogo) para intervenção sempre que necessário. Durante as várias visitas domiciliárias realizadas pela ECCI que eu participei, para além do auxílio que eu prestei aos colegas enfermeiros também dei apoio psicológico aos doentes e aos familiares, porque vi a angústia e a dor que estavam sentindo pelo facto de estarem naquela situação de sofrimento. Também consegui perceber a comunicação existente entre os profissionais da UCCCS pois partilhavam informações para obter ideias de melhoria em termos de tratamentos e bem-estar físico e emocional dos pacientes. As visitas domiciliárias me ajudaram bastante porque é uma área nova para mim, não existe no meu país, nós costumamos cuidar dos nossos doentes/velhos em casa, mesmo não sendo enfermeiro ou médico, então é algo que sem dúvida pretendo levar e tentar implementar no meu país.

Na USPBM participei no processo de vacinação do bacilo Calmette-Guérin (BCG), vacina que previne a tuberculose. Colaborei chamando as mães, explicando sobre os efeitos das vacinas, como agir em casa, e porque eu já havia trabalhado no meu país num serviço de vacinação de crianças, ainda acalmei as crianças para que a enfermeira pudesse administrar as vacinas. Também ajudei a preparar as vacinas e na sua administração. O processo da vacinação com BCG inicia a partir da referenciação de

crianças pelo Centro de Saúde do Aces BM a que estas pertencem, depois a USPBM agenda um dia e comunica aos pais/encarregados de educação das crianças. A BCG é uma vacina viva e é contraindicado colocar gelo após a sua administração e nunca deve ser espremido geralmente após a administração forma-se com nódulo vermelho que evolui para uma vesícula, seguida de uma úlcera, em dois a quatro semanas, esta reação desaparece em dois a cinco meses, deixando uma cicatriz superficial com diâmetro de dois a dez milímetros, por esta razão posso afirmar que cumpro com êxito mais uma competência de enfermeira especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Stanhope e Lancaster (2011), definiram a vigilância como sendo uma importante função que os enfermeiros exercem na comunidade.

Dada a importância desta função estive durante algumas semanas na consulta do viajante e vacinação internacional na USPBM, assim, presenciei varias consultas do viajante com o medico especialista em saúde publica, que me ensinou muito sobre este assunto visto que eu mostrei o meu interesse em aprender. A minha curiosidade era tao grande que perguntava e lia tudo que havia disponível sobre a consulta do viajante, doenças endémicas e países mais procurados em termos turísticos, trabalho e férias, porque havia necessidade de comunicar e informar os viajantes sobre os riscos de contrair diferentes doenças, e a prevalência destas doenças em diferentes destinos (Países), riscos de contaminações e suas consequências para a saúde do individuo, da família e da comunidade (Saúde Publica).

A vacinação é também importante, e neste sentido acompanhei as duas enfermeiras especialistas em Saúde Pública no serviço de vacinação internacional. Neste serviço aprendi tudo sobre as vacinas, como fazer a requisição das vacinas, como armazenar, quais são as vacinas vivas (febre amarela, BCG), que as vacinas vivas têm que ser administradas dez dias antes da viagem, que vacinas são vitalícias (febre amarela), além da informação sobre as vacinas e doenças endémicas nos diferentes países.

Sempre explicava os efeitos colaterais da vacina e os cuidados a ter apos a vacina, ainda explicava os riscos de saúde pública durante a viagem (ex: comida malcozida, beber agua que não seja engarrafada). Aprendi que o medicamento que utilizamos na Guiné-Bissau é diferente do que se usa em Portugal para a prevenção do paludismo e que também existe uma vacina oral para a febre tifoide. Ainda aprendi, e fiz, a transcrição das vacinações para o SNS e preenchi o cartão de vacina internacional para vários viajantes.

Acompanhei também o registo numa base de dados criada por uma das enfermeiras da USPBM para os diferentes tipos de vacinas administrados nos viajantes, para o controlo trimestral das vacinas administradas a fim de repor o stock. Este planeamento é muito importante para um enfermeiro pois só se atinge um objetivo quando se sabe planear e eu achei muito interessante e dinâmico esta base de dados pois para além de controlar o stock, também fornece dados sobre os destinos turísticos mais procurados e as vacinas, sexos e idades das pessoas, e os motivos da viagem.

Particpei também, durante dois dias no rastreio visual infantil de crianças de dois e quatro anos de idade, a enfermeira iniciou por me explicar que o processo inicia normalmente com quando a referenciação para o rastreio é feita através da enfermeira da família, por isso, os pais têm de aguardar o convite do seu centro de saúde, a USPBM através de uma enfermeira, faz o primeiro contato enviando uma carta aos pais e se não surtir efeito faz o segundo contato ligando diretamente aos pais convocando-os para trazerem os filhos a USPBM no dia e hora previamente marcado.

No dia do rastreio a enfermeira antes sempre explica aos pais o que vai fazer, como vai fazer e para que serve, durante o rastreio auxiliei a enfermeira chamando os pais para entrarem com as crianças, acalmando as crianças para eles fixarem os olhos no nariz do panda que o instrumento utilizado para o rastreio e ainda a enfermeira me ensinou a utilizar o aparelho e fiz o rastreio em oito crianças e foi uma experiência única diferente e muito enriquecedora.

Após o rastreio, as informações vão para o a ficha do utente rastreado e depois é avaliada por um oftalmologista do hospital pediátrico, e caso tiver algum problema ou suspeita de problema os pais são notificados pelo oftalmologista pediatra sugerindo uma consulta para o melhor acompanhamento da criança, mas mesmo assim os pais recebem por correio o resultado do rastreio dos filhos, se a criança tiver com a saúde visual perfeita, só volta ao rastreio aos 04 anos de idade, o rastreio é feito pelo enfermeiro treinado para o efeito é gratuito, voluntario, rápido e não invasivo. o rastreio visual não substitui nenhuma das atividades do Programa Nacional de Saúde visual

O rastreio tem como objetivo identificar precocemente, fatores de risco de ambliopia, que é uma diminuição da visão, que pode ser provocado por: Estrabismo (trocar os olhos), Miopia (ver mal ao longe), Hipermetropia (ver mal ao perto), Astigmatismo (visão desfocada ao perto e ao longe) e Anisometria (diferença de graduação entre os olhos).

Pude aprender de perto como se organiza um rastreio infantil, como se faz o contato, como se faz o rastreio, como se faz a entrega do resultado e como decorre o

acompanhamento caso necessário e também da articulação que é feita entre os profissionais de saúde de diferentes unidades de saúde.

Na UCCCS, participei na formação sobre rastreio do risco cardiovascular através do projeto 'Coimbra unida pelo coração e vasos' (Anexo VI), e depois participei no rastreio organizado pela Federação portuguesa de Cardiologia em colaboração com a UCCCS, no café Santa Cruz das 09horas as 17 horas (anexo VII). Fiz a avaliação do risco cardiovascular, e antes de cada intervenção explicava que este era o objetivo do rastreio, detetando estes riscos através da aferição da pressão arterial, glicemia e colesterol. No final da avaliação dava aconselhamento sobre os estilos de vida e seus riscos e entregava os resultados à pessoa rastreada, através de um cartão semáforo, explicando o significado das cores: o verde significa sem risco, amarelo risco moderado e vermelho risco elevado. Este ultimo mostra que realmente a pessoa precisa não só de mudar de estilo de vida, mas também é referenciado para o seu medico de família pois a federação portuguesa trabalha em colaboração com os médicos da família.

Ainda sobre rastreio do risco cardiovascular participei numa intervenção que faz parte do projeto de uma colega do mestrado e estagiária da UCCSC, na avaliação aos docentes e não docentes da escola Silva Gaio, onde rastreei 15 funcionários. Este rastreio contou também com a colaboração de duas enfermeiras da UCCCS, decorreu num ambiente muito animado, os docentes e funcionários estavam muito entusiasmados para serem rastreados e a cada pessoa que eu rastreada eu explicava sobre o objetivo do rastreio, e independente do resultado dava conselhos sobre o estilo de vida saudável.

CONCLUSÃO

Durante este meu novo ciclo acadêmico, tive vários aprendizados, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e principalmente para o meu o desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional.

A prevenção de ATOD na população adolescente foi identificada como uma necessidade de saúde prioritária pela equipa de Saúde Escolar da UCCCS, procurei contribuir para a melhoria continua do programa de sensibilização e educação em curso, pois é competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública o processo de capacitação de grupos/comunidade (Regulamento n.º 428/2018).

Assim, procurei fazer o diagnóstico de saúde e desenvolver estratégias de intervenção junto da população adolescente, atuando de forma ativa, aproveitando a oportunidade de partilhar saberes, educando, contribuindo de forma direta para a literacia em saúde da população adolescente da área de abrangência da UCCCS.

Pretendia aumentar a literacia em saúde dos adolescentes sobre os efeitos de ATOD e sensibilizar sobre os riscos do consumo nocivo. Pode-se dizer que de uma forma geral foram atingidos os objetivos pré-estabelecidos, porque a intervenção feita com os adolescentes de alguma forma influenciou no jeito de perceção dos seus comportamentos sobre o uso do ATOD nesta fase da vida, dos perigos inerentes aos consumos nocivos e das consequências negativas que surgirão comprometendo assim o seu futuro.

Ao mergulhar nesta temática da prevenção de consumos nocivos de ATOD, descobri a necessidade de suportar na evidência científica a minha intervenção nesta área. Desenvolvi as minhas competências em termos de RIL, pois por se tratar de menores não seria possível realizar investigação de campo no tempo disponível para o estágio, pela demora na obtenção de autorizações dos encarregados de educação, da escola e da Comissão de Ética. Mas mesmo fazendo a RIL e intervindo nas sessões de educação com base nos seus resultados, aprendi muito sobre os adolescentes portugueses, a forma de pensar de ser e de agir, algo que vai com certeza me servir de ajuda e suporte para o meu futuro profissional. Posso dizer que tudo contribuiu para o desenvolvimento as minhas competências no domínio das aprendizagens profissionais.

Percebi a real importância e a necessidade da articulação e comunicação entre os profissionais de saúde e da colaboração de todos os outros profissionais envolvidos, e da comunicação ativa como forma de intervenção junto dos adolescentes. Foi

fundamental para desenvolver as minhas competências no domínio da melhoria contínua da qualidade.

A utilização da metodologia de planeamento em saúde me permitiu a tomada de decisões necessárias para realizar minhas intervenções que foram ao encontro das necessidades encontradas com base na evidencia científica, o que conduziu ao desenvolvimento específico de competências na avaliação do estado de saúde na comunidade adolescente da área de abrangência da UCCCS.

No contexto da prática clínica/estágio tive alguns fatores dificultadores, como por exemplo, o fato de ter iniciado o estágio de saúde pública num serviço central e não numa USP. Apesar de ter acesso aos documentos para consultar e conhecer o funcionamento do ACeSBM e do funcionamento de uma USP, foi complexo para mim! O contato com a população e os projetos de intervenção da USPBM teria sido mais proveitoso, uma vez que eu poderia aprender de forma mais concreta para aplicar no meu País como futura mestre e especialista,

Outro fator dificultador, é a ESEnfC não ter um gabinete de acompanhamento para os estudantes estrangeiros, principalmente os que estão a fazer o mestrado, uma vez que fizeram a licenciatura num país onde a metodologia de ensino é totalmente diferente! A diferença entre os currículos do curso de licenciatura da Guiné-Bissau e Portugal, a dificuldade em acompanhar os conteúdos/atividades principalmente em termos de investigação científica, a dificuldade de obter informações, ou de ser incluída em algumas atividades, por não ser enfermeira com reconhecimento pela OE, por vezes foi difícil de superar... mas independente destes fatores fiz um esforço e consegui melhorar bastante e desenvolver varias competências académicas e profissionais.

Porém, tive também fatores facilitadores, como as participações em dois congressos, o X Congresso Ibero-americano de Universidades Promotoras da Saúde e o 3.º Congresso Nacional da Unidade de Saúde Pública do ACeS Baixo Vouga. Nestes dois congressos percebi de perto a organização de um congresso, as apresentações e discussões de trabalhos científicos, pude entender o quão importante é a necessidade da articulação entre os profissionais de diferentes áreas para um bem comum, que é o de ter mais ganho em saúde. Este facto que ficou evidente durante a pandemia da covid 19, todos juntaram esforços, cada um de acordo com a sua área de formação atuou e mostrou evidencias científicas em como na Saúde Comunitária não intervimos na comunidade, mas sim com a comunidade, e de que na Saúde Publica não trabalhamos uns com os outros, mas sim de forma articulada e integrada uns com os outros.

Todas as oportunidades de aprendizagem foram também fatores facilitadores: a RIL e serviu para aperfeiçoar muito o meu conhecimento científico; as intervenções que eu desenvolvi, tanto na capacitação das mães imigrantes, como junto dos profissionais da USPBM, e principalmente com os adolescente durante o meu projeto de intervenção, fizeram de mim uma profissional munida de ferramentas para trabalhar com a comunidade; o aprendizado que tive ao acompanhar a equipa de SE e ECCI, a participação na consulta do viajante, na vacinação internacional, no rastreio visual infantil, no rastreio de risco cardiovascular, deu-me a conhecer a forma de organizar e de intervir, de acompanhar, e de arquivar os documentos dos utentes de todas estas intervenções. Destas intervenções, a única que existe no meu país é a vacinação internacional, é um desafio para mim como futura Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e baseada nas competências que eu adquiri, envolver o Ministério da Saúde Pública Guineense para que sejam implementados estes projetos a fim de intervir na comunidade e melhorar a saúde da população Guineense.

Certamente farei de tudo para aplicar as competências adquiridas durante o meu novo ciclo académico para melhorar a literacia em saúde da minha comunidade e consequentemente ter mais ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Despacho n.º 5868-B/2016 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021). *Diário da República: 2ª Série, n.º 84*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2016/05/084000001/0000200003.pdf>
- Direção-Geral da Saúde - DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015-2020*. http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf.
- Direção-Geral da Saúde - DGS. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19 (3), 505–526.
- Gusmoes, J., Garcia-Cerde, R., Valente, J., Pinsky, & Sanchez, Z. (2022). Implementation fidelity of a Brazilian drug use prevention program and its effect among adolescents: a mixed-methods study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 17: 71. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00496-w>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3a ed). Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência I.P. (2010). *Plano Nacional Para a Redução Dos Problemas Ligados Ao Álcool 2010-2020*. https://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducao_CAD_2013-2020.pdf
- Melo P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa, Portugal: Lidel-edições técnicas.
- Mogro-Wilson, C., Allen, E. & Cavallucci, C. (2017). A Brief High School Prevention Program to Decrease Alcohol Usage and Change Social Norms. *Social Work Research*, 41 (1): 53-62 doi: 10.1093/swr/svw023
- Neves, M. (2022). *Guia Orientador do estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório*. I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área

de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal.

Norma nº 015/2018 da Direção Geral da Saúde. Rastreio Saúde Visual Infantil.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/rastreio-saude-visual-infantil.pdf>

Nunes, E. (2007) Tabaco e saúde. In: Baptista, M.I. & Sousa, A. (Coords.). *Consumo de substâncias psicoativas e prevenção em meio escolar* (pp.19-37). Lisboa, Portugal: Núcleo de Educação para a Saúde, Ministério da Educação.

Pinto, A. (2007) Problemas ligados ao consumo de bebidas alcoólicas. In: Baptista, M.I. & Sousa, A. (Coords.). *Consumo de substâncias psicoativas e prevenção em meio escolar* (pp.39-67). Lisboa, Portugal: Núcleo de Educação para a Saúde, Ministério da Educação.

Plano Local de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego 2018-2020. (2018). Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego. <http://pns.dgs.pt/files/2019/01/PLANO-LOCAL-DE-SA%C3%9ADE-ACeS-BM.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, 2a Série, nº 26*.

Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República, 2a Série, nº 135*.

Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2016). Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool: um estudo com adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 6), 31-38. doi:<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0210>

Sampaio, D. (2007). Reflexões sobre o papel da escola. In: Baptista, M.I. & Sousa, A. (Coords.), *Consumo de substâncias psicoativas e prevenção em meio escolar* (pp.9-14). Lisboa, Portugal: Núcleo de Educação para a Saúde, Ministério da Educação.

Schwinna, T., Schinke, S., Keller, B. & Hopkins, J. (2019). Two- and three-year follow-up from a gender-specific, web-based drug abuse prevention program for adolescent girls. *Addictive Behaviors*, 93: 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.010>

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD. (2019). Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências / 2019: Resultados preliminares. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/221/sintese_ECATD_2019.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD. (2021). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências: Relatório anual - 2020*. https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/175/RelatorioAnual_2020_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicodependencias_PT.pdf
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Família e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência, 1999.
- Stanhope, M & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (Negrão et al; Trad.). 7ª ed. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Tomé, G., Matos, M. G., Gomes, P., Camacho, I., & Gaspar, T. (2017). Promoção da Saúde Mental nas Escolas – Projeto ES´COOL. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8 (1), 173-184. <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2485>
- Unidade de Cuidados na Comunidade Coimbra Saúde (2019). <https://ucccoimbrasaude.wixsite.com/coimbrasaude/copia-projetos>
- Unidade de Cuidados na Comunidade Coimbra Saúde. (2019). *Manual de Acolhimento para Integração de Profissionais e Estudantes*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=8105&tipoSelecao=0&contexto=pq
- Velasco, V., Griffin, K., Botvin, G. & Celata, C. (2017). Preventing Adolescent Substance Use Through an Evidence-Based Program: Effects of the Italian Adaptation of Life Skills Training. *Prev Sci*, 18:394–405. DOI 10.1007/s11121-017-0776-2

ANEXOS

ANEXO I

Estudos selecionados para a Revisão Integrativa da Literatura.

RESEARCH

Open Access



Implementation fidelity of a Brazilian drug use prevention program and its effect among adolescents: a mixed-methods study

Julia D Gusmoes^{1*}, Rodrigo Garcia-Cerde¹, Juliana Y Valente¹, Ilana Pinsky² and Zila M Sanchez¹

Abstract

Background Based on the US DARE-kiR, a version of the Keepin'it REAL program, the Drug and Violence Resistance Educational Program (PROERD) is the most widely implemented Brazilian prevention program. It originates from the translation of the DARE-kiR, a version of the Keepin'it REAL program. Previous results suggest its inefficiency in preventing drug use among Brazilian adolescents. Since kiR fidelity can impact program outcomes, this mixed-methods study evaluates the PROERD implementation fidelity and its effects on preventing drug use among adolescents.

Methods Data from two cluster randomized controlled trials (cRCTs) with 4,030 students from 30 public schools in São Paulo (1,727 fifth graders and 2,303 seventh graders), assessed at two-time points, were analyzed quantitatively. After implementing each lesson during the cRCT, 19 PROERD instructors answered fidelity forms. The effect of PROERD fidelity on alcohol, cigarettes, marijuana, inhalant, and cocaine use (the last two only among seventh graders) in the six months prior to follow-up assessment was analyzed by logistic regressions for fifth grade and mixed effect models for seventh graders. For qualitative analysis, semi-structured interviews were conducted with PROERD instructors and investigated by thematic analysis.

Results Quantitative analysis showed that PROERD implementation fidelity had no impact on drug use among fifth and seventh graders. Conversely, the qualitative analysis revealed important aspects that may influence implementation fidelity and consequently program effectiveness, such as adaptations made by instructors, school infrastructure, among others, besides program application.

Conclusion PROERD requires cultural adaptation to improve its implementation in Brazilian public schools.

Keywords Implementation fidelity, Prevention, Mixed-methods, Adolescent, School, Drugs

*Correspondence:
Julia D Gusmoes
del.jul@unifesp.br

¹Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brazil

²Urban Food Policy Institute, University of New York (CUNY), New York, United States of America



© The Author(s) 2022. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.



Two- and three-year follow-up from a gender-specific, web-based drug abuse prevention program for adolescent girls



Traci Marie Schwinn^{a,*}, Steven Paul Schinke^{a,†}, Bryan Keller^b, Jessica Hopkins^a

^a Columbia University School of Social Work, 1255 Amsterdam Ave, NY, NY 10027, USA

^b Teachers College, Columbia University, 525 West 120th St, New York, NY 10027, USA

HIGHLIGHTS

- Longitudinal data support the efficacy of a web-based intervention for girls.
- Intervention reduced cigarette, e-cigarette, marijuana, and other drug use.
- Improved general and gender-specific risk factors for drug use.
- Intervention implementation requires no staff training or facilitators.

ARTICLE INFO

Keywords:
Gender-specific
Drug abuse
Prevention
Web-based
Female

ABSTRACT

Introduction: Rates of drug use among early adolescent girls meet or exceed rates of their male counterparts. Girls are also vulnerable to differential risk factors for drug use. Yet, expressly designed prevention programs targeting this population are absent. The present study reports 2- and 3-year findings on a web-based drug abuse prevention program for adolescent girls.

Methods: A sample of adolescent girls ($N = 788$) were recruited via Facebook. Online, all girls completed pretests; girls were randomly assigned to a 9-session intervention arm or to a measurement-only control arm and all girls completed posttests. All girls also completed 1-, 2-, and 3-year follow-up measurements.

Results: At 2-year follow-up and compared to girls in the control arm, intervention-arm girls reported less past-month cigarette, marijuana, and "other" drug use (club drugs, cocaine, ecstasy, hallucinogens, heroin, inhalant, methamphetamines, steroids, prescription drugs), lower rates of peer drug use, and increased scores on drug refusal skills, coping skills, self-esteem, media literacy, and self-efficacy. At 3-year follow-up, and compared to girls in the control arm, intervention-arm girls reported less past-month cigarette and e-cigarette use, lower rates of peer drug use, lower reported anxiety and stress, and increased scores on drug refusal skills, self-esteem, media literacy, self-efficacy, and body image.

Conclusions: Longitudinal outcome data lend support to the efficacy of a gender-specific, web-based drug abuse prevention program to reduce adolescent girls' drug use rates and associated risk factors.

1. Introduction

Young girls' drug use rates rival and sometimes exceed their male counterparts' rates of use (Johnston et al., 2018a). As girls' transition from middle to high school, their drug consumption increases dramatically. Between 8th and 12th grades, the percentage of girls who vape any substance doubles from 6% to 12%; the percentage of girls who smoke cigarettes or marijuana quadruples from 2% to 9% and from 5.5% to 21.5%, respectively; and the percent of girls who drink alcohol

increases by 255% (Johnston et al., 2018b).

Furthermore, as females mature, they are more vulnerable to drug addiction than males (Anker & Carroll, 2011). Females experience greater side effects during drug use, experience more negative affect during withdrawal, and are more likely to relapse than their male counterparts (Becker, McClellan, & Reed, 2017; National Institute on Drug Abuse, 2018). The sexual risks from impaired judgment that attend drug use also weigh heavier on females than on males (Chung et al., 2017). Without dispute, girls are using drugs at alarming rates

* Corresponding author.

E-mail address: tns40@columbia.edu (T.M. Schwinn).

† Deceased 1 January 2019.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.010>

Received 6 October 2018; Received in revised form 10 January 2019; Accepted 14 January 2019

Available online 16 January 2019

0306-4603/ © 2019 Elsevier Ltd. All rights reserved.

A Brief High School Prevention Program to Decrease Alcohol Usage and Change Social Norms

Cristina Magro-Wilson, Elizabeth Allen, and Christine Casaliucci

This study assessed the effectiveness of Refuse, Remove, Reasons (RRR), a universal classroom-based substance abuse prevention program for urban and suburban high school students. A total of 1,352 adolescents were part of either a treatment ($n = 676$) or a comparison group ($n = 676$). The study evaluated the influence of implementing RRR in decreasing alcohol use, increasing perceived risk of drug use, decreasing social norms drug use, and increasing perceptions about negative consequences of drug use. Participants were assessed at baseline and treatment exit. One-way between-groups analyses of covariance were used to detect significant differences between treatment and comparison groups, using the pretest as a covariate. Findings indicated that RRR significantly reduced getting drunk from alcohol, decreased social norms and acceptance of alcohol and cigarettes, and increased perceptions about negative consequences of drug use for the treatment group compared with the comparison group. Results support school-based prevention models for reducing alcohol use and changing social norms for high school youths.

KEY WORDS: adolescents; alcohol use; school-based prevention; substance use; substance use prevention

Adolescent substance abuse is a serious public health problem with almost 10% of youths, ages 12 to 17 years, reporting the use of illicit drugs and 7% of these youths meeting criteria for a substance use disorder, according to findings from a national survey conducted by the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2012b). In addition, high levels of substance use among adolescents are associated with the three leading causes of death among youths: accidents, homicide, and suicide (Clark & Winters, 2002). Other studies have shown that substance use in adolescence can also be associated with either the aggravation or the development of other childhood or adolescent disorders, such as major depressive disorders, anxiety disorders, conduct disorders, and attention-deficit/hyperactivity disorder (Kaminer & Bukstein, 2008). There are dramatic subgroup differences found among white American, African American, and Hispanic adolescents, with Hispanic adolescents in eighth grade reporting the highest rates among the three racial-ethnic groups on nearly all classes of drugs (Johnston, O'Malley, Miech, Bachman, & Schulenberg, 2014).

In 2001, the federal government directed the use of evidence-based programs for substance abuse prevention in schools through the passage of the No Child Left Behind legislation (Kingwalt et al., 2011). A Cochrane review was done in 2005 of school-based programs aimed at reducing illicit drug use (Faggiano et al., 2005). The review included 32 controlled studies that used a school-based curriculum. The review identified two types of programs: (1) knowledge based and (2) social skill based. The social-skill-based programs that focused on building decision-making skills, self-esteem, and resistance to peer pressure were more effective. In this article, we discuss the success of a brief, universal prevention education program: Refuse, Remove, Reasons (RRR). RRR uses social learning theory and the mutual aid model, a theoretical framework from the field of social work. RRR was used with adolescents in health class.

A review of the key elements of evidence-based programs in SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP) (<http://www.samhsa.gov/nrepp>) and the report based on the School Health Policies and Programs Study 2006 (Kann,



Preventing Adolescent Substance Use Through an Evidence-Based Program: Effects of the Italian Adaptation of Life Skills Training

Veronica Velasco¹ · Kenneth W. Griffin^{2,3} · Gilbert J. Borwin^{2,3} · Corrado Celata and Gruppo LST Lombardia

Published online: 28 March 2017
© Society for Prevention Research 2017

Abstract Evidence-based preventive interventions for adolescent substance use, violence, and mental health issues are increasingly being adapted and disseminated internationally. In the present paper, we report the results of an effectiveness study that was part of a comprehensive initiative by a coalition of health promotion organizations in the Lombardy region of Italy to select, culturally adapt, implement, evaluate, and sustain an evidence-based drug abuse prevention program developed in the USA. Findings are presented from a large-scale effectiveness study of the Life Skills Training prevention program among over 3000 students attending 55 middle schools in Italy. The prevention program taught drug refusal skills, resisting norms, personal self-management skills, and general social skills. Relative to comparison group students, students who received the prevention program were less likely to initiate smoking at the post-test and 2-year follow-up, and less likely to initiate weekly drunkenness at the 1-year follow-up. The program had direct positive effects on several cognitive, attitudinal, and skill variables believed to play a protective role in adolescent substance use. The findings from this study show that a drug abuse prevention program originally designed for adolescents in the USA is effective in a sample of Italian youth when a rigorous and systematic approach to

cultural adaptation is followed that incorporates the input of multiple stakeholders.

Keywords Evidence-based program · Drug abuse prevention · Cultural adaptation · Effectiveness · Evaluation

Introduction

Over the past 30 years, a growing number of evidence-based preventive interventions for adolescent substance use, violence, and other health behaviors have been rigorously designed and tested in large-scale trials, mostly in the USA. In recent years, there has been a rapid increase in the globalization of evidence-based prevention, in recognition that such programs may have the capacity to produce similar outcomes in cultures and contexts that differ from those where the program was first developed (Catalano et al. 2012; Sundell and Ferrer-Wreder 2014). In order to maintain behavioral effects and maximize the dissemination potential of evidence-based programs exported across international borders, a variety of researchers, practitioners, policy makers, and other stakeholders have emphasized the importance of culturally adapting programs in a systematic fashion (August et al. 2010; Backer 2001; Bernal et al. 2009; Siman et al. 2013). In studies examining international replications of evidence-based programs, the evidence suggests that such efforts have a mixed record of success. A number of factors can contribute to the failure of such efforts, including methodological differences across trials, ambiguities in the cultural adaptation process, or poor implementation in the new setting (Sundell et al. 2014). Conversely, a comprehensive approach to adapting a prevention program for a specific culture or population is likely to have several positive effects that increase the likelihood of success. Such an adaptation may improve initial buy-in by

✉ Veronica Velasco
vervelasco@gmail.com

¹ Dipartimento Dipendenze, ATS della Città Metropolitana di Milano, Rete Regionale Prevenzione e Promozione della salute, Strada Giordano Bruno 4, Progetto Prevenzione specifica, Milan, Italy

² Department of Healthcare Policy and Research, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY, USA

³ National Health Promotion Association, White Plains, NY, USA

ANEXO II

Certificado de Participação no encontro comemorativo do SICAD

45 ANOS
1977-2022

CERTIFICADO

Certifica-se que Niassa Belita Ferreira Cordeiro Vieira
participou no ENCONTRO COMEMORATIVO - 45 ANOS DE
INTERVENÇÕES NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS
DEPENDÊNCIAS, realizado no 11 de novembro de 2022, no IPDJ,
em Coimbra.

Coimbra, 11 de novembro de 2022

É A Comissão Organizadora



ANEXO III

Certificado de Participação no 3.º Congresso Nacional da Unidade de Saúde Pública
do ACES Baixo Vouga.

3.º

CONGRESSO NACIONAL DE
UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA
DO ACETB
BAIXO VOUÇA

Casa da Cultura - Ilhavo

22 e 23 novembro 2022

CERTIFICADO

Certifica-se que **N'fassa Belita Ferreira Cardoso Vieira** esteve presente no **3.º Congresso Nacional da Unidade de Saúde Pública do ACES Baixo Vouça**, realizado com o apoio da Câmara Municipal de ilhavo, nos dias 22 e 23 de novembro de 2022, em ilhavo.

ilhavo, 25 de novembro de 2022

Autoridade: **TIAGO PINHO BANDEIRA**
N.º de identificação: 1116408
Data: 2022.11.28 11:22:56 -3099

Tiago Pinho Bandeira

Membro da Comissão Organizadora do 3.º ONUSPBV

ACES BAIXO VOUÇA

ANEXO IV

Certificado de capacitação aos profissionais de saúde da USPBM sobre síntese do
Sistema de Saúde da Guiné-Bissau

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a enfermeira **N'TASSA BELITA FERREIRA CARDOSO VIEIRA**, aluna do I Mestrado em enfermagem de Saúde Comunitária - área de enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública na ESENFUC, realizou uma ação de formação em serviço aquando do seu estágio na Unidade de Saúde Pública do ACES do Baixo Mondego, versando o tema "**Síntese do Sistema de Saúde da Guiné-Bissau**", no dia 25 de Novembro de 2022, com a duração de 60 minutos.

Por ser verdade e me ter sido pedida, passo a presente declaração, que dato, assino e autentico nos moldes habituais nesta Unidade.

Coimbra, 28 de Fevereiro de 2023

A Coordenadora da Unidade de Saúde Pública do ACES do Baixo Mondego



(Maria Fernanda Pinto da Silva)

ANEXO V

Certificado de participação X Congresso Ibero-americano de Universidades
Promotoras da Saúde



Universidade
de Coimbra



Faculdade de Ciências
da Universidade de Coimbra



Congresso
Iberoamericano
de Universidades
Promotoras da Saúde

Ensino Superior, Saúde
e Desenvolvimento Sustentável

Certificado

Certifica-se que

Ntassa Belita Ferreira Cardoso Vieira

esteve presente no X Congresso Iberoamericano de Universidades Promotoras da Saúde, que decorreu nos dias 10, 11 e 12 de outubro de 2022, em Coimbra, Portugal.

Coimbra, 12 de outubro de 2022

Jorge Conde
Presidente do Congresso

ANEXO VI

Certificado de participação na formação de Coimbra Unida pelo Coração e Vasos



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO¶

Certifica-se que, Ntassa Belita Ferreira Cardoso Vieira com o CC nº 44518K226, participou na formação no âmbito do projeto de intervenção comunitária "Coimbra unida pelo Coração e Vasos" promovida pela Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia, em junho de 2022, detendo as competências necessárias para fazer sensibilização comunitária na prevenção da doença cardiovascular.¶



**A Presidente da Delegação Centro da
Fundação Portuguesa de Cardiologia¶**

Maria do Carmo Coimbra

ANEXO VII

Certificado de participação no Rastreio Cardiovascular Da Fundação Portuguesa de
Cardiologia



CERTIFICADO DE COLABORAÇÃO

Certifica-se que Ntassa Belita Ferreira Cardoso Vieira, com o CC nº 445LSK226, colaborou na dinamização da intervenção comunitária “Coimbra unida pelo Coração” promovida pela Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia, em colaboração com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra EPE, o Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra, Câmara Municipal de Coimbra e União de Freguesias de Coimbra realizada a 25 de setembro de 2022, com a duração de 7h.



A Presidente da Delegação Centro da
Fundação Portuguesa de Cardiologia

Maria de Jesus Coutinho

APÊNDICES

APÊNDICE I

Folheto sobre consumo de álcool para os viajantes da USPBM

APÊNDICE II

Apresentação sobre Sistema de Saúde da Guiné-Bissau aos profissionais da USPBM

Escola Superior de Enfermagem de Casablanca

Síntese do Sistema de Saúde da Guiné-Bissau

Diferenciais epidemiológicos na ODP de Áreas Saneamento
 Alameda Olegaria Soares Monteiro Lopes
 Alameda Sofia Ferreira Cardoso Lopes

1

Localização geográfica

A República da Guiné-Bissau está localizada na Costa Ocidental da África, faz fronteira terrestre ao norte com o Senegal ao sul e leste com a Guiné-Conacó e a Costa do Marfim e Oceano Atlântico. O território guineense abrange 36 526 km² de terra e corresponde insular com 33 ilhas, representando 22% do território nacional. Permaneceu sob administração portuguesa até setembro de 1973, quando ganhou a sua independência.

2

Densidade populacional

Em 2016, a população da Guiné-Bissau foi estimada em cerca de 1 743 852 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,2%), caracterizada por uma população muito jovem: Cerca de 54% da população tem menos de 15 anos de idade. As mulheres representam 51% da população e 48% têm entre 15 e 49 anos. A esperança média de vida à nascença é de 52,4 anos (54,7 anos para as mulheres e 51,3 anos para os homens). Cerca de 42% da população vive em áreas urbanas. (Ministério Nacional da Saúde Pública, 2017)

3

Surgimento e Evolução do PNDIS

PNDIS I

- Surgiu no contexto de uma política nacional de saúde (PNDIS) de longo prazo com o objetivo de proporcionar um sistema integrado de saúde (SIS) baseado no modelo de serviços de saúde, distribuição equitativa de recursos, qualidade de prestação de cuidados, desenvolvimento de recursos humanos, melhoria e desenvolvimento de uma estratégia para os recursos humanos (RH) e a sua gestão sustentável internacional.
- O PNDIS I teve como um objetivo o desenvolvimento para as atividades e ações de desenvolvimento centradas no espírito de ajuda mútua.
- A elaboração do PNDIS I teve, de forma mais abrangente, foco em vários, incluindo o seu caráter de um plano estratégico, com objetivos, estratégias e ações de desenvolvimento sustentáveis, sob o lema de "sustentabilidade permanente", a PNDIS I foi desenvolvido e implementado temporal de longa duração.

4

Surgimento e Evolução do PNDIS

PNDIS II

- O PNDIS II foi pensado como um projeto de desenvolvimento socioeconómico para assegurar a obtenção de "Cidades em Saúde" de nível A zero.
- O projeto que se avançou foi com o apoio dos parceiros, orientado por um plano de operacionalização do PNDIS II preparado pelo Ministério Nacional da Saúde Pública (MNSAP) com estes parceiros, para intervenções na área da saúde materno-infância.
- E também de realizar os esforços da Escola Nacional de Saúde (ENS) e da Faculdade de Medicina, que permitiram ultrapassar as metas de enfermeiros e médicos por 100 habitantes.

5

Surgimento e Evolução do PNDIS

PNDIS III

- Uma missão da Organização Africana de Saúde (OAS) em 2007 reconheceu "a pertinência de um plano global estratégico, a sua adequação ao nível contextual internacional e regional em matéria de saúde pública, de intervenções públicas internas e de novas realidades socioeconómicas de país".
- Entre fevereiro e abril de 2007 foi conduzido um diagnóstico da situação de saúde no Guiné-Bissau que ajudou a estabelecer a prioridade para o PNDIS III.
- Para a elaboração do PNDIS III, o MNSAP contou com o apoio participativo dos técnicos nacionais, de participação ativa dos UNICEF também recorreu a assistência técnica (de organizações locais (OL), nacionais e internacionais) e apoio financeiro dos organismos e agências internacionais (parceiros, reordenamento do Unão Europeia (UE) através da organização mundial da saúde (OMS).

6

O País está dividido por 11 regiões sanitárias (RS) e 136 Áreas sanitárias (AS) nomeadamente:

SAB 10 AS	Olo 11 AS	Bafata 17 AS	Quinara 10 AS	Cacheu 22 AS
Tombali 18 AS	Farim 05 AS	Biombo 08 AS	Bolama 05 AS	Gabu 19 AS
				Bubaque 11 AS

7

Níveis do SNS

- Local: centros de saúde tipo A, B e C que contem o pacote mínimo de atividade (PMA) composto de cinco atividades nomeadamente curativas, preventivas, comunicação e promoção da saúde, centraligia avançada e de apoio
- Regional: Hospitais e direções regionais
- Nacional
 - Ministério da Saúde Pública e Secretarias de estado
 - Hospital Nacional Simão Mendes
 - Centros de Saúde mental, reabilitação motora e de Tratamento e diagnóstico de HIV Sida e Tuberculose.

8

Os Principais programas de saúde do Guiné-Bissau que constituem prioridade no sistema de saúde são agrupados em dois grupos:

1º Programa de saúde reprodutiva

- Saúde da Mãe e Criança (SMC)
- Planeamento Familiar (PF)
- Programa Alargado de Vacinação (PAV)
- Atenção Integrada às Doenças de Infância (AIDI)
- Núcleo de Nutrição

2º Programa de combate a doenças prioritárias (grandes endemias)

- Luta Contra IST/ HIV/ SIDA
- Luta Contra a Malária (PMLP)
- Luta Contra Lepre e Tuberculose (PMLT)
- Luta Contra Orosecuriose (PMLCO)
- Saúde e Vído (PMSV)

9

Saúde Comunitária

Os indicadores comunitários no Guiné-Bissau foram introduzidos nos anos 70 e 80, após primeira década de Pesquisa Nacional de Saúde apoiada por vários Organismos Não Governamentais (ONG).

Resumo: houve um grande investimento em saúde comunitária, ligado ao Programa Integrado para a Redução de Mortalidade Infantil e Materna (PIRM) com o apoio da UNICEF.

Existem centros de saúde e mais localizações de saúde comunitária, as actividades dos distritos de saúde de saúde comunitária estão em implementação há cerca de 4 anos, sendo que neste momento existe activamente uma rede nacional de agentes de saúde comunitária (ASC), a formação de acordo com o Plano Estratégico Nacional (PEN) de Saúde Comunitária 2015-2020.

Existem 185 Centros de Saúde (CS), dos quais 5 em fase 4, 19 em fase 3, 146 em fase 2, 1 em fase 1 (um médico e 10 agentes de saúde comunitária, serviços essenciais em enfermagem), 26,5% de responsáveis pela implementação de PHC.

10

Saúde Pública

Missão: promover uma melhoria da qualidade de vida da população por meio de prevenção, promoção e cuidado de comportamentos saudáveis e sua aplicação em saúde, promoção e melhoria de serviços de qualidade.

Funções essenciais de saúde pública:

- Informação, educação e promoção de saúde da comunidade
- Vigilância, investigação e controlo de doenças e doenças de saúde pública
- Promoção e prevenção de saúde
- Protecção ambiental de saúde
- Planeamento e gestão
- Regulação e avaliação
- Avaliação e promoção de intervenções e serviços de saúde
- Desenvolvimento de recursos humanos e formação
- Garantia de qualidade nos serviços de saúde comunitária e hospitalares
- Pesquisa em saúde pública
- Redução do impacto de emergências e desastres

11

O Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) engloba:

- Ministério Nacional de Saúde
- Secretariado Nacional de Saúde Pública
- Centro de Estudos em Saúde Tropical
- Centro de Epidemiologia e Saúde Comunitária e Projeto de Saúde da Comunidade
- Centro de Informação e Comunicação para a Saúde

12

Acolhimento

Tivemos uma recepção calorosa por parte dos profissionais de saúde da USP Biano Mingo que são profissionais de excelência, pois, para além da competência profissional, também partilham os conhecimentos, as experiências e um atendimento altamente humanizado.

De acordo com o que vivemos aquando da nossa chegada, sentimos muita dificuldade na integração, por isso propomos o seguinte:

- ✓ Que seja criada um gabinete de integração académica e social para os estudantes estrangeiros;
- ✓ Que os estudantes estrangeiros tenham tempo suficiente para integração;
- ✓ Elaborar uma ferramenta de apoio e facilitação do processo de integração de novos estagiários estrangeiros no serviço;
- ✓ Manter apoio dos profissionais de saúde durante os exames clínicos.

13

Perspetiva

De acordo com o que aprendemos e vivenciamos aqui em Portugal durante o mestrado, perspetivamos então tentar implementar e/ou melhorar a intervenção a nível do sistema de saúde:

- ✦ Propor a criação de ficha individual e o número do utente
- ✦ Organização de congressos de saúde pública e dos cuidados primários de saúde
- ✦ Acessibilidade da informação referente a saúde pública
- ✦ Aumentar o nível de vigilância epidemiológica
- ✦ Aumentar a literacia em saúde a população
- ✦ Incentivar pesquisas e publicações científicas dentro da classe de enfermagem
- ✦ Dinamizar encontros formativos para actualização dos profissionais de saúde

14

Referências Bibliográficas

Ministério Nacional de Saúde Pública. (2017). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022. Fronteira I, Ferrinho F, Dussault G, Ferrinho P (2007). Relatório de Avaliação Final da Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República de Guiné-Bissau. AGO, Lisboa. PNDS II.

Ferrinho P (2015). Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020. Agregação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um Roteiro para a sua revisão. Bissau, Agosto-Setembro, PNDS II.

República de Guiné-Bissau, Ministério de Saúde Pública (2017). A Saúde na Guiné-Bissau: antecedentes e situação actual. Contributos para a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III 2018-2022. Bissau, Abril.

<https://www.istatguineebissau.com>

https://www.cipg.org/AdminPublic/Download.aspx?file=Files%2FFiler%2F1_CPLP%2FSaude%2FIAN-RINSP%2FGuineebissau_INASA-09-2011-INS-CPLP.pdf

Ministério Nacional de Saúde Pública. (2017). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022.

15

Obrigado

Convidamos as diferenças de modo a respeitá-las e promover o compromisso e mais do que isso, de qualidade de vida.

Amanda Lemos

16

APÊNDICE III

Capacitação sobre consumo nocivo dos ATOD dos adolescentes da Escola
secundária com segundo Ciclo D. Dinis

Escola Secundária com 3.º ciclo D. Diogo

Viagem de finalistas a chegar...

1

Fará parte da tua experiência?

2

Comportamentos aditivos

Alcool

Tabaco e outras substâncias psicoativas

O que sabes?

O que pensas sobre estes consumos?

3

Comportamentos aditivos

Comportamentos repetitivos associados à procura de prazer, que alteram a nossa forma de pensar sentir e agir

Provocam alterações ao nível da forma como encaramos a realidade...
 Como damos prioridade às coisas...
 Temos dificuldade em tomar decisões...
 Perdemos o sentido crítico em relação ao que fazemos...
 Podemos adotar comportamentos sexuais de risco...
 Pode levar a quer ter demonstrações de "coragem"...

4

Comportamentos aditivos

Podem levar à dependência...

Envolvem um caráter impulsivo - no sentido que se impõe à pessoa, e compulsivo - no sentido que existe dificuldade de interromper ou alterar o comportamento

Tipos de Consumo: Tóxicos Dependentes, Consumo Habitual, Consumo Ocasional, Consumo Experimental

RISCOS

5

Sabes porque o consumo de álcool é tão prejudicial?

Atua bloqueando o funcionamento do sistema cerebral responsável pelo controlo das inibições, logo, podes sentir-te eufórico, alegre e com uma falsa sensação de segurança em ti próprio...

Beber com moderação protege-te e protege os outros!

6

Binge drinking

Sabes o que é?

Drinks are NOT equal!

Significa o consumo excessivo de álcool que corresponde à ingestão de 5 ou + bebidas alcoólicas num único dia ou momento

O objetivo é obter efeito de embriaguez ou "pedrada" rápida!

You are a heavy drinker if...
 you are a female who drinks 8 or more drinks a week
 you are a male who drinks 15 or more drinks a week

7

Conheces os riscos do consumo rápido e excessivo de bebidas alcoólicas?

- ✓ Potencia outros comportamentos de risco (sexuais ou consumo de drogas ilícitas) e acidentes de viação...
- ✓ O nível elevado de toxicidade pode levar a situações de overdose, perda de consciência, coma ou até a morte!

Amigasas?

8

Sabias que o consumo de álcool pode influenciar o cérebro da pituita?

A pituita é metabolizada no fígado tal como o álcool. Se o fígado fica "sobrecarregado" para degradar o álcool, terá de deixar de metabolizar a pituita, perdendo, assim, o seu efeito.

O que pode acontecer quando misturas o álcool com outras bebidas?

As bebidas energéticas têm um efeito estimulante e o álcool tem um efeito depressor o que causa um efeito antagónico no cérebro causando perda e memória.

O álcool tem um efeito depressor no organismo tal como algumas drogas.



9

Sabes o que contém um cigarro?

Fuma não é apenas um problema de fumos passivos.

Fumadas Passivas

São os gases que se libertam quando se fuma um cigarro e que são inalados pelos outros fumadores.



10

Sabes porque o consumo de tabaco é tão prejudicial?

É a principal causa de morte evitável em todo o mundo.

Afeta os Sistema Nervoso Central, Respiratório, Digestivo, Cardiovascular e Reprodutor.

Diminui o rendimento físico e intelectual.

Diminui a fertilidade.



11

Sabias que são adicionados aromatizantes e outros aditivos aos cigarros para os tornar mais atrativos para os jovens?

Aromatizantes (frutos, baunilha, mentol, etc.): diminuem a aspereza do fumo, e tornam o seu aroma mais apelativo.

Amónias: Aumenta a rapidez com que a nicotina atinge o cérebro.

Broncodilatadores e substâncias que facilitam a inalação (ex. Mentol, cacau).

Ácido levulínico: torna o fumo mais suave e menos irritante, e contribui para absorção da nicotina.

Aguares: facilitam a inalação.

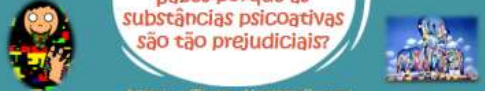


12

Sabes porque as substâncias psicoativas são tão prejudiciais?

Aferem o Sistema Nervoso Central.

<p>São Alucinógenos</p> <ul style="list-style-type: none"> Cannabis Ecstasy ou MDMA Cogumelos Poppers <p>Alteram a percepção o estado de humor e o pensamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ver ou ouvir coisas diferentes do que são na realidade - sensações alteradas, que parecem reais - mudanças de humor intensas e rápidas 	<p>São Estimulantes</p> <ul style="list-style-type: none"> Amfetaminas ou speed Cocaína Nicotina/tabaco <p>Aumentam o nosso estado de alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sentem energética - causam agitação <p>Triciclos, Cocarinas</p> <p>Respostas hiperativas de agitação e violência.</p> <p>Gravidar, anorexia e ETS.</p>	<p>São Depressores</p> <ul style="list-style-type: none"> Alcool Benzodiazepinas Hipnóticos <p>Diminuem o nível de estimulação cerebral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - podem causar tontura e falta de coordenação - levam a pensar e agir mais devagar
--	--	--



13

Que motivos levam os jovens aos consumos nocivos para a sua saúde?

- Curiosidade
- Esquecer os problemas
- Para desmibir
- Para se divertir
- Solidão
- Pressão dos 'amigos'
- Reduzir a ansiedade
- Atração pelo risco
- Aborrecimento
- gases OUTROS??



14

DESAFIA-TE

Não te deixes influenciar!

Desabituar pode ser difícil...
O melhor é nunca começar!

Diverte-te ao máximo...
... Arrisca o mínimo

Tens dúvidas?
Consulta **tu, a alinhas?**
Site Interativo



15

Escola Secundária com 3º ciclo D. Dinis

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Membro do Enfermagem Comunitário de Saúde Pública

N'assa Belita Ferreira Cardoso

Enª Fátima Cravo

UCC Coimbra Saúde

Janero de 2023



16

APÊNDICE IV

Formação sobre alimentação saudável de 0-6 anos de idade para mães imigrantes na
Caritas da Diocese de Coimbra

Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos Para mães imigrantes

Coimbra, 2022

1

Qual é o alimento indicado para o bebé durante os primeiros 6 meses?

2

Primeiros 6 meses de vida Alimentação lactea exclusiva

O lactente pode ser exclusivamente amamentado durante os primeiros 6 meses de idade, devendo a amamentação manter-se e a par da diversificação alimentar* durante a introdução na dieta familiar, até aos 12-24 meses.

Caso o leite materno se torne insuficiente, a alimentação deve continuar a ser exclusivamente lactea, devendo utilizar-se um complemento lacteo ou um substitutivo, fórmula infantil, cuja composição é concebida para se aproximar à do leite humano (Hojsak, 2018).

3

Após os 6 meses o leite materno é suficiente para o bebé?

4

A partir dos 6 meses Está na hora de diversificar a alimentação

Depois dos seis meses de idade, uma alimentação exclusivamente lactea não basta, por si só, às necessidades energéticas e em alguns micronutrientes (ferro, zinco, vitaminas do complexo B entre outros), tornando-se necessária a introdução de outros alimentos.

A par da introdução de novos alimentos, deverá ocorrer uma redução progressiva do volume de leite, concretamente de leite.

5

No 2º semestre de vida o consumo de todos os lacteos (leite, iogurte e queijo) não deve exceder 500 – 700 ml/dia.

6

Proposta de esquema para a diversificação alimentar para lactente saudável

7

Alimentos não permitidos durante o primeiro ano de vida

Variedade na oferta alimentar é importante, mas dois alimentos são proibidos...

- Alimentos com sal
- Alimentos com açúcar

Variedade na oferta alimentar é importante, mas não devem ser oferecidos os seguintes alimentos...

- Alimentos processados (ex: bolacha Maria)
- Alimentos com adição de açúcar (ex: sumos (nem naturais), bolos, doces)
- Alimentos com adição de sal (ex: enlatados)
- Leite de vaca

8

O 1º grupo de alimentos que eventualmente poderá ser introduzido será o dos hortofrutícolas ou o dos cereais.

O creme de legumes não deve incluir mais de 4 legumes, distribuídos da seguinte forma:

Para obter o creme de legumes, cozinhe os legumes até ficarem bem macios e bata no liquidificador com um pouco de água.

9 ★

Fruta

A introdução da fruta pode ocorrer desde o início da diversificação alimentar. Importa, no entanto, referir que não devem ser sucedidas inicialmente 1, e a partir dos 6 meses 2 peças de fruta por dia, preferencialmente da época e variada (cores diferentes).

A fruta não deve ser usada como uma refeição mensal, mas sim como sobremesa das refeições principais ou integrando/complementando uma refeição. Inicialmente devem ser oferecidas moídas e preferencialmente crúas (para não perderem as vitaminas termolábeis), podendo a maçã, a pera e a banana ser as primeiras a ser introduzidas.

10 ★

A partir de que mês podemos adicionar carne e/ou peixe no creme de legumes para o bebé?

11 ★

Proteína animal (não láctea)

A proteína animal (não láctea) deve ser introduzida ao 6º mês, constituindo uma fonte importante de fornecimento de ferro hémico. Assim, a partir do 6º mês devem ser oferecidas ao lactante 30 g/dia de carne ou de peixe, peso considerado para o alimento cru e limpo de gordura, de forma a oferecer 4 vezes por semana carne e 3 vezes por semana peixe.

Tradicionalmente inicia-se a introdução com carnes de aves (frango, peru, frígola) ou de coelho, menos ricas em ferro do que as carnes de bovino, mas também com menor teor de gordura saturada.

A carne e o peixe podem ser inicialmente adicionados ao creme de legumes, agora ou depois de pão e a partir dos 7 meses adicionar ao arroz, macarrão ou cuscuz.

12 ★

Qual é o momento apto para a criança integrar os hábitos alimentares da família?

13 ★

Aos 12 meses

Apto para integrar os hábitos alimentares da família

Após um período em que a introdução de todos os alimentos foi ocorrendo de uma forma gradual, respeitando as características da criança e os hábitos da família, chegou a altura de se integrar na dieta familiar, reforçando ou implementando hábitos alimentares saudáveis. Assim, a primeira mensagem importante será continuar a apostar na variedade da oferta alimentar:

- **Frequência de refeições**
 - 3 refeições principais (pequeno almoço, almoço e jantar) + 2 a 3 refeições
- **O tamanho das porções importa**
 - Respeitar o apetite das crianças
 - Não se deve aceitar a repetição de doses

14 ★

Recomendações alimentares para crianças dos 1 aos 6 anos

15 ★

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Instituto em Colaboração Científica e de Saúde Pública

Unidade de Coimbra em Colaboração Científica e de Saúde Pública

Excecute Priscila Belita Ferreira Cardoso Vieira
Enfª coordenadora da UCC Coimbra Saúde

16 ★