



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**
Relatório de Estágio

**Capacitação dos Pares na Prevenção das Adições
Tecnológicas na Adolescência:
Uma Intervenção em Enfermagem Comunitária**

Paula Cristina Teles Neto



**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Capacitação dos Pares na Prevenção das Adições
Tecnológicas na Adolescência:
Uma Intervenção em Enfermagem Comunitária**

Paula Cristina Teles Neto

Orientador: Professora Ana Paula Fernandes das Neves

**Lisboa
2023**

DEPOIS DE TUDO

De tudo ficaram três coisas

A certeza de que estamos sempre a
começar...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que podemos ser
interrompidos antes de terminar.

Por isso devemos:

Fazer da interrupção um caminho novo...

Da queda, um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Paula Neves, pela sua disponibilidade, incentivo e acompanhamento ao longo deste percurso.

À Enfermeira Especialista Sandra Esteves, que mesmo em tempo de Pandemia e apesar de todos os constrangimentos existentes, conseguiu estar sempre disponível para me ajudar, num verdadeiro trabalho de equipa.

À coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade, e a toda a equipa, que me recebeu durante o estágio.

A toda a Equipa da Associação, que tudo fez para que eu me sentisse completamente integrada e que foram incansáveis durante o decorrer de todas as fases do projeto.

Aos meus colegas de serviço, em especial à Cláudia e à Ana pelo seu apoio e incentivo até ao último minuto.

À Fátima e à Sara que me continuaram a acompanhar e a incentivar, mesmo depois de já terem terminado o percurso que iniciámos juntas.

À Isabel que me ajudou incondicionalmente, mesmo estando a passar por um período difícil da sua vida.

À minha família, a quem eu acabei por não dar a disponibilidade que precisavam.

A todos e a cada um em particular, o meu **Muito Obrigado**

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EpS – Educação para a Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GPIUS – Uso Generalizado e Problemático da Internet

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MPS – Modelo de Promoção de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNRCAD – Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências

PNS – Plano Nacional de Saúde

RACS – Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SPA – Substâncias Psicoativas

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UPI – Uso Problemático da Internet

RESUMO

Introdução: A temática que deu origem a este projeto, Prevenção das Adições Tecnológicas na Adolescência através da Capacitação dos Pares: uma Intervenção de Enfermagem Comunitária, surgiu de questões colocadas no dia-a-dia da prática profissional, por jovens e pais, que começam a ter no aumento do acesso às tecnologias, um problema pessoal e familiar de difícil resolução e controle. Apesar, de não estar ainda muito documentado, no que concerne aos cuidados de enfermagem, este comportamento aditivo pode ter repercussões a todos os níveis, pelo que se torna essencial a intervenção do enfermeiro na sua abordagem, tendo em vista, os ganhos em saúde que se traduzem na diminuição da incidência das adições à tecnologia.

Objetivo: Contribuir para o processo de capacitação dos pares, na prevenção das adições tecnológicas na adolescência, com vista à adoção de comportamentos promotores de saúde

Metodologia: Foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde, proposta por Imperatori e Giraldes, (1993). Para realizar o diagnóstico da situação, foi utilizado um instrumento de recolha de dados, constituído por dois questionários e uma escala de avaliação. Tratou-se de uma amostra não probabilística. Como referencial teórico, o projeto foi suportado pelo Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e o Modelo de *Empowerment*. Como estratégias de intervenção, utilizaram-se a Educação para a Saúde, *Empowerment* e Comunicação em Saúde.

Resultados: Após análise dos dados, verificou-se que 96,7% dos adolescentes acedem à Internet todos os dias, 73,3% acede mais de seis vezes por dia e 59,9% passam mais de três horas na Internet. Segundo a escala GPIUS, 13,3 % dos adolescentes têm sintomas de UPI, o que justifica a intervenção delineada.

Conclusão: O tempo da intervenção comunitária não permitiu avaliar os ganhos em saúde, mas perante os resultados obtidos em que 88% dos adolescentes deram o seu contributo sobre o tema, 100% conseguiu identificar estratégias de resolução e 65% apresentou uma melhoria dos conhecimentos, pode concluir-se que os adolescentes fizeram uma avaliação positiva da intervenção, tendo contribuído,

assim, para a sua capacitação a nível de intervenções futuras. Foram adquiridas competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Palavras-chave: Adolescentes; Capacitação de Pares; Prevenção; Adições Tecnológicas;

ABSTRACT

Introduction: The theme that gave rise to this project, Prevention of Technological Addictions in Adolescence through Peer Training: a Community Nursing Intervention, emerged from questions posed in the day-to-day of professional practice, by young people and parents, who begin to have in the increased access to technologies, a personal and family problem that is difficult to resolve and control. Although not yet well documented, regarding nursing care, this addictive behavior can have repercussions at all levels, which makes it essential for nurses to intervene in their approach, bearing in mind the health gains that can be achieved translate into a decrease in the incidence of technology additions.

Objective: Contribute to the peer training process in the prevention of technological addictions in adolescence, with a view to adopting health-promoting behaviours.

Methodology: The Health Planning methodology proposed by Imperatori and Giraldes (1993) was used. To diagnose the situation, a data collection instrument was used, consisting of two questionnaires and an evaluation scale. This was a non-probabilistic sample. As a theoretical framework, the project was supported by Nola Pender's Health Promotion Model and the Empowerment Model. As intervention strategies, Health Education, Empowerment and Health Communication were used.

Results: After analyzing the data, it was found that 96.7% of adolescents access the Internet every day, 73.3% access it more than six times a day and 59.9% spend more than three hours on the Internet. According to the GPIUS scale, 13.3% of adolescents have PIU symptoms, which justifies the outlined intervention.

Conclusion: The time of the community intervention did not allow evaluating the health gains, but given the results obtained in which 88% of the adolescents gave their contribution on the subject, 100% were able to identify resolution strategies and 65% showed an improvement in their knowledge, it can be concluded It is clear that the adolescents made a positive assessment of the intervention, thus contributing to their training in terms of future interventions. Skills of Specialist Nurse in Community Nursing were acquired.

Keywords: Adolescents; Peer Training; Prevention; Technological Additions.

Índice

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. ADOLESCÊNCIA.....	19
1.2. PROCESSOS DE ADIÇÃO.....	21
1.2.1. <i>Adições tecnológicas</i>	22
1.3. CAPACITAÇÃO DE PARES.....	23
1.4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	24
2. REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1. MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER.....	26
2.2. MODELO DE <i>EMPOWERMENT</i>	27
3. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	29
3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	29
3.1.1. <i>Contexto do local de intervenção</i>	29
3.1.2. <i>População-alvo e amostra</i>	30
3.1.3. <i>Procedimentos éticos</i>	31
3.1.4. <i>Instrumento de colheita de dados</i>	31
3.1.5. <i>Apresentação dos resultados</i>	32
3.1.6. <i>Diagnósticos de situação de saúde</i>	40
3.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	42
3.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	43
3.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	45
3.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	47
3.6. AVALIAÇÃO.....	50
4. CONCLUSÃO	53
4.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO PROJETO.....	54
4.2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética

Anexo II – Autorização de uso da Escala GPIUS 2

Anexo III – Autorização do Coordenador da Associação

Anexo IV – Autorização do Coordenador da UCC

Anexo V – Autorização do Diretor do ACES

Anexo VI – Declaração da Orientadora Clínica

Anexo VII – Declaração da Orientadora Pedagógica

Anexo VIII – Escala GPIUS2

Anexo IX - Comprovativo de participação na Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia (RACS)

APÊNDICES

Apêndice I – Prisma da Scoping Review

Apêndice II – Tabela dos Artigos Selecionados na Scoping Review

Apêndice III – Diagrama do MPS de Nola Pender

Apêndice IV – Consentimento Informado

Apêndice V – Questionário Sociodemográfico

Apêndice VI – Questionário sobre Hábitos de Acesso à Internet

Apêndice VII – Resultados do Questionário Sociodemográfico

Apêndice VIII - Resultados do Questionário de Hábitos de Acesso à Internet

Apêndice IX – Resultados da Escala GPIUS 2

Apêndice X – Grelha de Análise

Apêndice XI – Contributos dos Adolescentes no Debate

Apêndice XII – Projeto de EpS

Apêndice XIII – Questionário de Avaliação de Conhecimentos Inicial e Final

Apêndice XIV – Cronograma

Apêndice XV – Questionário de Avaliação das Sessões

Apêndice XVI - Tabela de Avaliação de Resultados

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por idade e sexo.....	33
Gráfico 4 – Repetição de ano de escolaridade.....	33
Gráfico 5 – Repetição de ano, por idade e número de vezes.....	34
Gráfico 13 – Tecnologias utilizadas, por idade e sexo.....	35
Gráfico 14 – Locais de acesso à internet, por idade e sexo.....	36
Gráfico 15 – Frequência de uso da internet, por idade e sexo.....	36
Gráfico 16 – Nº de vezes que acedem à internet por dia, por idade e sexo.....	37
Gráfico 17 – Nº de horas que estão na internet por dia, por idade e sexo.....	37
Gráfico 19 - Ordem de interesse do que gostam de fazer na Internet.....	38
Gráfico 20 – Pontuações da Escala GPIUS2 no sexo feminino, por idade.....	39
Gráfico 21 – Pontuações da Escala GPIUS2 no sexo masculino, por idade.....	40

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Medidas legislativas e orientações programáticas sobre a saúde dos adolescentes.....	20
Quadro 2 – Estratégias e respectivas atividades do projeto de EpS.....	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Dimensões e itens da Escala GPIUS 2.....	39
Tabela 2 – Resultados da Definição de Prioridades.....	43

INTRODUÇÃO

Este Relatório foi elaborado para dar resposta à avaliação da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. O estágio que deu origem à sua elaboração, decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região de Lisboa, que dá resposta à população das freguesias A e B. O estágio decorreu sob a orientação clínica da Enfermeira Especialista Sandra Esteves e a orientação pedagógica da Professora Ana Paula Neves, entre novembro de 2020 e abril de 2021 e o projeto foi implementado numa Associação, localizada no distrito de Lisboa, um dos parceiros comunitários desta UCC.

A temática que deu origem a este projeto, Prevenção das Adições Tecnológicas na Adolescência através da Capacitação dos Pares: uma Intervenção de Enfermagem Comunitária, surgiu de questões colocadas no dia-a-dia da minha prática profissional, por jovens e pais, que começam a ter no aumento do acesso às tecnologias, um problema pessoal e familiar de difícil resolução e controle. Sendo um tema pouco explorado por mim, enquanto pessoa e profissional de saúde, acabei por pesquisar e perceber, que este é um problema muito real e com início numa idade muito precoce. Apesar, de não estar ainda muito documentado, no que concerne aos cuidados de enfermagem, este comportamento aditivo pode ter repercussões a todos os níveis, pelo que se torna essencial a intervenção do enfermeiro na sua abordagem, tendo em vista, os ganhos em saúde que se traduzem na diminuição da incidência das adições à tecnologia.

Este projeto teve como finalidade principal, a capacitação dos pares para a diminuição das adições tecnológicas nos adolescentes. Descreve o percurso efetuado durante o estágio realizado na Associação e em que o objetivo geral foi contribuir para o processo de capacitação dos pares, na prevenção das adições tecnológicas na adolescência, com vista à adoção de comportamentos promotores de saúde.

Porém, com este relatório pretende-se também descrever todas as atividades realizadas para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e das específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem

Comunitária e Saúde Pública (EEECSP) e em simultâneo o desenvolvimento de competências de segundo ciclo, de acordo com os Descritores de Dublin no sentido de obtenção de grau de Mestre.

A elaboração deste relatório seguiu a metodologia do Planeamento em Saúde segundo Imperatori e Giraldes (1993) e teve como referencial teórico o Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Nola Pender e o Modelo de *Empowerment*.

Este relatório foi redigido segundo a norma da *American Psychology Association* (APA), 7ª edição, segundo o acordo ortográfico e de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações Norma APA, 2020, adotado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O relatório está organizado em três partes essenciais. A primeira parte é composta pela introdução, o enquadramento teórico, a revisão da literatura efetuada segundo o modelo de *Joanna Briggs Institute* (JBI), em que foram considerados todos os tipos de estudo relacionados com a temática, e, ainda, o referencial teórico que tem por base. A segunda parte inclui a metodologia do processo de planeamento em saúde, com todas as suas etapas explicadas e delineadas e a terceira parte inclui a conclusão, as limitações do projeto, as sugestões do projeto para o futuro e uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências na área da especialização em Enfermagem, de especialização em Enfermagem Comunitária e de Mestre.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A problemática das adições tecnológicas tem-se vindo a acentuar, cada vez mais, nos nossos dias e na sociedade atual. A tecnologia impera em todo o lado e os jovens de hoje, convivem com ela desde o nascimento.

Torna-se um problema de enfermagem, a partir do momento em que, tanto os pais, na maioria das vezes, como os próprios jovens, em algumas situações, acabam por pedir ajuda, em contexto de consulta, para a sua resolução, pelo que se tornou prioritária a procura de respostas nesta área, a fim de poder responder às questões que me foram sendo colocadas, quase que diariamente.

Atualmente, estamos rodeados de tecnologia e desde muito cedo, as crianças começam a deparar-se com todo o tipo de telemóveis, *ipods*, computadores, comandos, *tablets*, *ipads*, etc.

Segundo Guan (2009), já em 2009 num inquérito realizado em 13 países, a adolescentes entre os 12 e os 14 anos, se verificou que a taxa de utilização de Internet se situava acima dos 70%, sendo de 100% no Reino Unido e que os *sites* mais utilizados por estes adolescentes eram as redes sociais e as aplicações de comunicação com mensagens instantâneas.

O que para os mais velhos, acaba por ser um problema, uma vez que se têm de habituar a trabalhar com algumas destas inovações, tendo, muitas vezes, de procurar ajuda para a resolução de algumas questões, as crianças já nascem neste mundo e parece que já sabem o que fazer com toda esta tecnologia.

Embora com o conhecimento teórico de tudo isto, uma vez que acabou por se tornar um problema importante na minha atividade profissional, não tinha a noção, de que, na prática, isto fosse tão real e tão generalizado.

Através da pesquisa bibliográfica efetuada, chega-se à conclusão de que é, cada vez, mais prioritária uma intervenção nesta área.

O Relatório Digital de 2019, produzido pela agência *We are Social* e pela plataforma *Hootsuite*, apresentou-nos números mundiais em relação ao consumo de internet, de redes sociais e dos telemóveis, que se consideraram reveladores da utilização destes dispositivos.

Dos dados mundiais retirados do Relatório Digital 2019, salientam-se:

- 5,11 Mil milhões de utilizadores de dispositivos móveis;
- 4,39 Mil milhões de utilizadores de internet (um aumento de 9%, em relação ao ano anterior, o que equivale a um aumento de 366 milhões de utilizadores);
- 3,48 Mil milhões de utilizadores de redes sociais;
- 3,26 Mil milhões de pessoas que usam as redes sociais nos dispositivos móveis (um aumento de 10%, em relação ao ano anterior, o que equivale a um aumento de 297 milhões de utilizadores). Segundo os dados deste relatório, de acordo com os 10 milhões de habitantes, residentes em Portugal, existem cerca de 15,8 milhões de subscrições móveis (16,07 no Relatório Digital 2021), cerca de 8 milhões de pessoas usam a internet (8,63 no Relatório Digital 2021), cerca de 6,7 milhões de pessoas têm redes sociais (8,5 no Relatório Digital 2021) e destas, 6 milhões usam as redes sociais através de um dispositivo móvel. Segundo este relatório, esta foi a utilização que teve um maior crescimento no último ano, cerca de 5,3%.

Fazendo a comparação entre o uso da televisão e do telemóvel, este relatório, diz-nos, que a era de a televisão ser líder, está prestes a terminar, pois embora mantenha 96% de utilização, os dispositivos móveis estão em segundo lugar, com cerca de 94%. Temos, ainda, dados que nos dizem que o computador tem 67% de utilização.

Em relação à utilização da internet, existem em Portugal cerca de 8 milhões de utilizadores (8,63 no Relatório Digital 2021) e destes, 7,13 utilizam o telemóvel para navegar. Ainda, de acordo, com estes números, 85% dos utilizadores vão à internet todos os dias, enquanto apenas 1% utiliza a internet apenas uma vez por mês. Os *sites* mais procurados são o *Google*, o *Facebook* e o *Youtube*, exatamente por esta ordem.

Neste relatório, dão o nome de *Social Media*, ao uso das redes sociais e, em relação a esta, temos cerca de 6,7 milhões de utilizadores ativos e destes, 74% colocaram algo nas suas redes sociais no último mês. Em média cada português, utilizador, tem cerca de 8,5 contas em redes sociais. Cerca de 21% utilizam as redes sociais profissionalmente.

O *Facebook*, é a rede social mais procurada, com cerca de 90% de utilização, a mesma percentagem que o *Youtube*. Das plataformas usadas para a comunicação, o *Facebook Messenger* é a mais utilizada com cerca de 73% de utilização, tendo o *WhatsApp* cerca de 61%.

Em relação ao uso do telemóvel, o relatório digital, diz-nos que o seu principal uso é para conversar, no entanto, este também é utilizado para visualização de vídeos, para jogar ou para navegar na internet.

Em relação ao *e-Commerce*, ou seja, compras ou pagamentos *online*, cerca de 35% dos utilizadores fazem compras e pagamentos *online*. Temos 85% dos utilizadores que pesquisam produtos ou serviços para comprar e destes 59% acabam por fazer compras *online*. Os dispositivos mais utilizados, nesta situação, são o computador com 44% e o telemóvel com 33%.

Em conclusão, segundo o Relatório Digital 2019, cada português passa, em média, 6h30 na internet (7h56m no Relatório Digital 2021) e, destas, 2h09 são passadas nas redes sociais (2h28m no Relatório Digital 2021).

Foi ainda efetuada, para uma melhor fundamentação deste relatório, uma revisão sistemática da literatura, seguindo a metodologia recomendada pelo JBI para protocolos de revisão *scoping* (*The Joanna Briggs Institute, 2015*) sobre o tema em questão, “Capacitação dos Pares na Prevenção das Adições Tecnológicas na Adolescência: Uma Intervenção em Enfermagem Comunitária”, nas bases de dados CINHAL, MEDLINE e PubMed, conforme o Prisma efetuado (Apêndice I).

Apesar de ter como limite temporal os últimos 10 anos, foram integrados neste relatório alguns trabalhos mais antigos face à sua relevância na área.

A revisão sistemática da literatura teve como questão de investigação: “Quais os benefícios obtidos pela capacitação dos pares na prevenção das adições tecnológicas, na adolescência, na comunidade?”, utilizando a mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC). Houve algumas limitações nesta pesquisa, nem todas as variáveis foram encontradas em conjunto, mas obtiveram-se dados pertinentes, essencialmente, sobre a problemática das adições tecnológicas na adolescência, conforme se pode verificar na tabela dos artigos selecionados na *Scoping Review* (Apêndice II).

A maioria destes estudos evidencia os aspetos negativos do uso da Internet e as suas consequências no desenvolvimento dos adolescentes. Os autores chamam a

atenção para o facto de não existirem comportamentos padronizados que possam dar origem a um diagnóstico fácil e a um tratamento adequado. Todos os estudos falam da importância da prevenção, não havendo, no entanto, nenhuma orientação e recomendação criada neste sentido, mas dão um importante relevo ao papel parental na criação de regras que possam minimizar o risco da dependência tecnológica e no acompanhamento dos adolescentes na descoberta do mundo das tecnologias, essencialmente chamando a atenção dos riscos que podem correr. Segundo Muller (2022), o uso habitual e intenso da Internet está relacionado com taxas elevadas de sintomas de internamento, de distorções cognitivas e dos transtornos relacionados com este uso, pelo que este acompanhamento parental pode ajudar na alfabetização do uso das tecnologias fortalecendo os hábitos de uso funcional e prevenindo os efeitos nocivos.

De todas estas pesquisas, surgiram alguns conceitos que se tornam necessários aprofundar, tal como abordarei de seguida.

1.1. Adolescência

A Organização Mundial da Saúde (OMS) engloba na população juvenil, todos os indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 24 anos. No entanto, faz também a distinção entre adolescentes e jovens, ou seja, considera os adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos e os jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos. (Plano Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010).

A OMS começou a estar mais atenta aos jovens desde meados dos anos 60. (Plano Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010). Em Portugal começa-se a abordar as questões específicas da saúde dos adolescentes nos finais dos anos 70, seguindo-se a criação de uma série de Leis, Portarias, Projetos, Núcleos e Programas para este grupo etário, como podemos ver pela leitura do Quadro 1.

Quadro 1 – Medidas legislativas e orientações programáticas sobre a saúde dos adolescentes

Políticas de Saúde	Medidas legislativas e orientações programáticas
Lei de Bases da Saúde Agosto 1990 (alínea a) do nº 1 da Base II.	Os adolescentes são um dos “grupos sujeitos a maiores riscos “e a necessidade de serem “tomadas medidas especiais”.
Programa-tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 1992 revisto 2002).	A vigilância planeada do crescimento e do desenvolvimento durante as duas primeiras décadas da vida.
Saúde dos Adolescentes - Princípios Orientadores (DGS, 1998).	Implementação de programas e projetos na área da promoção da saúde dos adolescentes.
A Estratégia da Saúde para 1998-2002, explicitada no documento “Saúde - Um compromisso”.	Concretização de objetivos com impacto positivo no público adolescente.
O Plano Nacional de Saúde de 2004.	Apona a criação de um Programa Nacional de Saúde dos Jovens.

(Adaptado do Programa Nacional de Saúde dos Jovens - PNSJ 2006-2010, 2006, p.7)

O tema deste trabalho enquadra-se nas medidas legislativas e orientações programáticas na adolescência mencionadas nestes documentos, tem em consideração as preocupações e a necessidade de se implementarem programas e projetos positivos na prevenção das adições tecnológicas, contribuindo para promover a saúde destes jovens e obter ganhos em saúde.

Para Durkee et al (2016), a adolescência é um período de transição caracterizado por consideráveis mudanças em todos os aspetos (físico, social e psicológico) e, para além de tudo isto, as relações com os pares, a família e a sociedade também sofrem mudanças muito distintas, neste período em que os adolescentes começam a afirmar a sua autonomia sobre as decisões, as emoções e os comportamentos.

Segundo os mesmos autores, os adolescentes desenvolvem as suas aptidões sociais no decorrer das suas interações psicossociais nos diferentes contextos de aprendizagem, pelo que, dada a extensa plataforma de promoção da cognição social e das competências interpessoais, a Internet revelou ser um novo e único canal de desenvolvimento psicossocial entre os adolescentes.

1.2. Processos de Adição

“Os comportamentos aditivos, entendidos como “processos de adição”, são comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas” (Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências - PNRCAD 2013-2020, 2013, p.10). O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) identifica, ainda, que as adições com substância mais frequentes entre os jovens são o consumo de Substâncias Psicoativas (SPA), como o álcool, o tabaco e a canábis e identifica nas adições sem substância, o jogo, a internet, o sexo e as compras.

Os processos de adição aparecem quando os jovens têm um comportamento que começa por lhes dar prazer, mas que os vai, progressivamente, afastando do seu quotidiano. Com a continuação sistemática, destes processos, começa a haver uma perda de controlo, o que acaba por destabilizar todo o processo de vida, quer a nível familiar, quer a nível social e laboral (se existir), acabando por levar à existência de uma dependência. “Por dependência entende-se um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se, por exemplo, após o uso repetido da substância” (PNRCAD 2013-2020, 2013, p. 10).

As adições com substância e as adições sem substância são, igualmente, nefastas, pois sempre que não há a repetição destes comportamentos, surgem os sintomas de abstinência, onde se podem incluir a irritabilidade, a ansiedade, a agitação, entre outros. Geralmente quem está nesta situação não se apercebe que o seu comportamento está desajustado e fora de controlo, causando problemas ao próprio e aos que se inserem no meio que o rodeia.

Embora a Internet tenha muitas vantagens inerentes, diversos estudos têm demonstrado que o uso frequente e prolongado das aplicações *online*, acabam por prejudicar as interações e as relações sociais convencionais (DurKee et al, 2016). Para estes autores, existem evidências de que o tempo acumulado *online* diminui o tempo que deveria ser utilizado em todas as vertentes que são primordiais para o bom desenvolvimento dos adolescentes, como é o caso da interação presencial com a família e os amigos, da participação em atividades extracurriculares, dos trabalhos escolares, dos hábitos alimentares adequados, da atividade física e do sono.

Referem, ainda que à medida que os adolescentes passam mais tempo *online*, existe o risco de este uso se tornar excessivo ou mesmo patológico.

1.2.1. Adições tecnológicas

As adições tecnológicas, são adições sem substância e, como o próprio nome indica, são caracterizadas por uma perturbação psicológica e comportamental, com um carácter impulsivo-compulsivo, que faz com que os indivíduos se envolvam de forma contínua e cada vez mais frequente, independentemente das consequências negativas que possam ter para o seu total bem-estar.

De acordo com o estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências (ECATD/CAD (2019) dirigido aos alunos do ensino público entre os 13 e os 18 anos, citado no Plano Nacional de Saúde 2021-2030 é-nos revelado que "...relativamente a outras dependências, 32,1 % dos inquiridos declararam ter acedido a redes sociais e 11,4 % ter jogado jogos eletrónicos durante quatro horas ou mais, num dia de escola. Em relação a jogos a dinheiro, 12,9 % dos alunos admitiram tê-lo feito no último ano (8,5 % em 2015) " (Direção-Geral da Saúde, p.104).

Segundo Durkee et al (2016), o aparecimento de comportamentos de risco ocorre, frequentemente, durante a adolescência com uma maior probabilidade de continuação na idade adulta. Para estes autores, existem níveis distintos de gravidade que vão desde os comportamentos de baixo risco (maus hábitos de sono, má nutrição e inatividade física) até aos comportamentos de alto risco (consumo excessivo de álcool, consumo de tabaco e consumo ilícito de drogas), são mais frequentes no sexo masculino e a sua frequência tende a aumentar com a idade, embora o seu aparecimento possa acontecer em adolescentes mais jovens. Estes autores referem ainda que as populações com múltiplos comportamentos de risco têm um maior aparecimento de doenças crónicas, distúrbios psiquiátricos, comportamentos suicidas e morte prematura, pelo que se torna primordial compreender a implicação do Uso Problemático da Internet (UPI) nos adolescentes.

Ainda para estes autores e segundo o Modelo teórico de Griffiths, existem seis sintomas fundamentais exibidos nas adições que também são aplicados nas adições

tecnológicas que são a saliência (preocupação excessiva com a atividade *online*), as alterações de humor (usar a Internet para escapar ou aliviar o *stress*), a tolerância (necessidade de permanecer *online* por mais tempo), a retirada (depressão e irritabilidade quando estão *offline*), os conflitos (interpessoais e intrapsíquicos) e a recaída (tentativas falhadas de descontinuar o uso da Internet). Estes são os componentes fundamentais para avaliar o nível do UPI.

1.3. Capacitação de Pares

De alguns anos a esta parte, são já disponibilizados diversos programas de educação para a promoção da saúde mental dos adolescentes e prevenção destes problemas, mas a capacitação é o fator primordial que pode aumentar a sua motivação para participar e adquirir a capacidade de mudar as suas vidas, pelo que foi definida como um processo de aquisição e aumento do poder, baseado na confiança do poder de um indivíduo (Joo et Park, 2010).

No período da adolescência existe uma forte tendência de distanciamento do adolescente em relação à família e uma aproximação e vinculação com aqueles que mais se identifica, daí a criação de laços de lealdade e intimidade com os seus pares. É também nesta fase da vida que se intensificam as relações com os grupos de amigos e que aumenta a potencial influência dos pares na qualidade das soluções dadas aos problemas sociais, dos valores e das regras sócio-morais em fase de reestruturação (Dias, Matos, & Gonçalves, 2007).

A capacitação dos pares, torna-se muito importante neste contexto, e nesta fase do ciclo de vida. Encontra-se provado e demonstrado, na maioria dos estudos, que a passagem da mensagem se torna muito mais eficaz, quando é transmitida por pessoas com a mesma idade e as mesmas vivências.

A estratégia de educação por pares tem sido um processo considerado muito útil na Promoção da Saúde, pois a partilha de certas características (sociais, culturais e demográficas), favorece a aproximação e a identificação entre pares e é uma ajuda facilitadora no processo educativo e de transformação (Pinheiro, 2018).

A educação por pares consiste numa troca facilitada de saberes entre pessoas ou grupos que têm as mesmas características e que partilham vivências semelhantes, pelo que é um processo importante pelo qual os adolescentes desenvolvem conhecimentos e habilidades facilitadoras que podem replicar junto a outros adolescentes com um elevado nível de aceitação.

Podemos perceber que a educação entre pares não se trata apenas de termos uma maior facilidade de comunicação, mas também de uma maior troca de experiências entre os adolescentes, pelo que esta estratégia visa romper com as abordagens tradicionais, principalmente no que se refere às vulnerabilidades juvenis (Paiva, 2002).

Surge, então, a necessidade de termos um diagnóstico de situação, com a finalidade de podermos capacitar os pares, consoante as lacunas de informação encontradas, para depois serem estes adolescentes (pares), já capacitados, a transmitirem a informação a outros adolescentes. Pode haver, ainda a necessidade de encontrar, entre os pares, os elementos que reúnam mais consenso e capacidade, para esta replicação da informação.

1.4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

Como enfermeira dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), tenho um papel primordial, na promoção de saúde dos indivíduos e da comunidade onde estes estão inseridos. Em relação aos jovens, as principais intervenções estão dirigidas para aumentar/potenciar as suas capacidades e os seus recursos, não descurando nunca a família, como parte do seu suporte.

Para se conseguir fazer uma abordagem de excelência a este nível, temos de ter sempre em conta, os determinantes sociais de saúde (DSS). Os DSS incluem todas as condições individuais e de saúde dos indivíduos, tais como: onde nascem, o meio em que crescem, o meio onde vivem, e mais tarde, onde trabalham e envelhecem. Estes DSS são influenciados pelas decisões políticas e pela distribuição da riqueza, do poder e dos recursos existentes, pelo que acabam por ser, também, os responsáveis pelas desigualdades existentes na saúde das populações (OMS, 2011).

Cabe, então, aos profissionais de saúde estar atentos a estas desigualdades, que são um problema de Saúde Pública e capacitar os indivíduos, a fim de que estes façam um uso adequado dos recursos de saúde existentes.

“Os Cuidados Especializados em enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são os que têm por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.4).

A elaboração deste projeto deixou-me mais desperta para a importância da enfermagem comunitária, pois fez com que conseguisse desenvolver aptidões no âmbito da pesquisa científica, o que verifiquei ser uma base essencial e prioritária no desenvolvimento de um projeto, bem como ter um conhecimento mais aprofundado de todas as etapas do planeamento em saúde. Este conhecimento torna-se muito importante para se conseguir elaborar uma investigação em enfermagem e o desenvolvimento de projetos, de acordo com a necessidade da população e baseados na evidência.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Sendo os Modelos de Promoção de Saúde, uma base sólida para gerir a informação e a capacitação do utente/família, são fundamentais para estimular a sua participação mais ativa no seu processo de cuidados de saúde.

Tendo um conhecimento geral, pelo que foi apreendido neste Mestrado, dos modelos existentes, para dar resposta às necessidades sentidas, nas diversas situações que nos são colocadas e às quais temos de dar resposta, decidi optar por dois dos modelos de promoção de saúde, com os quais mais me identifiquei e que penso terem dado a melhor resposta, na Intervenção de Enfermagem Comunitária a que me propus. Foram utilizados o Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Nola Pender (Pender et al., 2015) e o Modelo de *Empowerment*.

2.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

Este modelo assenta nos cuidados centrados na pessoa/família, tendo por base uma avaliação da motivação para a mudança, as características da pessoa, as suas experiências (comportamentos anteriores, comportamentos a mudar e os seus fatores pessoais – biológicos, psicológicos e socioculturais), o conhecimento sobre o tema e os sentimentos a ele ligados, o conhecimento do comportamento que se quer atingir (barreiras e benefícios associados ao comportamento promotor de saúde, autoeficácia, influências interpessoais e situacionais) e qual o resultado do comportamento de promoção de saúde desejável, ou seja, o compromisso com o plano de ação (intervenções de enfermagem pretendidas, de acordo com as exigências e preferências imediatas para a mudança), entre outros (Pender et al., 2015).

De acordo com esta descrição do MPS de Nola Pender, conseguimos perceber a sua importância como suporte deste projeto. Tivemos em conta a motivação para a mudança, as características dos adolescentes, as suas experiências como os comportamentos anteriores e os comportamentos a mudar, tendo em consideração os seus fatores pessoais, o seu conhecimento sobre o tema, bem como as suas

percepções e sentimentos. Foram os próprios adolescentes que referiram o comportamento que se quer atingir, tendo construído em conjunto, com os seus contributos um projeto de EpS para atingir este fim, fomentando assim o seu compromisso com o plano de ação implementado. Esta descrição encontra-se mais pormenorizada na adaptação feita do Diagrama do MPS de Nola Pender (Apêndice III).

Este modelo permite analisar os fatores que contribuem para a mudança de comportamentos de risco para comportamentos promotores de saúde, mediante a aquisição de conhecimentos, através da capacitação, tendo em conta a influência do meio.

O MPS assenta em quatro conceitos paradigmáticos, saúde, ambiente, pessoa e enfermagem. Para, Victor, Lopes e Ximenes, 2005, o conceito de saúde é percecionado do ponto de vista individual, familiar e comunitário, visando o bem-estar e a capacitação, ao longo do ciclo de vida, tendo em conta os fatores, biológicos e socioculturais; o conceito de ambiente que é o resultado das relações entre a pessoa e o acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos, de modo a poder proporcionar um ambiente promotor de saúde; o conceito de pessoa, como centro do modelo, responsável pela sua própria saúde, capaz de tomar decisões, com base na capacidade de mudança para comportamentos promotores de saúde e a enfermagem, tendo o enfermeiro como consultor, aquele que faculta a informação adequada de modo a que as pessoas possam atuar, de forma consciente, acerca dos comportamentos e estilos de vida que pretendem adotar, fazendo-o, assim, de acordo com os conhecimentos adquiridos.

No decorrer do estágio, é relevante a falta de conhecimento relativo às adições tecnológicas, pelo que foi este o comportamento que se pretendeu alterar.

2.2. Modelo de *Empowerment*

Este Modelo é um processo, através do qual, as pessoas e as comunidades adquirem um controlo, cada vez maior, sobre as decisões que afetam a sua saúde. Tem, por base, uma comunicação participativa e bidirecional.

Este modelo promove a informação e capacitação, estimula a autorresponsabilidade, dá a capacidade para alterar o que está feito, assenta na confiança na equipa e na formação contínua, ajudando o utente/família a participar no seu processo de cuidados e na tomada de decisão. São estratégias potenciadoras de *empowerment*, a educação para a saúde, a capacitação e a parceria nos cuidados, entre outras, pois o utente deve ter o conhecimento adquirido para poder escolher os comportamentos que podem afetar a sua saúde e estilos de vida saudáveis da família, grupos e comunidades. Com o Modelo do *Empowerment*, o utente vai desenvolver competências pessoais, sociais e políticas para poder negociar e mobilizar os recursos ao seu dispor, influenciando o ambiente físico, social e cultural.

O “*Empowerment* é um processo pelo qual os indivíduos ganham domínio sobre as suas vidas. O objetivo do *empowerment* em saúde é permitir que os clientes realizem ações proativas para promover a sua saúde” (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015, p. 244).

Para os adolescentes inseridos em comunidades de risco (violência, discriminação, saúde), a Internet pode criar oportunidades de procura de apoio social e de apoio ao estudo (Middaugh et al, 2017). Para estes autores, através do Modelo de *Empowerment*, podemos capacitar os adolescentes na exploração das tecnologias digitais, evidenciando esforços na prevenção dos riscos, pois estes necessitam de aprender a gerir, em vez de simplesmente evitar, os riscos inerentes à vida *online*.

Segundo Ranney et al (2021) o *empowerment* dos adolescentes deve ter o seu foco nas intervenções preventivas dos riscos de utilização da Internet.

Nesta fase da adolescência, os jogos na Internet têm os aspetos positivos de se familiarizarem com a civilização tecnológica, como os computadores, e fomentar a diversão, o interesse e um espírito de desafio, mas o seu uso excessivo, ou a imersão viciante pode levar a sintomas físicos, conflitos familiares, desajustes interpessoais, dificuldades na vida escolar normal, más notas, problemas de delinquência, prossecução de necessidades irrealistas e falta de controlo de impulsos, daí que um dos efeitos dos programas de educação e *empowerment* é a prevenção do UPI (Joo et Park, 2010). Segundo os mesmos autores, o *empowerment* começa com o desenvolvimento pessoal, como a autoestima e as mudanças na perceção das suas próprias capacidades, requerendo este modelo um aumento das dinâmicas de pares, que se tornam mais eficazes do que as ações isoladas.

3. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

3.1. Diagnóstico da Situação de Saúde

Esta é a primeira etapa da metodologia de planeamento em saúde, segundo Imperatori e Giraldes (1993) e deve corresponder às necessidades de saúde da população.

Não é possível formular uma estratégia de intervenção adequada, sem efetuar previamente uma boa colheita de informação. Esta primeira etapa permite determinar, com precisão, os problemas a resolver, os recursos disponíveis e os fatores determinantes do contexto, sendo ainda decisivo para a avaliação.

Nunes (2016) considera existirem oito etapas no decurso do planeamento, da etapa indutora à etapa de avaliação. Na etapa do diagnóstico da situação é importante conhecer o estado de saúde das populações, os determinantes, as necessidades, mas também os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis, a utilizar na execução das tarefas que o planeamento proponha.

3.1.1. Contexto do local de intervenção

O estágio decorreu numa UCC pertencente a um ACeS da região de Lisboa, que tem como missão: “Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de A e B, visando a obtenção de ganhos em saúde. Na prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, assim como intervir, na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.” (Manual de Acolhimento da UCC)

A área geográfica de influência da UCC, são as freguesias A e B, com 36985 e 19140 habitantes, respetivamente, segundo o Censos de 2011.

A UCC, conta com um grande número de parceiros comunitários, sendo o local de implementação do projeto, um desses parceiros, uma Associação, escolhida por

ter um número elevado de jovens e por, ainda não ser um parceiro muito conhecido e trabalhado, podendo, assim, abrir mais uma porta a futuras intervenções conjuntas.

A Associação, foi criada a 29 de novembro de 2007 e é uma associação privada, de solidariedade social sem fins lucrativos, que utiliza o desporto, em particular, a modalidade de Futebol de Rua, como uma estratégia de inovação social, através de uma intervenção cultural, social e pedagógica, tendo como objetivos a promoção da mudança social, o desenvolvimento humano e a inclusão social. Esta Associação promove o Futebol de Rua, como uma estratégia criativa, na promoção de estilos de vida saudáveis e atua na resolução de problemas sociais como a pobreza, a exclusão e a discriminação.

A Associação funciona com os apoios dados para a implementação dos vários projetos que são elaborados e apresentados pelos coordenadores e colaboradores que nela trabalham.

A Equipa da Associação é composta por dois coordenadores, por uma gestora executiva e de consultadoria aos projetos e por três técnicos de intervenção comunitária/sócio desportiva. Para além destes seis profissionais com carácter mais permanente, a Equipa conta, ainda, com dois monitores e alguns voluntários, que se tornam essenciais para a realização de todas as Atividades que são disponibilizadas aos jovens e às suas famílias.

3.1.2. População-alvo e amostra

Definiu-se como população do estudo, todos os adolescentes dos 10 aos 19 anos de idade, frequentadores da Associação e que aceitaram participar no estudo. Tratou-se de uma amostra não probabilística, por conveniência de 30 adolescentes.

Como critérios de inclusão, tivemos os adolescentes, que frequentam a Associação, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, que aceitaram participar no estudo, após a explicação dos objetivos do mesmo e o fornecimento e assinatura do consentimento informado. Este foi assinado pelos adolescentes e, também, pelos pais no caso dos menores de idade.

Como critérios de exclusão, tivemos todos os frequentadores da Associação, com idades inferiores a 10 anos e superiores a 19 anos.

3.1.3. Procedimentos éticos

Este estudo teve apenas finalidades acadêmicas, tendo sido salvaguardados a proteção dos direitos e liberdade dos participantes que estiveram dispostos a colaborar não podendo ser utilizado para outros fins.

Foi pedido o consentimento informado garantindo, sempre, o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos e informaram-se os participantes, que podiam recusar ou interromper o estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Estes dados serão destruídos, após ter sido feita a sua análise e interpretação e aguardado o tempo necessário para poderem ser consultados, após a publicação do estudo.

O estudo terá como benefício, a prevenção das adições tecnológicas, através da capacitação dos pares, não trazendo nenhum risco ou dano para os participantes.

A resposta do parecer, enviado para a Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (Anexo I), inclui a declaração de consentimento informado, livre e esclarecido. (Apêndice IV)

O presente estudo, não teve qualquer compensação ou custo para os participantes. Os custos existentes, foram assumidos pelo investigador.

Relativamente ao instrumento de colheita de dados, Escala de Uso Generalizado Problemático da Internet 2 (GPIUS2), foi pedida a autorização do autor da tradução e adaptação da mesma (Anexo II)

Foram, também, pedidas as autorizações para a realização deste projeto ao Coordenador da Associação (Anexo III), ao Coordenador da UCC (Anexo IV), ao Diretor do ACeS (Anexo V) e as declarações da Orientadora Clínica (Anexo VI) e da Orientadora Pedagógica (Anexo VII).

3.1.4. Instrumento de colheita de dados

Foram utilizados vários instrumentos de colheita de dados, que permitiram fazer um diagnóstico da situação da população escolhida, tendo como finalidade o planeamento das intervenções, conforme o delineado no planeamento em saúde. Tratou-se de uma amostra não probabilística, a quem foram aplicados, durante o período de duas semanas, os seguintes instrumentos de colheita de dados:

- Questionário sociodemográfico, com doze questões (Apêndice V);

- Questionário sobre hábitos de Acesso à Internet, com 6 questões (Apêndice VI);

- Escala de GPIUS 2 – trata-se de uma escala que avalia os comportamentos, as cognições e os *outcomes* do Uso Problemático da Internet (UPI) (Anexo VIII).

O Questionário Sociodemográfico e o Questionário de Acesso e Uso da Internet foram elaborados pela investigadora, pelo que tiveram de ser alvo de um pré-teste. Este foi efetuado a 12 jovens, e desta aplicação surgiram algumas alterações. No primeiro questionário foi acrescentado, nas perguntas 7 e 12, que poderiam assinalar mais do que uma opção, por se ter verificado no pré-teste esta questão. No segundo questionário foi alterada a resposta da pergunta 4, tendo-se acrescentado mais 3 intervalos de tempo (devido ao número elevado de horas assinalado pelos adolescentes) e retirado a pergunta aberta, por se considerar mais fácil o tratamento dos dados. Neste questionário foi também alterada a pergunta 5, tendo-se acrescentado as hipóteses *Tik Tok* e fazer publicações de vídeos, pois eram também respostas muito frequentes, dadas pelos adolescentes.

Os adolescentes foram convidados a participar, tendo a total liberdade para aceitar ou não a sua participação no estudo. Tendo a sua aceitação, foi dado um Consentimento Informado, para assinarem, eles e os pais, no caso de serem menores.

Os dados pessoais foram recolhidos para a finalidade determinada, explícita e legítima, cumprindo o princípio da confidencialidade. Foi atribuído um código aos questionários.

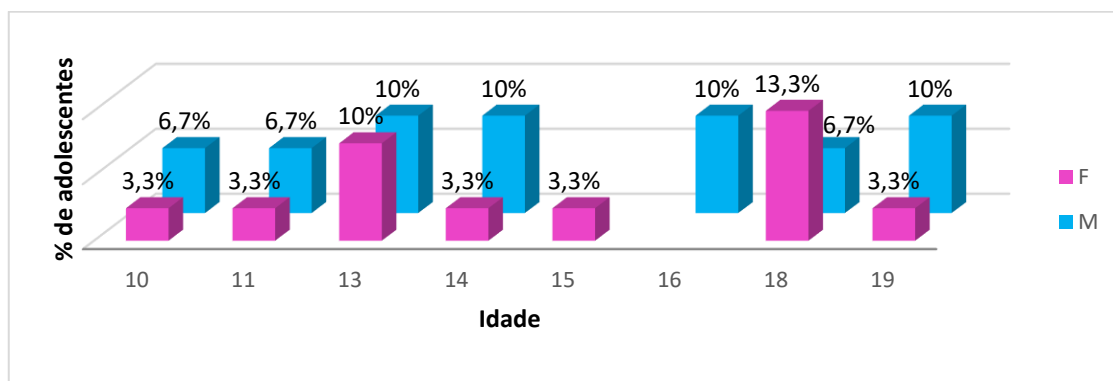
Os dados foram tratados de forma a garantir a sua segurança, arquivados no computador pessoal do investigador, com acesso condicionado por *password* pessoal, sendo ele o responsável pelo tratamento dos mesmos.

3.1.5. Apresentação dos resultados

Depois de recolhidos os questionários, aplicados a 30 adolescentes que correspondem à amostra estudada, foi feita uma análise estatística no programa Microsoft Excel.

Pela análise dos resultados do questionário sociodemográfico, tivemos 53,3% de adolescentes respondentes entre os 10 e os 14 anos e 46,7% entre os 15 e os 19 anos, sendo a maioria do sexo masculino (60%), conforme apresentado no gráfico 1.

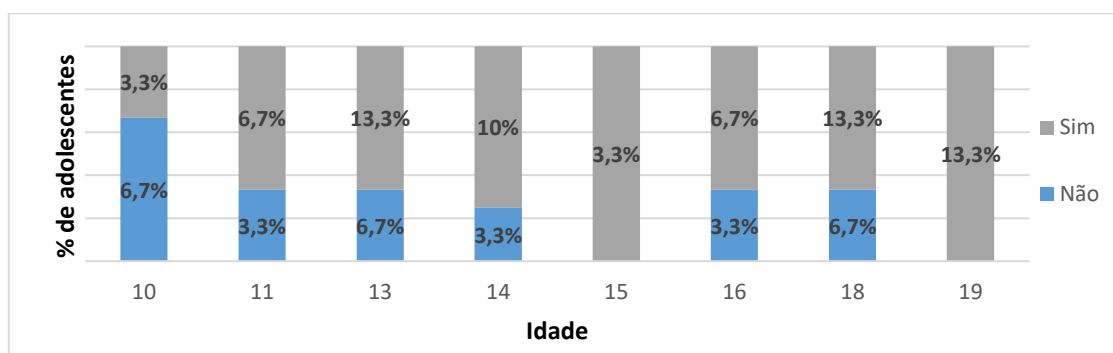
Gráfico 1 – Distribuição da amostra por idade e sexo



A nível do IMC, 33% do sexo masculino e 41% do sexo feminino não se encontravam dentro dos parâmetros considerados normais para a idade. (Apêndice VII – Gráfico 2)

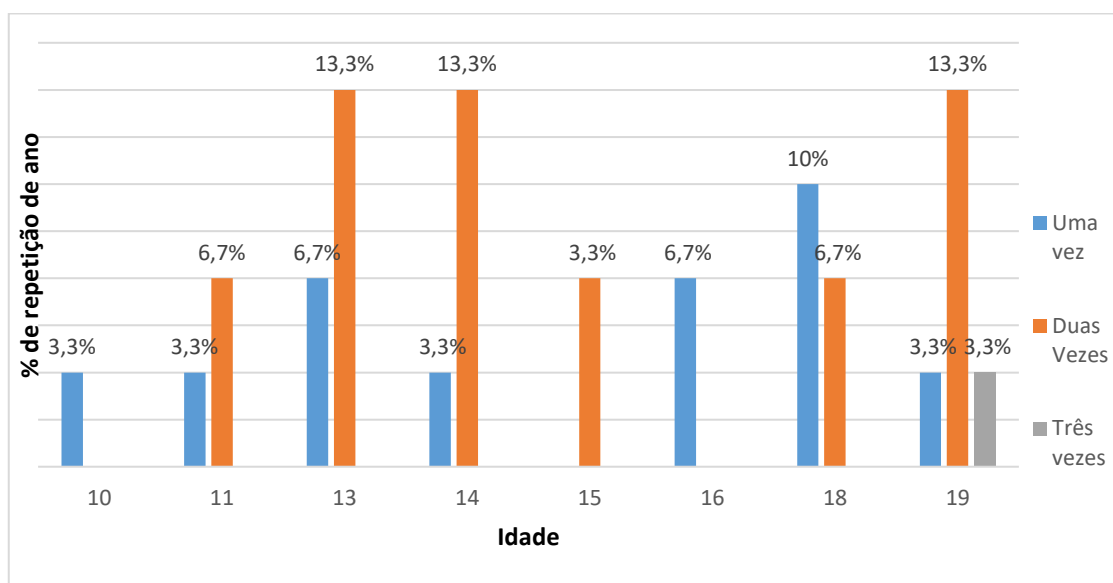
Os adolescentes estavam divididos por vários anos de escolaridade (Apêndice VII – Gráfico 3), sendo de salientar que apenas 30% não repetiram nenhum ano, conforme se pode verificar no Gráfico 4.

Gráfico 4 – Repetição de ano de escolaridade



Dos adolescentes que repetiram o ano, 52,4% fizeram-no uma vez, 42,8% fizeram-no duas vezes e 4,8% fizeram-no três vezes, conforme se observa no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Repetição de ano por idade e número de vezes



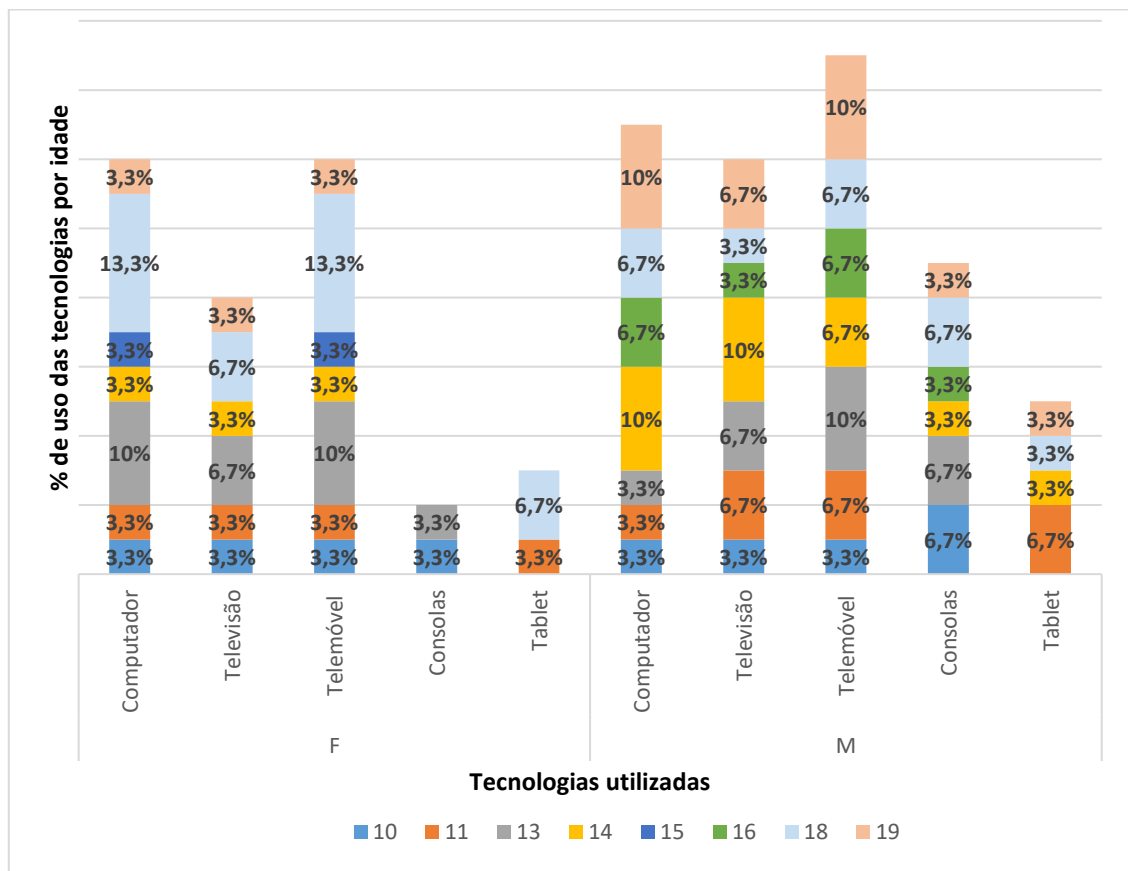
Da totalidade dos adolescentes, apenas 43,3% vivem com uma família nuclear de pai e mãe (Apêndice VII – Gráfico 6), enquanto os outros 56,7% vivem com famílias alargadas de pai ou mãe, irmãos, avós e tios (Apêndice VII – Gráfico 7), 100% dos adolescentes têm irmãos, embora alguns não saibam o número de irmãos que têm, nem as idades.

Em relação à prática desportiva fora da disciplina de Educação Física, apenas 6,7% não o faz, o que não é de surpreender dada a instituição onde o questionário foi aplicado (Apêndice VII – Gráficos 8), mas 39,3% pratica outro desporto, que não o Futebol de Rua (Apêndice VII – Gráfico 9). De salientar, também o número de horas que estes adolescentes despendem com o desporto (Apêndice VII – Gráfico 10).

Em relação a fazerem uma alimentação saudável, 70% respondeu que o fazia, mas deste total apenas 28,6% não tem hábitos de alimentação nocivos, como ingestão de refrigerantes, *snacks* salgados, doces ou bebidas alcoólicas (Apêndice VII – Gráficos 11 e 12), ou seja, 41,4% dos adolescentes desconhecem o que é uma alimentação saudável.

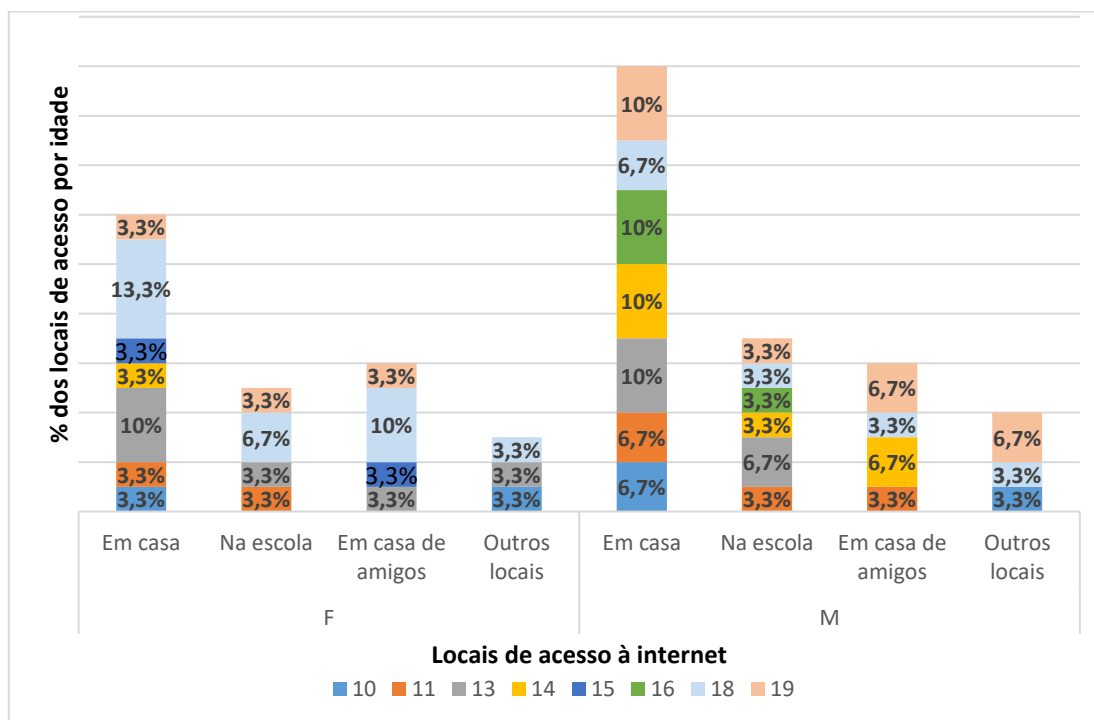
Das tecnologias que costumam utilizar habitualmente, em primeiro lugar destaca-se o telemóvel com 90%, seguido do computador com 83,3% em ambos os sexos, havendo depois uma ligeira diferença no uso das consolas que é mais predominante no sexo masculino (30%) do que no feminino (6,7%), conforme se pode ver pela análise do gráfico 13.

Gráfico 13 – Tecnologias utilizadas por idade e sexo



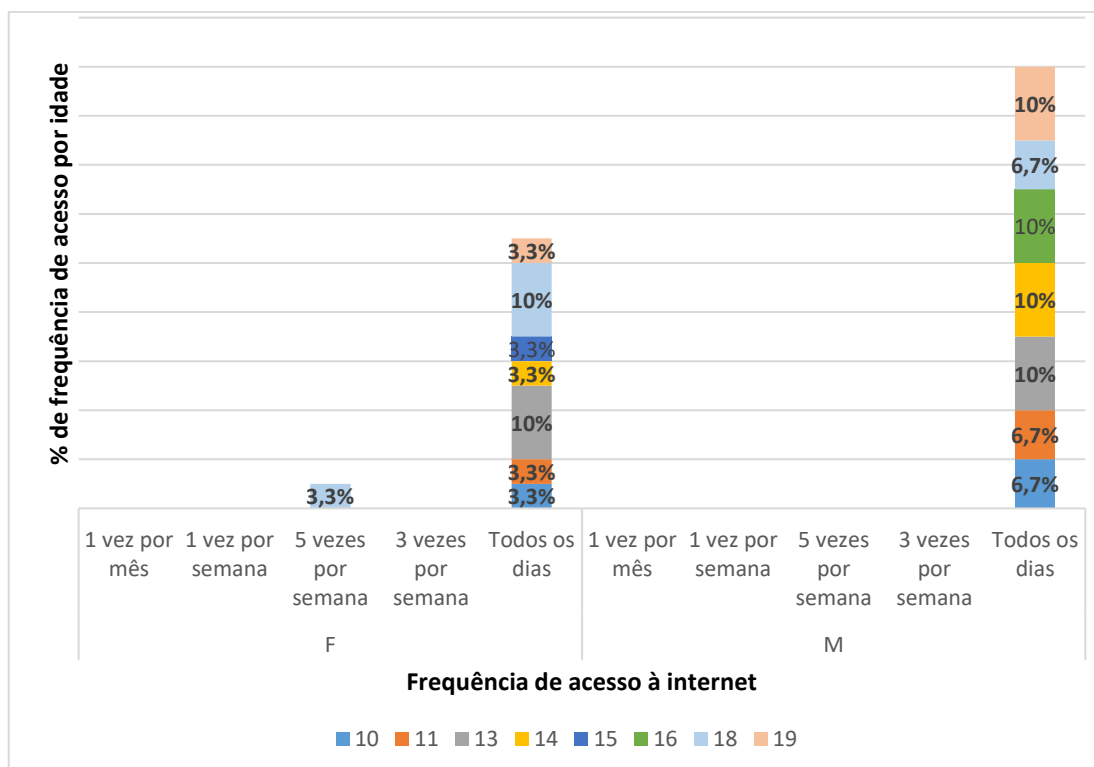
Em relação ao questionário dos hábitos de acesso à Internet, 100% dos adolescentes acede à Internet, destes, 100% acede em casa, 40% acede em casa de amigos e na escola e apenas 23,3% acede à internet noutros locais, conforme se pode verificar no gráfico 14.

Gráfico 14 – Locais de acesso à internet por idade e sexo



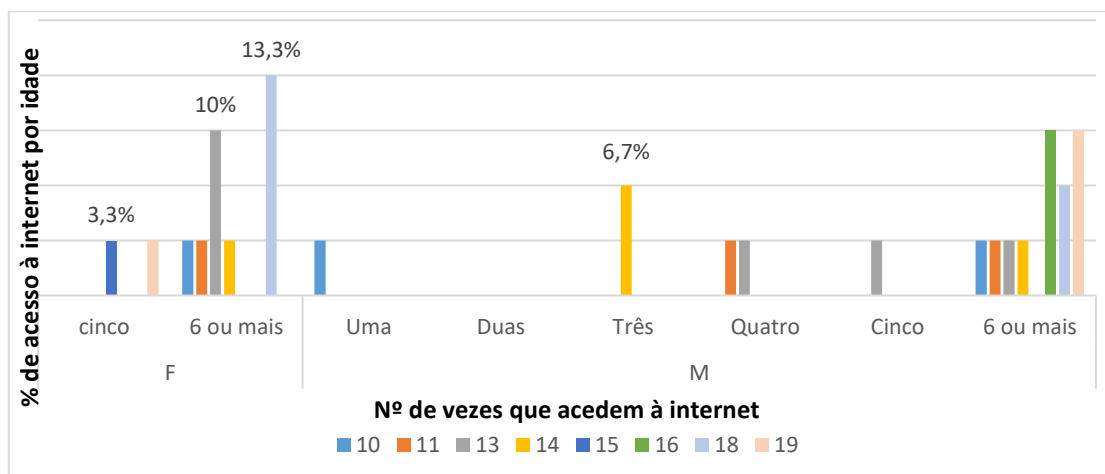
Em relação à frequência do uso de internet, 96,7% acede todos os dias e 3,3% acede 5 dias por semana, conforme se pode observar no gráfico 15.

Gráfico 15 – Frequência de uso da internet por idade e sexo



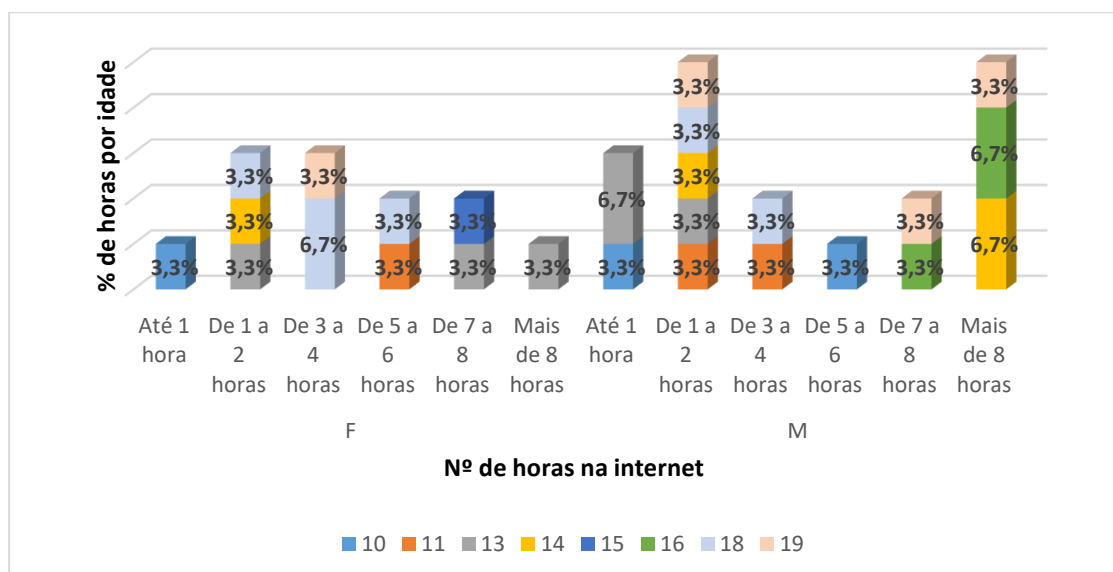
Quanto ao número de vezes que os adolescentes acedem à internet, 73,3% acede 6 ou mais vezes por dia e 10% acede cinco vezes por dia, conforme apresentado no gráfico 16.

Gráfico 16 – Número de vezes que acedem à internet por dia, por idade e sexo



Quanto ao número de horas que os adolescentes passam na internet, 20% passam 8 ou mais horas, 13,3% passam entre 7 a 8 horas, 10% passam de 5 a 6 horas e 16,7% passam de 3 a 4 horas e apenas 40,1% passam menos de 3 horas na Internet, conforme se demonstra no gráfico 17.

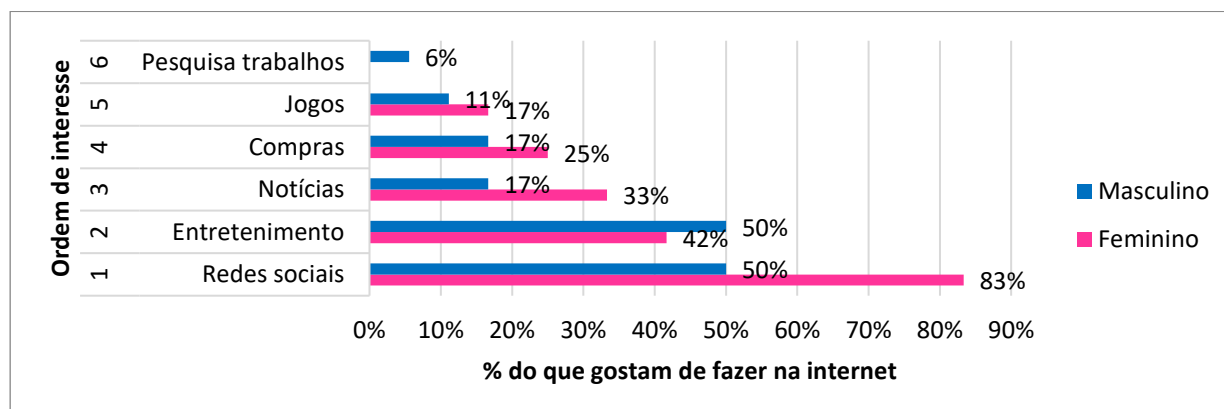
Gráfico 17 – Número de horas que estão na internet por dia, por idade e sexo



Relativamente ao que costumam fazer na Internet, não há muita diferença entre os sexos. No sexo feminino, em primeiro lugar aparecem o aceder às redes sociais e o assistir a vídeos e ouvir música com 83,3% cada, enquanto no sexo masculino a primazia é para o assistir a vídeos e ouvir música com 77,8%. Em segundo lugar, no sexo feminino ficam o conversar com outras pessoas, fazer pesquisa para trabalhos e assistir ao TikTok com 58,3%, enquanto no sexo masculino ficam o aceder às redes sociais e conversar com outras pessoas com 66,7% (Apêndice VIII – gráfico 18).

Relativamente à pergunta feita aos adolescentes do que lhes interessava mais na Internet e o lugar em que o colocavam, do primeiro ao quinto lugar, alguns deles acabaram por não fazer a priorização total, mas é notório colocam em primeiro lugar as redes sociais e em segundo lugar o entretenimento, em ambos os sexos, conforme podemos ver no gráfico 19.

Gráfico 19 - Ordem de interesse do que gostam de fazer na Internet



O questionário GPIUS2, é uma escala da autoria de Caplan, (2010), traduzida e adaptada por Patrão e colaboradores, (2015), que avalia os comportamentos, as cognições e os *outcomes* do Uso Problemático da Internet (UPI). Esta escala é constituída por 15 itens de autopreenchimento, com uma pontuação de 1=Discordo Totalmente a 7=Concordo Totalmente, numa escala tipo Likert. Estes itens estão divididos em 5 dimensões, cada uma delas com 3 itens, conforme apresentado na Tabela 1.

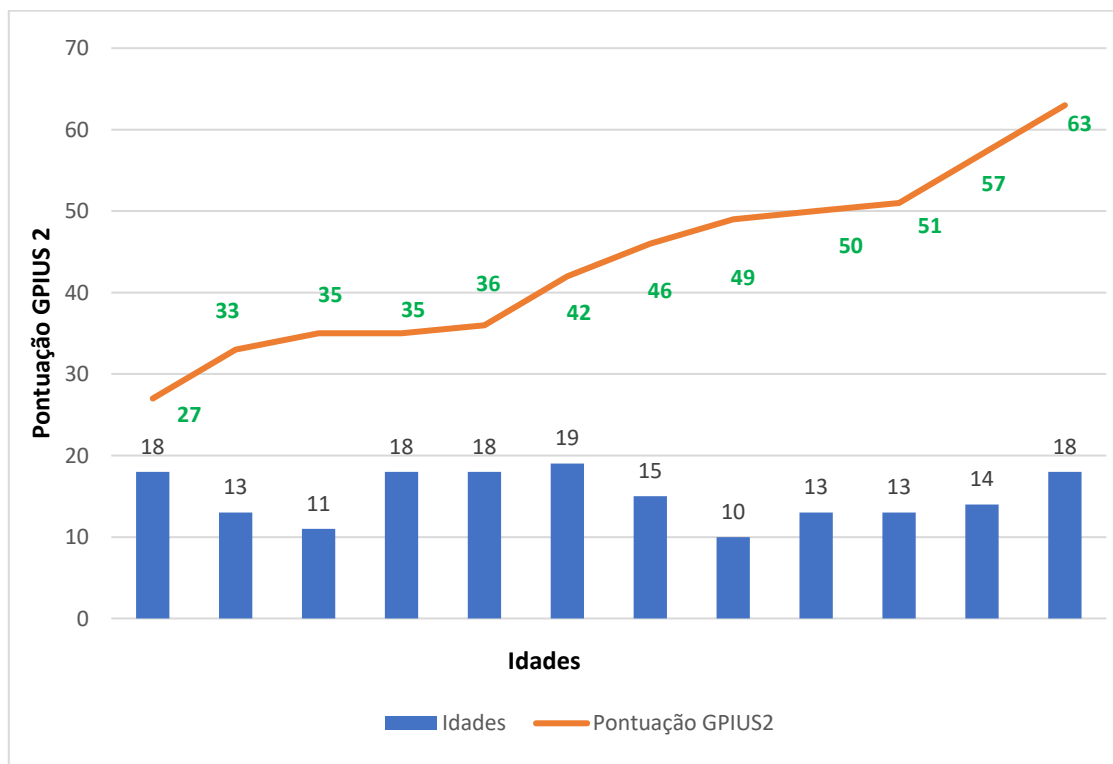
Tabela 1 – Dimensões e itens da Escala GPIUS 2

Dimensões	Itens
Preferência pela interação Online	1,6,11
Alteração de Humor	2,7,12
Preocupação Cognitiva	3,8,13
Uso Compulsivo	4,9,14
Outcomes Negativos	5,10,15

Segundo Patrão et al, (2015), quanto maior é a pontuação, maior é a existência de sintomas UPI, sendo a pontuação 60 considerada como um extremo.

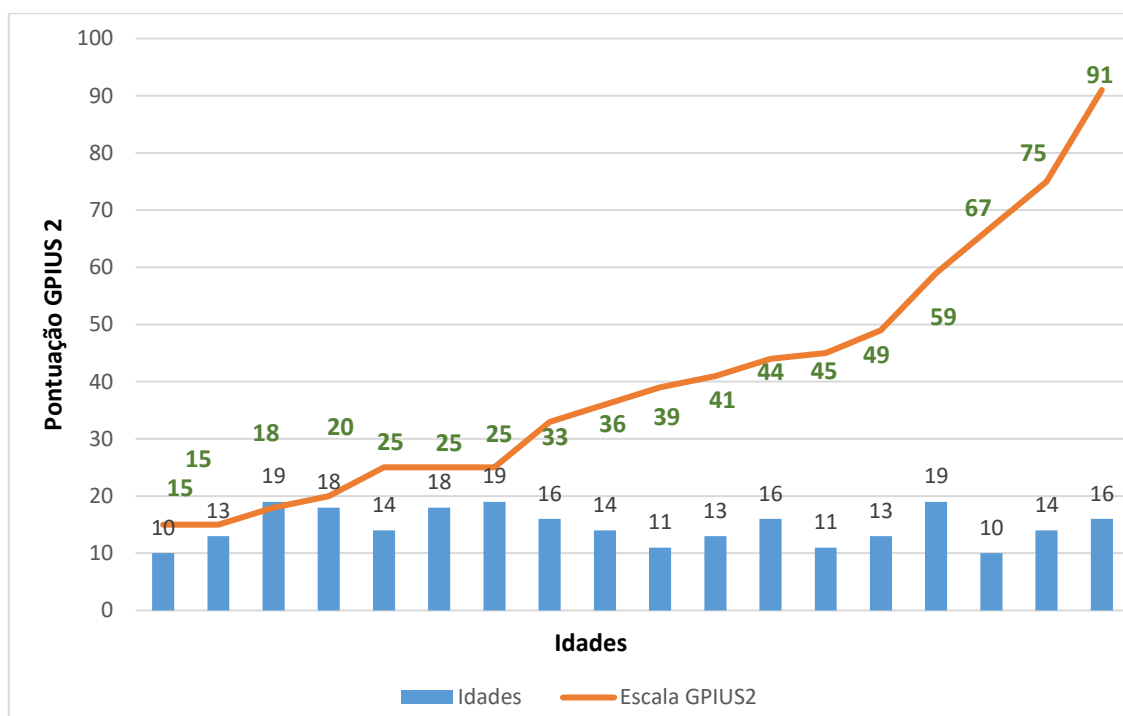
Foi feita uma análise das pontuações dos questionários, dividida por sexo. No sexo feminino 91,7% teve uma pontuação acima dos 30 pontos, sendo que 8,3% tem, também 27 pontos e 8,3% situam-se acima dos 60 pontos, conforme apresentado no gráfico 20.

Gráfico 20 – Pontuações da Escala GPIUS2 no sexo feminino de acordo com a idade



No sexo masculino, 61,1% teve uma pontuação acima dos 30 pontos, sendo que 16,7% têm, também 25 pontos e 16,7% situam-se acima dos 60 pontos, conforme apresentado no gráfico 21.

Gráfico 21 – Pontuações da Escala GPIUS2 no sexo masculino de acordo com a idade



Foi feita, ainda, uma análise dos resultados da Escala GPIUS 2, questão a questão, que se encontra no Apêndice IX.

3.1.6. Diagnósticos de situação de saúde

Na primeira etapa, o diagnóstico de situação, são identificados os problemas de saúde da população em estudo e determinadas as suas necessidades.

Um problema de saúde é “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade” e deste acaba por surgir uma necessidade que é “a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir” (Tavares 1990, P. 51).

Esta necessidade, acaba por ser o ponto de partida para o início da resolução do problema. Para Imperatori e Giraldes (1993), esta etapa deve descrever a situação de forma, preferencialmente, quantitativa.

Depois da análise dos resultados dos questionários aplicados, foram identificados os seguintes problemas/necessidades:

P.1 – 70% de insucesso escolar

P.2 – 41,4% de desconhecimento sobre alimentação saudável

P.3 – 100% de utilização das tecnologias

P.4 – 100% de frequência de acesso à Internet

P.5 – 13,3% de sintomas de UPI

Após o levantamento destes problemas, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, utilizando a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, versão 2015), dando visibilidade aos cuidados de enfermagem, com uma base científica justificada. Tal como preconizado pela CIPE, foi tido em atenção:

FOCO: Papel do Adolescente; Adição Tecnológica;

JUÍZO: Comprometido; Risco;

LOCALIZAÇÃO: Comunidade;

CLIENTE: Adolescente;

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Risco de adição Tecnológica; Falta de conhecimento

Foram formulados os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

- Conhecimento comprometido sobre alimentação saudável;
- Conhecimento sobre a saúde comprometido;
- *Deficit* de conhecimentos sobre o efeito prejudicial do uso excessivo das tecnologias;
- Processo de tomada de decisão comprometido,
- Risco de adição sem substância;
- Potencial para aumentar o conhecimento

3.2. Definição de Prioridades

Esta é considerada a segunda etapa do processo de planeamento em saúde, é a etapa da tomada de decisão, ou seja, é o momento em que se define quais os problemas a serem intervencionados, pois tendo um tempo limitado de atuação, nem sempre é possível intervir em todos os problemas encontrados.

De acordo com a identificação de problemas existentes pelos resultados obtidos da análise dos questionários, surge a necessidade de fazer uma priorização destes problemas, tendo em conta, o tempo limitado da nossa intervenção e os recursos existentes (humanos, materiais e logísticos), bem como a própria temática inicial do projeto.

Nesta etapa, foram muito importantes os contributos quer da Equipa da Associação, quer da orientadora clínica e pedagógica, para a definição das técnicas de priorização dos problemas encontrados através da Grelha de Análise. A Grelha de Análise tem como “vantagem, o seu carácter bastante objetivo”, segundo Tavares, 1990, (p. 90). A objetividade desta grelha, deve-se à ordenação qualitativa (+ ou -) dos problemas encontrados, segundo os critérios da própria grelha que são: a importância do problema; a relação entre o problema e o fator de risco; a capacidade técnica de resolver o problema e a exequibilidade do projeto ou da intervenção. Depois da aplicação da ordenação qualitativa de cada um destes itens, surgem diferentes scores, e, de acordo com Tavares (1990), quanto menor é o score, maior é a prioridade do problema. Na Tabela 2, é apresentado o resultado, determinado pela aplicação da Grelha de Análise (Apêndice X).

Tabela 2 – Resultados da Definição de Prioridades

Problemas	Critérios				Prioridades
	A	B	C	D	
P.1 – 70% de insucesso escolar	+	-	-	-	8
P.2 - 41,4% de desconhecimento sobre alimentação saudável	+	-	+	-	6
P.3 – 100% de utilização das tecnologias	+	+	+	+	1
P.4 – 100% de frequência de acesso à Internet	+	+	+	+	1
P.5 – 13,3% de sintomas de UPI	+	+	+	-	2

A: Importância do problema **B:** Relação entre o problema e os fatores de risco
C: Capacidade técnica de resolver o problema **D:** Exequibilidade do projeto ou da intervenção

De acordo com a análise da tabela anterior, podemos verificar que os problemas 3 e 4 tiveram um score de 1, o problema 5 teve um score de 2, enquanto o problema 2 teve um score de 6 e o problema 1 teve um score de 8. De acordo com esta hierarquização e com a temática do projeto, ficou decidido intervir sobre os três problemas que tiveram um nível de prioridade mais elevado.

3.3. Fixação de Objetivos

Depois de determinadas as prioridades de intervenção, entramos na terceira etapa do planeamento em saúde. Para uma elaboração correta dos objetivos a alcançar, segundo Tavares (1990), devemos ter em consideração, a natureza da situação desejada, a população alvo, os critérios de sucesso ou fracasso, a zona de aplicação do projeto e o limite temporal em que estes têm de ser atingidos.

Tendo em atenção os critérios descritos anteriormente, foi definido um objetivo geral e seis objetivos específicos, a fim de conseguir dar resposta ao objetivo geral. Foram também, neste contexto, definidas quais as metas que se têm de concretizar, para se considerar que os objetivos foram atingidos.

Objetivo Geral: Contribuir para o processo de capacitação dos pares, na prevenção das adições tecnológicas na adolescência, com vista à adoção de comportamentos promotores de saúde.

Objetivo Específico 1: Avaliar o conhecimento dos adolescentes sobre as adições tecnológicas.

Meta 1: Que, pelo menos, 80 % dos adolescentes presentes nas sessões respondam ao questionário de avaliação de conhecimentos inicial.

Objetivo Específico 2: Identificar as necessidades de formação dos adolescentes sobre o tema das adições tecnológicas.

Meta 2: Que, pelo menos, 80% dos adolescentes presentes no debate consigam dar o seu contributo sobre o que sentem sobre o tema.

Meta 3: Que, pelo menos, 80% dos adolescentes presentes no debate consigam dar o seu contributo para a identificação de estratégias com a finalidade de contribuir para a resolução do problema.

Objetivo Específico 3: Elaborar um projeto de EpS sobre promoção de comportamentos saudáveis em relação à utilização das tecnologias e que possa ser replicado pelos pares.

Meta 4: Desenho de um projeto de EpS em educação para a saúde sobre a adoção de comportamentos saudáveis em relação às tecnologias que possa ser replicado pelos pares.

Objetivo Específico 4: Realizar cinco sessões de EpS sobre a promoção de comportamentos saudáveis em relação à utilização das tecnologias.

Meta 5: Que, pelo menos, 80% dos adolescentes estejam presentes nas cinco sessões de EpS.

Objetivo Específico 5: Criar um grupo de pares que possa influenciar os colegas na adoção de comportamentos saudáveis em relação às tecnologias.

Meta 6: Escolha de 3 adolescentes (pares), que se destaquem por conseguir influenciar os colegas na adoção de comportamentos saudáveis.

Objetivo Específico 6: Avaliar o conhecimento dos adolescentes relacionados com as adições tecnológicas e o grau de satisfação com as atividades realizadas.

Meta 7: Que, pelo menos, 80 % dos adolescentes presentes nas sessões respondam ao questionário de avaliação de conhecimentos final.

Meta 8: Que, pelo menos, 50% dos adolescentes aumentem o seu conhecimento sobre as adições tecnológicas e medidas de prevenção.

Meta 9: Que, pelo menos, 80 % dos adolescentes presentes nas sessões façam o preenchimento do documento de avaliação.

Meta 10: Que, pelo menos, 80% dos adolescentes tenham ficado satisfeitos, na maioria dos itens avaliados.

3.4. Seleção de Estratégias

Esta etapa do Planeamento em Saúde é caracterizada pela escolha das estratégias mais apropriadas para dar resposta aos problemas priorizados, tendo como finalidade, responder aos objetivos traçados. Uma estratégia é “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.87), logo torna-se primordial que “A definição de uma estratégia de saúde deve fazer-se de forma suficientemente detalhada para que os responsáveis pela decisão possam apreciá-la. (...) poderá levar à revisão dos objetivos fixados” (Imperatori e Giraldes, 1993, P.87).

A seleção das estratégias, tem de ser um processo muito objetivo e concreto, pois é através destas que conseguimos, ou não, atingir os objetivos delineados. A escolha de estratégias que não têm em consideração os recursos existentes e o tempo disponível para a implementação do projeto, pode fazer ruir todo o trabalho realizado até ao início desta etapa.

De acordo com os problemas priorizados, os diagnósticos de enfermagem levantados, os objetivos traçados e as metas a atingir, selecionaram-se as estratégias que dão resposta ao MPS de Nola Pender e o Modelo do *Empowerment*, como ponto de partida.

Foram escolhidas a Educação para a Saúde (EpS) e a Comunicação em Saúde como as estratégias mais assertivas para trabalhar com a nossa população alvo.

A Literacia em Saúde, definida como um “conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e usar informação de formas que promovam e mantenham a sua saúde” (OMS, 1998, p. 10), estando fundamentada nas duas anteriores, é também uma estratégia muito eficiente no que concerne à saúde e à educação, pois quanto maior for o grau conhecimento, maior será o aumento do controlo sobre a própria saúde, tanto na procura de informação, como na tomada de decisão (Kickbusch, 2008). Esta intervenção, a nível da Literacia em Saúde, torna-se imprescindível, devido aos níveis insatisfatórios apresentados no relatório de “Literacia em Saúde em Portugal” (Espanha et al, 2015), sendo uma dimensão educacional de extrema importância, na nossa população alvo, pois estas são as idades propícias para interiorizar comportamentos e atitudes, promovendo o *empowerment* individual e de grupo. Segundo Coelho & Coelho (2019), a adolescência é a etapa privilegiada para a realização de intervenções na área da Literacia em Saúde, pois é neste período que se desenvolvem as formas sofisticadas de raciocínio e as tomadas de decisão que virão a condicionar a vida futura.

A EpS definida como “qualquer combinação planeada de experiências de aprendizagem concebida para predispor, capacitar e reforçar comportamento voluntário conducente à saúde, em indivíduos, grupos ou comunidades” (Loureiro & Miranda, 2020, p.427) orientou as atividades desenvolvidas com os adolescentes, bem como a comunicação em saúde que é um fator importante para alcançar os resultados positivos das intervenções, sendo considerada uma estratégia chave para a disseminação da informação e um elemento muito importante no processo de *empowerment* (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Segundo Teixeira (2004), a existência de uma comunicação efetiva faz com que se possa influenciar positivamente a motivação para a mudança, tanto a nível individual como coletivo, pelo que “visa reduzir os riscos, reforça atitudes favoráveis aos comportamentos protetores da saúde e pode ajudar a adequar a utilização dos serviços e recursos de saúde” (Teixeira, 2004, p.616).

As parcerias institucionais são fundamentais na comunidade como garantia de maior eficácia nas intervenções, constituindo uma prioridade para a promoção da saúde no século XXI (World Health Organization, 1997). A declaração de Jacarta (1997) sobre promoção da saúde descreve que tem de se consolidar e expandir as parcerias em saúde, a promoção da saúde exige a constituição de parcerias que visem o desenvolvimento social e da saúde entre os diferentes sectores, a todos os níveis da governação e da sociedade civil. Convém reforçar as já existentes e explorar a possibilidade de estabelecer novas parcerias. Segundo Melo (2020), o trabalho em rede e o estabelecimento de parcerias tornam-se fundamentais para uma melhoria no processo de capacitação e empoderamento comunitário.

Este projeto possibilitou o estabelecimento de um trabalho em parceria entre a UCC e a Associação.

3.5. Preparação Operacional

Esta etapa corresponde à preparação da intervenção comunitária e à execução dessa mesma intervenção, de acordo com os pressupostos do planeamento em saúde, que se caracteriza por um conjunto de atividades, que devem especificar o que foi feito, como e onde, para quem e qual o objetivo a atingir, realizadas num período de tempo limitado, para dar resposta às estratégias delineadas, segundo Imperatori & Giraldes (1993).

Todas as atividades realizadas tiveram em atenção a população alvo, com características especiais bem identificadas. Havendo um limite de idades muito abrangente, o discurso de acesso teve de ser também abrangente, tendo especial atenção ao limite de idade inferior, para que a mensagem fosse compreendida.

As atividades delineadas e efetuadas estão apresentadas no Quadro 2, de acordo com a ordem cronológica em que foram realizadas.

Quadro 2 – Estratégias e respectivas atividades do projeto

Estratégias	Atividades
Educação para a Saúde	Sessões de Educação para a Saúde aos adolescentes da Associação sobre promoção de comportamentos saudáveis em relação à utilização das tecnologias.
Comunicação em Saúde	Reprodução de um filme sobre o uso das tecnologias e realização de um debate com os adolescentes sobre este tema (o que sentem e propostas de resolução) a realizar na 1ª sessão de EpS (Apêndice XI).
	Elaboração de um projeto de Educação para a Saúde sobre a adoção de comportamentos saudáveis em relação às tecnologias (Apêndice XII).
	Realização de um <i>power-point</i> para a avaliação do conhecimento inicial sobre o uso das tecnologias a realizar na 2ª sessão de EpS (Apêndice XIII).
	Realização de um <i>power-point</i> para a passagem de conceitos chave sobre o uso das tecnologias a realizar na 3ª sessão de EpS (Apêndice XII).
	Realização de um <i>power-point</i> para a avaliação dos conhecimentos adquiridos sobre o uso das tecnologias a realizar na 4ª sessão de EpS (Apêndice XIII).
	Realização de um jogo, com um tabuleiro de chão, sobre os conceitos chave do uso das tecnologias a realizar na 5ª sessão de EpS (Apêndice XII).
	Criação de um grupo de pares que possa influenciar os colegas na adoção de comportamentos saudáveis em relação às tecnologias.
Parceria Institucional	Criação de um trabalho em parceria com a UCC do ACES.

Depois de efetuar e analisar um questionário de avaliação inicial de conhecimentos aos adolescentes (Objetivo 1) e uma sessão em que procurei identificar as necessidades de formação do grupo (Objetivo 2) (atividades da etapa de

diagnóstico de situação) surgiu a necessidade de construção de um projeto de EpS para poder ser replicado pelos próprios adolescentes aos seus pares (Objetivo 3). Inicialmente este projeto era para ser construído pelos próprios adolescentes, mas devido à fase pandémica que atravessámos, acabou por se tornar um pouco complicado, pois nem sempre tivemos os mesmos adolescentes presentes, pelo que acabou por ser construído, apenas, através do contributo das suas diferentes ideias.

O projeto de EpS foi constituído por 5 sessões (Objetivo 4), sendo a primeira, a mais importante de todas, pois além da passagem de um filme sobre as tecnologias, foi feito um debate com a participação dos adolescentes, onde estes puderam apresentar as suas opiniões, colocar as suas dúvidas e dar o seu contributo para a construção do projeto de EpS. Na segunda sessão, através de um power-point, conseguiu avaliar-se os conhecimentos dos adolescentes sobre as adições tecnológicas e na terceira sessão foram dados os contributos para a formação dos adolescentes sobre o mesmo tema, com a finalidade de melhorar os seus conhecimentos tendo em vista a promoção de comportamentos de saúde saudáveis, bem como o facilitar da transmissão destes conhecimentos aos seus pares. Na quarta sessão foram avaliados os conhecimentos adquiridos pelos adolescentes (objetivo 6), através da repetição do preenchimento do questionário inicial e foi criado um grupo de pares (Objetivo 5) constituído por 3 adolescentes, que se destacaram pelos conhecimentos adquiridos e pela capacidade de influência nos pares. A quinta sessão foi uma atividade mais lúdica, onde foi jogado um jogo num tabuleiro de chão, construído para o efeito, com casas de passagem, casas de perguntas sobre a temática das adições tecnológicas e casas de desafio com regras de futebol. Todos os adolescentes presentes participaram nesta atividade, tendo-se constituído equipas de dois e três elementos.

Por último realizámos um questionário de satisfação em relação às atividades desenvolvidas que vamos desenvolver na etapa da avaliação.

3.6. Avaliação

Esta é uma etapa dinâmica do Planejamento em Saúde e deve ser realizada ao longo de todo o projeto, segundo o Cronograma apresentado (Apêndice XIV), e não apenas no final, ou seja, deve ser contínua, em todas as suas fases, para se poder fazer, em tempo útil, os reajustes necessários.

São momentos em que se questiona o trabalho desenvolvido e que deve fornecer os elementos necessários à melhoria: da coerência – que remete para a relação entre o projeto e o problema; da eficiência – relativa à gestão de recursos e meios, atendendo aos objetivos; e da eficácia – que remete para a relação entre a(s) ação(ões) e os resultados (Ferrito *et al*, 2007).

Nesta avaliação é importante perceber os conceitos adquiridos pelos adolescentes, bem como as suas opiniões em relação às sessões efetuadas, no sentido de poder melhorar o projeto de EpS a replicar pelos pares. Neste sentido, conseguimos ter uma boa percepção dos conhecimentos adquiridos pela análise das respostas dadas no questionário inicial/final de conhecimentos. Para conseguir que dessem a sua opinião sobre as sessões foi criado um questionário de avaliação das sessões (Apêndice XV), que foi respondido pelos adolescentes presentes nas mesmas.

Foram utilizados indicadores de resultado e de atividade, a fim de se poder avaliar o cumprimento das metas que foram delineadas para cada objetivo (Apêndice XVI).

As metas delineadas e os resultados atingidos, estão apresentados de seguida, de acordo com a ordem cronológica em que foram realizadas:

Meta 1: Que, pelo menos, 80 % dos adolescentes presentes nas sessões respondam ao questionário de avaliação de conhecimentos inicial – **atingida (100%)**

Meta 2: Que, pelo menos, 80% dos adolescentes presentes no debate consigam dar o seu contributo sobre o que sentem sobre o tema – **atingida (88%)**

Meta 3: Que, pelo menos, 80% dos adolescentes presentes no debate consigam dar o seu contributo para a identificação de estratégias com a finalidade de contribuir para a resolução do problema – **atingida (100%)**

Meta 4: Desenho de um projeto de EpS sobre a promoção de comportamentos saudáveis em relação às tecnologias que possa ser replicado pelos Pares – **atingida (100%)**

Meta 5: Que, pelo menos, 80% dos adolescentes estejam presentes nas cinco sessões de EpS – **atingida (85%)**

Meta 6: Escolha de 3 elementos (pares) que se destaquem por conseguir influenciar os pares na adoção de comportamentos saudáveis – **atingida (100%)**

Meta 7: Que, pelo menos, 80 % dos adolescentes presentes nas sessões respondam ao questionário de avaliação de conhecimentos final – **atingida (100%)**

Meta 8: Que, pelo menos, 50% dos adolescentes aumentem o seu conhecimento sobre as adições tecnológicas e as medidas de prevenção – **atingida (65%)**

Meta 9: Que, pelo menos, 80 % dos adolescentes presentes nas sessões façam o preenchimento do documento de avaliação das sessões – **atingida (100%)**

Meta 10: Que, pelo menos, 80% dos adolescentes respondentes tenham ficado satisfeitos, na maioria dos itens avaliados – **atingida (97,8%)**

De acordo com o que acabei de apresentar, podemos dizer que através dos indicadores de resultado, foram atingidas e ultrapassadas todas as metas definidas, o que indica um resultado positivo, quer na aquisição de conhecimentos, quer no contributo dado para a elaboração do projeto de EpS. Através dos resultados dos indicadores de atividade podemos, também, dizer que foram realizadas a totalidade das tarefas que foram propostas.

Face à análise destes resultados, podemos dizer que todas as metas propostas foram atingidas, pelo que se tornou possível a implementação do projeto “Capacitação dos Pares na Prevenção das Adições Tecnológicas na Adolescência: Uma Intervenção em Enfermagem Comunitária”.

4. CONCLUSÃO

No término deste projeto, com o trabalho desenvolvido, chego à conclusão de que esta é uma área que tem muito para continuar a ser trabalhada.

Conseguimos perceber, a partir do estudo da nossa amostra que os adolescentes têm um conhecimento comprometido em relação às adições tecnológicas e um *deficit* de conhecimentos sobre o efeito prejudicial do uso excessivo das tecnologias, o que aumenta o risco de adição sem substância, pelo que se tornou pertinente o objetivo de contribuir para o processo de capacitação dos pares, na prevenção das adições tecnológicas na adolescência, com vista à adoção de comportamentos promotores de saúde.

Pela análise dos resultados obtidos consideramos importante salientar que a totalidade dos adolescentes acede à internet, sendo que 96,7% o fazem todos os dias. Em relação ao acesso, é feito mais de seis vezes por dia em 73,3% dos adolescentes e 59,9% passam na internet mais de 3 horas por dia.

Segundo a análise da escala GPIUS 2, em que se considera que quanto maior é a pontuação, maior é a existência de sintomas de UPI (60 pontos já é considerado um extremo), temos 73,3% dos adolescentes com mais de 30 pontos e 13,3% acima dos 60 pontos.

Embora se tenha feito, na maioria das vezes, a distinção dos resultados por sexo, acabou por não se verificar uma diferença significativa em nenhum dos aspetos estudados.

Delineámos 10 metas para dar resposta aos seis objetivos específicos traçados, tendo conseguido atingir a sua totalidade. Os adolescentes aderiram ao projeto de EpS que foi elaborado com os seus contributos, tendo-se percebido que foram estes contributos que fizeram com que eles se empenhassem, tanto na sua execução como na sua participação.

Houve uma melhoria de 65% nos seus conhecimentos sobre o uso das tecnologias, o que, eventualmente, poderá contribuir para diminuir o risco de adição sem substância.

Na avaliação positiva (97,8%) feita ao projeto de EpS pelos adolescentes, podemos perceber que estes gostam de estar envolvidos na escolha das estratégias

do seu processo de aprendizagem e que esta deve ser uma das condições a ter em consideração, pois leva a que haja um compromisso dos adolescentes com os objetivos propostos, as estratégias delineadas e as metas que devem ser atingidas.

Quando são ouvidos, os adolescentes têm as suas opiniões formadas e sabem dar o seu contributo, por isso esta deverá ser uma das estratégias a ter em atenção.

A criação do grupo de pares para a replicação do projeto de EpS em situações futuras surgiu, também, com o contributo de todos os adolescentes e da Equipa da Associação e pode ser alterado em qualquer altura, pois os adolescentes desta Associação estão em constante mudança.

Por tudo o que foi referido considera-se atingido o objetivo geral deste projeto que era contribuir para o processo de capacitação dos pares, na prevenção das adições tecnológicas na adolescência, com vista à adoção de comportamentos promotores de saúde.

Este projeto possibilitou, ainda, a abertura de portas e o estabelecimento de uma base mais sólida para a organização de um trabalho de parceria entre a UCC e a Associação, o que será benéfico na elaboração de projetos futuros.

4.1. Limitações e Sugestões do Projeto

A situação pandémica, que continuamos a enfrentar, acabou por ser uma das grandes limitações neste projeto, pois houve muitos períodos de interrupção que não facilitaram o término do mesmo. Sempre que houve estas paragens, por questões de isolamento entre outras, tornava-se obrigatório o reinício de algumas atividades e o retomar das questões que tinham ficado por terminar. Esta situação acabou por mudar um pouco o que se tinha pensado inicialmente e o projeto de EpS que deveria ter sido feito na íntegra pelos adolescentes, para poder ser replicado também por eles, acabou por ser realizado apenas com o seu contributo em termos do que sentiam em relação à temática do estudo e das estratégias que deram como sugestões para a sua elaboração.

Outra das limitações sentida, foram os dias de isolamento de alguns destes adolescentes, o que levou a que nem sempre tivéssemos os mesmos adolescentes

presentes nas sessões de educação para a saúde, o que não facilitou o avanço do projeto.

No futuro este projeto poderá ser replicado pelos pares com a finalidade de se continuar a sensibilizar os adolescentes para o problema do uso excessivo das tecnologias.

A nível do trabalho na minha unidade de saúde, já dei início à elaboração de um folheto sobre esta temática que poderá ser entregue aos adolescentes nos momentos de consulta.

4.2. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências na área de especialização de enfermagem

Em Alma-Ata (1978), na Conferência Internacional sobre os CSP, foi explicitamente definido, nos pontos VI e VII, a missão e o papel fundamental do enfermeiro dos CSP, pela proximidade com a comunidade, que acompanha ao longo do seu ciclo de vida.

A Direção-Geral da Saúde (DGS), tem como prioridade, nos seus programas de saúde, o desenvolvimento saudável dos jovens, através da promoção de estilos de vida saudáveis. Cumpre, então aos profissionais de saúde conhecer as fases de desenvolvimento dos jovens, conhecer o contexto onde estes estão inseridos (família, escola, associações entre outros), ficando, cada vez, mais despertados para os problemas desta etapa do ciclo de vida.

O projeto de intervenção comunitária que desenvolvi, permitiu articular os saberes teóricos adquiridos com a prática clínica, de modo a oferecer cuidados de enfermagem de qualidade no domínio da especialidade de enfermagem comunitária.

O papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária está diretamente relacionado com as estratégias que os programas pretendem operacionalizar, esperando-se deste profissional um entendimento profundo dos determinantes de saúde da comunidade e das suas necessidades em saúde. O enfermeiro especialista na área da saúde comunitária é um profissional habilitado, para implementar estratégias que visem dar cumprimento ao Plano Nacional de Saúde (PNS), avaliar o

estado de saúde da população e contribuir para a capacitação dos grupos populacionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No decorrer desta Pandemia, tive a noção de como é importante o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Todas estas linhas orientadoras são parte integrante das competências dos enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, estando a sua operacionalização prevista nos enunciados descritivos elaborados pelo colégio de especialidade.

Com base na metodologia do planeamento em saúde pude fazer a avaliação de saúde de um grupo da comunidade, contribuí para o processo de capacitação de adolescentes e pares numa associação, planeei e realizei intervenções promovendo a literacia em saúde e a adoção de comportamentos saudáveis, na melhoria da gestão da saúde e prevenção da doença.

Em relação, às competências comuns do Enfermeiro Especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão de cuidados e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019), considero que estas foram gradualmente desenvolvidas, durante o projeto de intervenção comunitária.

A participação na IV Reunião Internacional da Rede Académica Ciências da Saúde da Lusofonia, que decorreu nos dias 25, 26 e 27 de novembro de 2021 (Anexo IX), onde pude apresentar a comunicação livre intitulada “Prevenção das adições tecnológicas na adolescência através da capacitação dos pares: uma intervenção em enfermagem comunitária” permitiu-me o desenvolvimento de um trabalho de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo reforçado com a utilização de tecnologias de informação e comunicação à distância.

No âmbito da obtenção do grau de mestre, de acordo com os descritores de Dublin (Decreto-Lei n.º 115/2013, 2013), pude desenvolver a autonomia, a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas, a atitude reflexiva nomeadamente na concretização do projeto de intervenção comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia da República (2018). *Diário da República, 2.ª série - N.º 135*. (16 de Julho de 2018).
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes R. V. (2015). “*Literacia em saúde em Portugal – relatório síntese*”, CIES-IUL e FCG.
- Coelho, M., Coelho, R. (2019) The needs of health literacy on sexuality and affections in adolescence: A scoping review, *European Journal of Public Health*, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz098.001>.
- Cutts, Steve (2017). Are you lost in the world like me. <https://youtu.be/Qx8JloNOz0Y>
- Despacho n.º 2976/2014. *Serviço Nacional de Saúde. Assembleia da República. Diário da República, II Série* (N.º 37 de 21/02/2014).
- Dias, S., Matos, M. G. de, & Gonçalves, A. (2007). Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, (625 – 634).
- Direcção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS.
- Durkee T, Carli V, Floderus B, Wasserman C, Sarchiapone M, Apter A, Balazs JA, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Haring C, Hoven CW, Kaess M, Kahn JP, Nemes B, Postuvan V, Saiz PA, Värnik P, Wasserman D. Pathological Internet Use and Risk-Behaviors among European Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Mar 8;13(3):294. doi: 10.3390/ijerph13030294. PMID: 27005644; PMCID: PMC4808957.
- Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Cotter P, Despalins R, Graber N, Guillemin F, Haring C, Kahn JP, Mandelli L, Marusic D, Mészáros G, Musa GJ, Postuvan V, Resch F, Saiz PA, Sisask M, Varnik A, Sarchiapone M, Hoven CW, Wasserman D. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*. 2012

- Dec;107(12):2210-22. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x. Epub 2012 Jul 26. PMID: 22621402.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2020). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, Referências Bibliográficas e Citações – Norma APA 7ª edição.
- Guan SS, Subrahmanyam K. Youth Internet use: risks and opportunities. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Jul;22(4):351-6. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832bd7e0. PMID: 19387347.
- Higa, Ayumi (2014). A dependência Tecnológica. https://youtu.be/CnN_a7-od-M
- Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Joo A, Park I. [Effects of an empowerment education program in the prevention of internet games addiction in middle school students]. *J Korean Acad Nurs*. 2010 Apr;40(2):255-63. Korean. doi: 10.4040/jkan.2010.40.2.255. PMID: 20453572.
- Kickbusch, I. (2008). *Healthy societies: Addressing 21st century health challenges*. Adelaide: Adelaide thinkers in residence. <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2008/05/apo-nid962-1212151.pdf>.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2020). *Promover a saúde: Dos fundamentos à Ação*. 3ª edição revista e atualizada. Edições Almedina SA.
- Manual de Acolhimento: Integração a novos elementos (2019). UCC Integrar na Saúde.
- Middaugh E, Clark LS, Ballard PJ. Digital Media, Participatory Politics, and Positive Youth Development. *Pediatrics*. 2017 Nov;140(Suppl 2):S127-S131. doi: 10.1542/peds.2016-1758Q. PMID: 29093047.
- Müller KW, Scherer L. Exzessive Nutzungsmuster und Internetnutzungsstörungen: Effekte auf die psychosoziale und kognitive Entwicklung von Jugendlichen [Excessive Use Patterns and Internet Use Disorders: Effects on Psychosocial and Cognitive Development in Adolescence]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2022 Jun;71(4):345-361. German. doi: 10.13109/prkk.2022.71.4.345. PMID: 35673789.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa.
- Organização Mundial da Saúde. (1998). Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2011). Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Genebra
https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, (25-38).
- Patrão, I., Machado, M., Fernandes, P. & Leal, I. (2015). Jovens e internet: Relação com o bem-estar psicológico, isolamento social e funcionamento familiar *in* L. Mata; M. A. Martins, V. Monteiro, J. Morgado, F. Peixoto. A.C. Silva & J.M.C. Silva (Eds.). *Actas XIII Colóquio Internacional Psicologia e Educação* (pp. 241-249). ISPA.
- Pender, N.J., Murdaugh, C., & Parsons, M.A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Pinheiro, M. R. Educação pelos Pares: de educandos a educadores, uma estratégia atractiva mas muito exigente. *Revista Ser Solidário*, v. 34, p. 7-9, 2006.
- Pluhar E, Kavanaugh JR, Levinson JA, Rich M. Problematic interactive media use in teens: comorbidities, assessment, and treatment. *Psychol Res Behav Manag*. 2019 Jun 27;12:447-455. doi: 10.2147/PRBM.S208968. PMID: 31308769; PMCID: PMC6615461.
- Portaria nº 258/2019. *Serviço Nacional de Saúde. Assembleia da República. Diário da República, I Série* (N.º 157 de 19/08/2019), p.82 – 88
- Ranney ML, Pittman SK, Moseley I, Morgan KE, Riese A, Ybarra M, Cunningham R, Rosen R. Cyberbullying Prevention for Adolescents: Iterative Qualitative Methods for Mobile Intervention Design. *JMIR Form Res*. 2021 Aug 27;5(8):e25900. doi: 10.2196/25900. PMID: 34448702; PMCID: PMC8433933.
- Relatório Digital 2019. <https://wearesocial.com/global-digital-report-2019>

Relatório Digital 2021. <https://wearesocial.com/global-digital-report-2021>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. 2013

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. *Rede de Referência/Articulação no Âmbito dos Comportamento Aditivos e das Dependências*. 2013

Stanhope, M.; Lancaster, J. (2010). *Enfermagem de saúde pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª edição. Lusodidacta.

Strittmatter E, Parzer P, Brunner R, Fischer G, Durkee T, Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Sarchiapone M, Wasserman D, Resch F, Kaess M. A 2-year longitudinal study of prospective predictors of pathological Internet use in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Jul;25(7):725-34. doi: 10.1007/s00787-015-0779-0. Epub 2015 Nov 2. PMID: 26526444.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
<https://core.ac.uk/reader/70647950>

The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. <https://joannabriggs.org>.

Victor, J.F., Lopes, M.V., & Ximenes, L.B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*. 18 (3), 235-240.

World Health Organization (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. World Health Organization.

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética

Exma. Senhora

Dr.ª Paula Cristina Teles Neto

paulaneto@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

4890/CES/2022

**Assunto: Prevenção Das Adições Tecnológicas Na Adolescência Através Da Capacitação Dos Pares:
Uma Intervenção Em Enfermagem Comunitária.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 08.07.2022, o projecto mencionado em epígrafe, e após reunião com a investigadora emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Parecer 085/CES/INV/2020

• **Título do projeto**

Prevenção Das Adições Tecnológicas Na Adolescência Através Da Capacitação Dos Pares: Uma Intervenção Em Enfermagem Comunitária

• **Investigador e instituição de afiliação**

Paula Cristina Teles Neto – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

• **Enquadramento institucional do proponente**

ESEL - 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

• **Contacto do investigador principal**

paulaneto@campus.esel.pt

• **Orientador Pedagógico (se aplicável)**

Ana Paula Neves

• **Outros elementos da equipa de investigação e respetivas afiliações institucionais. Instituição responsável pela investigação**

--

• **Local do estudo**

[] (Local de Estágio) / [] (Local de Implementação do Projeto de Intervenção Comunitária)

• **Financiamento e Orçamento**

Sem financiamento

Fundamentação

Na introdução do projeto deve ser incluída uma Revisão do estado da arte e descrição de estudos de idêntica natureza realizados em Portugal e em outros países por forma a justificar o mesmo sob o ponto de vista do seu valor social e pertinência científica.

A problemática das adições tecnológicas tem-se vindo a acentuar, cada vez mais, nos nossos dias e na sociedade atual. A tecnologia impera em todo o lado e os jovens de hoje, convivem com ela desde o nascimento.

Torna-se um problema de enfermagem, a partir do momento em que, tanto os pais, na maioria das vezes, como os próprios jovens, em algumas situações, acabam por pedir ajuda, em contexto de consulta, para a sua resolução. Sendo mãe, com dois jovens também nesta faixa etária, percebo esta problemática, pois também a vivencio no meu dia a dia, pós-laboral, mas tornou-se prioritário a procura de respostas nesta área, para poder responder às questões que me são colocadas, quase que diariamente.

Hoje em dia, estamos rodeados de tecnologia e desde muito cedo, as crianças começam a deparar-se com todo o tipo de telemóveis, ipods, computadores, comandos, *tablets*, *ipads*, etc.

O que para os mais velhos, acaba por ser um problema, uma vez que se têm de habituar a trabalhar com algumas destas inovações, tendo, muitas vezes, de procurar ajuda para a resolução de algumas questões, as crianças já nascem neste mundo e parece que já sabem o que fazer com toda esta tecnologia.

Embora com o conhecimento teórico de tudo isto, uma vez que acabou por se tornar um problema importante na minha atividade profissional, não tinha a noção, de que, na prática, isto fosse tão real e tão generalizado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), engloba na população juvenil, todos os indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 24 anos. No entanto, faz também a distinção entre adolescentes e jovens, ou seja, considera os adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos e os jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos. (Plano Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010)

Os comportamentos aditivos, entendidos como “processos de adição”, são comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas (Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências - PNRCAD 2013-2020, 2013, p.10). O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) identifica, ainda, que as adições com substância mais frequentes entre os jovens são o consumo de Substâncias Psicoativas (SPA), como o álcool, o tabaco e a canábica e identifica nas adições sem substância, o jogo, a Internet, o sexo e as compras. Os processos de adição aparecem quando os jovens têm um comportamento que começa por lhes dar prazer, mas que os vai, progressivamente, afastando do seu quotidiano. Com a continuação sistemática, destes processos, começa a haver uma perda de controlo, o que acaba por destabilizar todo o processo de vida, quer a nível familiar, quer a nível social e laboral (se existir), acabando por levar à existência de uma dependência. Por dependência entende-se um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se, por exemplo, após o uso repetido da substância (PNRCAD 2013-2020, 2013, p. 10). As adições com substância e as adições sem substância são, igualmente, nefastas, pois sempre que não há a repetição destes comportamentos, fica-se com os chamados sintomas de abstinência, onde se podem incluir a irritabilidade, a ansiedade, a agitação, entre outros. Geralmente quem está nesta situação não se apercebe que o seu comportamento está desajustado e fora de controlo, causando problemas ao próprio e aos que se inserem no meio que o rodeia. O Relatório Digital de 2019, produzido pela agência *We are Social* e pela plataforma *Hootsuite*, apresenta-nos números mundiais em relação ao consumo de Internet, de redes sociais e dos telemóveis, que considero reveladores da utilização destes dispositivos. Dos dados mundiais retirados, saliento:

■ 5,11 Mil milhões de utilizadores de dispositivos móveis;

■ 4,39 Mil milhões de utilizadores de Internet (um aumento de 9%, em relação ao ano anterior, o que equivale a um aumento de 366 milhões de utilizadores);

■ 3,48 Mil milhões de utilizadores de redes sociais;

■ 3,26 Mil milhões de pessoas que usam as redes sociais nos dispositivos móveis (um aumento de 10%, em relação ao ano anterior, o que equivale a um aumento de 297 milhões de utilizadores).

Segundo os dados deste relatório, de acordo com os 10 milhões de habitantes, residentes em Portugal, existem cerca de 15,8 milhões de subscrições móveis, cerca de 8 milhões de pessoas usam a Internet, cerca de 6,7 milhões de pessoas têm redes sociais e destas, 6 milhões usam as redes sociais através de um dispositivo móvel. Segundo este relatório, esta foi a utilização que teve um maior crescimento no último ano, cerca de 5,3%. Fazendo a comparação entre o uso da televisão e do telemóvel, este relatório, diz-nos, que a era da televisão ser líder, está prestes a terminar, pois embora mantenha 96% de utilização, os dispositivos móveis estão em segundo lugar, com cerca de 94%. Temos, ainda, dados que nos dizem que o computador tem 67% de utilização. Em relação à utilização da Internet, existem em Portugal cerca de 8 milhões de utilizadores e destes, 7,13 utilizam o telemóvel para navegar. Ainda, de acordo, com estes números, 85% dos utilizadores vão à Internet todos os dias, enquanto apenas 1% utiliza a Internet apenas uma vez por mês. Os sites mais procurados são o Google, o Facebook e o YouTube, exatamente por esta ordem. Neste relatório, dão o nome de social Media, ao uso das redes sociais e, em relação a esta, temos cerca de 6,7 milhões de utilizadores ativos e destes, 74% colocaram algo nas suas redes sociais no último mês. Em média cada português, utilizador, tem cerca de 8,5 contas em redes sociais. Cerca de 21% utilizam as redes sociais profissionalmente. O Facebook, é a rede social mais procurada, com cerca de 90% de utilização, a mesma percentagem que o YouTube. Das plataformas usadas para a comunicação, o Facebook Messenger é a mais utilizada com cerca de 73% de utilização, tendo o WhatsApp cerca de 61%. Em relação ao uso do telemóvel, o relatório digital, diz-nos que o seu principal uso é para conversar, no entanto, este também é utilizado para visualização de vídeos, para jogar ou para navegar na Internet. Em relação ao e-Commerce, ou seja, compras ou pagamentos online, cerca de 35% dos utilizadores fazem compras e pagamentos online. Temos 85% dos utilizadores que pesquisam produtos ou serviços para comprar e destes 59% acabam por fazer compras online. Os dispositivos mais utilizados, nesta situação, são o computador com 44% e o telemóvel com 33%. Em conclusão, cada português passa, em média, 6h30 na Internet e, destas, 2h09 são passadas nas redes sociais. A capacitação dos Pares, torna-se muito importante neste contexto, e nesta fase do Ciclo de Vida. Encontra-se provado e demonstrado, na maioria dos estudos, que a passagem da mensagem, se torna muito mais eficaz, quando é transmitida por pessoas

com a mesma idade e as mesmas vivências. Surge, então, a necessidade de termos um diagnóstico de situação bem feito, com a finalidade de podermos capacitar os Pares, consoante as lacunas de informação encontradas, para depois serem estes adolescentes (Pares), já capacitados, a passarem a informação a outros adolescentes.

Para perceber a pertinência deste estudo, foi feita uma revisão bibliográfica, segundo a metodologia de Scoping Review, utilizando a mnemónica, População, Conceito Contexto, partindo da questão: Qual a importância da Capacitação dos Pares, na Prevenção das Adições Tecnológicas na Adolescência? Nesta revisão foram incluídos, todo o tipo de estudos, publicados entre 2015 e 2020, em língua inglesa e francesa. Nem todos os estudos encontrados falam da importância da capacitação dos pares, no entanto, todos eles focam o crescimento do problema das adições tecnológicas na sociedade atual e a importância da capacitação dos jovens, para a prevenção da adição tecnológica, dando uma especial relevância para o aprender saudável no recurso às novas tecnologias.

Objetivos

Objetivo Geral: Contribuir para o processo de capacitação dos Pares, na prevenção das adições tecnológicas na adolescência, com vista à adoção de comportamentos promotores de saúde.

Objetivos específicos:

- ▣ Construir o diagnóstico de situação de saúde e da perceção dos adolescentes face aos riscos das adições tecnológicas
- ▣ Desenhar estratégias educativas para dar resposta às diferentes necessidades identificadas
- ▣ Promover a intervenção do grupo de Pares no desenvolvimento de competências, conhecimentos e atitudes que possam influenciar positivamente, a adoção de comportamentos saudáveis em relação às tecnologias
- ▣ Avaliar o impacto do projeto nos comportamentos dos adolescentes, relacionados com as adições tecnológicas

População, materiais e métodos

- Desenho do estudo / Tipo de estudo

Estudo (observacional), transversal

- População (se aplicável)

Definiu-se como população do estudo, todos os adolescentes dos 10 aos 19 anos de idade, frequentadores da [] e que aceitem participar no estudo.

- Amostra: processo de amostragem e cálculo da dimensão amostral; Modalidade de Recrutamento; Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão

Amostra não probabilística onde serão incluídos todos os adolescentes, que aceitem participar, durante as duas semanas de colheita de dados, estipuladas com a [], que decorrerá na última quinzena de janeiro
Critérios de Inclusão: os adolescentes com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos, que aceitem participar no estudo, após a sua explicação e o fornecimento e assinatura do consentimento informado.
Critérios de exclusão: todos os frequentadores da [], com idades inferiores a 10 anos e superiores a 19 anos.

Cálculo da dimensão amostral: --

Modalidade de Recrutamento: (na []) Os adolescentes serão convidados a participar, tendo a total liberdade para aceitar ou não a sua participação no estudo. Tendo a sua aceitação, será dado um Consentimento Informado, para assinarem, eles e os Representantes Legais, no caso de serem menores.

- Listagem das variáveis em estudo e sua definição (operacionalização das variáveis)

--



- Fontes de informação e processo de recolha de dados (Incluir os questionários, escalas, formulários ou guiões de entrevistas a utilizar, em língua portuguesa. Se aplicável, enviar declaração das respetivas validações para a população portuguesa, se houver, ou justificação, no caso contrário).

- Questionário sociodemográfico
- Questionário de Acesso e Uso da Internet
- Escala de Uso Generalizado Problemático da Internet 2 (EGPU) - autorizações dos autores em anexo.

O Questionário sociodemográfico e o Questionário de Acesso e Uso da Internet foram elaborados pela Investigadora, pelo que tiveram de ser alvo de um pré-teste. Este foi efetuado a 12 jovens, e desta aplicação surgiram algumas alterações necessárias, que se encontram descritas

- Plano de Análise Estatística

Será utilizada para a análise estatística, o programa Excel, ou o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), consoante a necessidade verificada, pela análise dos questionários.

Cronograma

Presente – colheita de dados prevista para os meses de novembro – dezembro (embora no texto seja referido que a recolha de dados será feita durante o mês de janeiro)

Custos, Financiamento e Recursos Humanos (Indicar se envolve recursos humanos das instituições envolvidas)

Os custos existentes, serão assumidos pelo investigador. Estes custos incluem o tempo para a explicação e aplicação dos questionários, feito exclusivamente pela investigadora, bem como dos materiais utilizados, nomeadamente papel (25€), canetas (5€), fotocópias (50€) e custos associados às deslocações (100€), assim como um investimento pessoal para a sua realização, o que representa, para além do valor financeiro, um investimento do próprio.

2.2.7. Aspectos éticos

Deve ser claramente referido:

- Danos e riscos prováveis da investigação nos participantes (danos físicos, emocionais ou psicológicos), formas previstas para diminuir a sua ocorrência e ações programadas para os resolver.

O estudo terá como benefício, a prevenção das adições tecnológicas, através da capacitação dos Pares, não trazendo nenhum risco ou dano de saúde (físicos, emocionais ou psicológicos) para os participantes, decorrentes desta investigação.

- Explicar como é feita a proteção dos dados:
 - Prevê-se a recolha de dados de saúde sensíveis dos participantes?

Não

- Processos de anonimização/anonimização Irreversível ou pseudonimização dos dados/codificação de dados;

Os dados pessoais serão recolhidos para a finalidade determinada, explícita e legítima, cumprindo o princípio da confidencialidade. Será atribuído um código aos questionários (...)

- Processo de armazenamento dos dados e sua segurança: quem vai ter acesso, como é prevenido acesso acidental ou propositado de terceiros;

(...) estes [questionários] serão destruídos, após a recolha da informação para uma base de dados com uma acessibilidade limitada por password. Os dados serão tratados de forma a garantir a sua segurança, arquivados no computador pessoal do investigador; também este com acesso condicionado por password pessoal, sendo ele o responsável pelo tratamento dos mesmos.

- No final da investigação qual o destino a dar aos formulários de recolha de dados, consentimentos informados, demais suportes de informação, bases de dados, amostras

biológicas. O que não vai ser destruído, onde fica guardado, para que fins e com que medidas de proteção. Quanto tempo vai ficar guardado até ser destruído

(...) estes serão destruídos, em máquina trituradora de papel, após a recolha da informação para uma base de dados com uma acessibilidade limitada por password. Os Consentimentos Informados serão, também, destruídos, em máquina trituradora de papel, após a etapa de tratamento dos dados. A destruição destes documentos será efetuada na presença de duas testemunhas (a Coordenadora da ANFR e a Orientadora Clínica).

As formas previstas de divulgação dos resultados

As formas previstas para a divulgação de resultados, serão sob a forma de relatório final, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e na Comissão de Ética e sob a forma de apresentação teórica, na UCC Integrar na Saúde e na Associação Nacional de Futebol de Rua.

Conflitos de interesse existentes

Não existe a aplicabilidade de Conflito de Interesses

Acesso aos participantes / pedido de consentimento:

- Prevê-se a obtenção do consentimento informado dos participantes? Quem terá a responsabilidade pela sua obtenção?

Os adolescentes serão convidados a participar, tendo a total liberdade para aceitar ou não a sua participação no estudo. Tendo a sua aceitação, será dado um Consentimento Informado, para assinarem, eles ou os Pais, no caso de serem menores.

- Existe um formulário de consentimento?

Sim

Folha de informação ao/à participante no estudo e formulário de consentimento informado **	
Título do projeto;	✓
Promotor;	✓
Local onde se realiza o estudo	✓
Responsável pelo estudo/ Nome do investigador principal e dos co investigadores	✓
Objetivo do estudo / Descrição da investigação: o que vai ser feito, porque vai ser feito, como vai ser feito	✓
Porque está a ser convidado/a a participar	✓
O que irá acontecer se decidir participar / Descrição da participação do sujeito na investigação, incluindo procedimentos experimentais	✓
Quais os possíveis riscos e benefícios em participar no estudo / Informação sobre os riscos previsíveis da participação; se não existirem benefícios diretos para o participante isto deverá ser indicado	✓
Indicação do carácter voluntário da participação, podendo o participante retirar-se deste sem consequências e mantendo o seu tratamento médico sem alterações	✓
Indicação de que os/as participantes não recebem compensação monetária por participar no estudo (mas devem ser ressarcidos de eventuais gastos em transporte e afins se houver lugar a deslocações e procedimentos ou consultas que estejam fora do seguimento habitual do participante)	✓
Como se protegerá a privacidade e o que acontecerá aos dados do/da	✓

participante (explicitar que caso o participante pretenda retirar-se do estudo a partir de um período de tempo poderá não haver lugar ao apagamento dos dados recolhidos até aquele momento)	
Contactos da equipa de investigação, do Encarregado de Protecção de Dados e das pessoas a contactar em caso de dúvidas, problemas ou questões sobre direitos do participante	✓
Se há recolha de amostras biológicas, indicar qual o seu destino após a utilização para que é dado o consentimento; indicar se as amostras serão destruídas ou conservadas; no último caso indicar como será preservado o anonimato	NA
Declaração do sujeito indicando que foi informado e compreende as condições de sua participação e as aceita. No caso de pessoas menores ou não legalmente competentes, deve ser previsto o consentimento da pessoa legalmente responsável pelo sujeito. No caso de pessoas que não sabem ler ou escrever, o consentimento deve ser lido e explicado pelo investigador ou seu representante e o consentimento deve ser obtido mediante aposição de impressão digital em presença duma testemunha	Parcial *
Nome e assinatura do investigador que convida e nome e assinatura de quem aceita participar, em duplicado, ficando o original na posse do investigador e uma cópia para o/a participante	✓

Tabela 1 - Apreciação do Formulário de Consentimento Informado

Observações: * o participante deve declarar que foi informado, compreende as condições de sua participação/do seu educando e as aceita

Cronograma: Presente

CV dos investigadores: Presente

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: Presente

Declaração dos profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores: NA

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: UCC e Associação Nacional de Futebol de Rua – presentes

Declaração do Director Executivo do ACES : Presente

Previsão de custos financeiros para os ACES: "Os custos existentes, serão assumidos pelo investigador."

Compromisso de entrega de relatório final: Não

Critérios de apreciação de estudos, pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT:

Envolve utentes e/ou profissionais de Saúde da ARSLVT? Sim

É um estudo que ainda não se iniciou? Sim

É um estudo que envolve seres humanos: Sim

É uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento: Sim

Comentários

Trata-se de um projeto de intervenção que tem como objetivo contribuir para a prevenção das adições tecnológicas na adolescência com utilização da educação pelos pares. O projeto utiliza a metodologia de planeamento em saúde e, na fase de diagnóstico inicial propõe a aplicação de questionários. As respostas enviadas pela investigadora satisfazem, de forma geral as questões enviadas. Subsistem, no entanto algumas dúvidas que se pretende esclarecer.

O tipo de desenho do estudo proposto (transversal) e o tipo de análise estatística (não descrito no protocolo) não clarificam se as variáveis incluídas no questionário são apenas de caracterização da amostra



ou se será feita correlação com o tipo de acesso e utilização da internet (o que justificaria a introdução de variáveis como o peso, altura, hábitos alimentares, etc.).

Reforçamos também que, a bem da transparência científica, seja reconsiderada a opção pela destruição imediata dos questionários e outros materiais logo após o tratamento dos mesmos e que seja incluída a informação sobre como ficam guardados, com que medidas de proteção e durante quanto tempo, antes de serem destruídos.

O texto relativo à informação aos participantes e consentimento informado deverá ser revisto tendo em conta os itens constantes na Tabela 1 e respetivo campo de observações.

Por fim, solicitamos declaração de compromisso de envio do relatório final a esta comissão.

Propomos emissão de favorável, condicionado ao envio das respostas e documento solicitados.

Ficaremos a aguardar pela resposta, no prazo de 6 meses, uma vez ultrapassado este prazo, será necessária uma nova submissão.

Relativamente às respostas, agradecemos que nos sejam enviadas, com as alterações devidamente assinaladas.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética da ARSLVT

08/01/2021

Comentários

Trata-se de um projeto de intervenção que tem como objetivo contribuir para a prevenção das adições tecnológicas na adolescência com utilização da educação pelos pares. O projeto utiliza a metodologia de planeamento em saúde e, na fase de diagnóstico inicial propõe a aplicação de questionários.

Após reunião com a investigadora em 13 de maio, as respostas enviadas pela mesma continuam a não esclarecer cabalmente as questões levantadas nos pareceres intermédios.

Relativamente às variáveis de caracterização da amostra foi acrescentada a seguinte informação: "Foram introduzidas mais algumas variáveis, no instrumento de colheita de dados, apenas para poder fundamentar, se existir, a relação entre elas e as adições tecnológicas" (p.12). Mantemos que importa clarificar o desenho do estudo, nomeadamente no que diz respeito ao tratamento dos dados, que deve especificar o tipo de tratamento estatístico bem como a forma como serão tratados os dados incompletos ou em falta.

Relativamente à conservação dos formulários, dados e outros materiais, embora refira que " [os dados] serão, também eliminados depois de um período provável de dois anos após a publicação dos dados em estudo" (p. 12), a investigadora mantém que "[os questionários] serão destruídos, em máquina trituradora de papel, após a recolha da informação para uma base de dados (...) os Consentimentos Informados serão, também, destruídos, em máquina trituradora de papel, após a etapa de tratamento dos dados." (p. 11), "estes dados serão destruídos, bem como os consentimentos informados, após ter sido feita a sua análise e interpretação" (p. 12) e que "sendo os questionários e os consentimentos informados, destruídos após a recolha de dados efetuada para uma base de dados" (p. 26).



Relembramos que, a bem da verificabilidade e transparência científica, importa que os suportes de informação permaneçam devidamente armazenados durante um tempo razoável, que permita o retorno aos dados, se necessário, após publicação / divulgação dos resultados. Mantém-se assim a dúvida sobre como ficam guardados, com que medidas de proteção e durante quanto tempo, antes de serem destruídos.

Mantemos a proposta de emissão de favorável, condicionado ao envio de respostas às questões enunciadas.

17.09.2021

Declaração de Conflito de interesses: nada a declarar

Pela secção de Investigação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Apreciação final:

Trata-se de um projeto de intervenção que tem como objetivo contribuir para a prevenção das adições tecnológicas na adolescência com utilização da educação pelos pares. O projeto utiliza a metodologia de planeamento em saúde. Na fase de diagnóstico de situação é proposta a realização de um estudo cujo desenho não foi explicitado, mas cuja descrição parece corresponder a um estudo observacional, transversal e analítico.

No protocolo agora enviado, a investigadora esclarece todas as dúvidas colocadas por esta CES nos pareceres intermédios e discutidas nas reuniões de 13 de maio de 2021 e de 20 de julho de 2022.

Neste contexto sugerimos a emissão de parecer favorável à realização do estudo.

28.07.2022

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética da ARSLVT

Anexo II – Autorização da Escala GPIUS2

Consentimento aplicação de escala Caixa de entrada x



Ana Paula Fernandes Das Neves

18/10/2020, 12:29   

para ivonemartinspatrao@gmail.com, mim, Sandra ▾

Bom dia, Exma. Prof. Doutora Ivone Patrão,

Sou docente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e estou a orientar uma estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária de nome Paula Cristina Teles Neto.

O seu projeto tem o título de Prevenção das Adições Tecnológicas na Adolescência através da Capacitação dos Pares: Um Projeto de Intervenção Comunitária. A estudante gostaria de aplicar a Escala de Uso Generalizado Problemático da Internet 2 (EGPU), por si traduzida e validada para a população portuguesa.

A estudante necessita da sua **autorização** para fazer o pedido à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT que levará o seu tempo a produzir um parecer. De acordo com a organização/cronograma deste mestrado, temos que enviar este pedido à comissão de ética com urgência, pelo que necessitamos de uma resposta da sua parte. Peço, por favor, que entenda o caráter urgente desta mensagem.

Estou ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

O meu contato pessoal é:

Ana Paula Neves
965605187

Cordialmente

Prof. Ana Paula Neves

De: Geração Cordão <geracaocordao@gmail.com>

Enviado: 19 de outubro de 2020 14:53

Para: Ana Paula Fernandes Das Neves <ana.neves@esel.pt>

Assunto: Re: Consentimento aplicação de escala

Cara Profª Ana Paula

Agradeço o seu contacto.

Felicito o tema do trabalho.

Estejam à vontade para o uso da escala.

Ao dispor,

cumps

Ivone Patrão, MsC, PhD

Psicóloga Clínica e Terapeuta Familiar

Docente e Investigadora ISPA (APPsyCI)

#GeraçãoCordão

MISSÃO 2050 - Promoção do uso saudável da tecnologia

**Anexo III – Autorização do Coordenador da
Associação onde decorreu o Estágio**

Exma. Sra. Coordenadora de Projeto

Eu, Paula Cristina Teles Neto, Enfermeira e mestranda do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, solicito a sua autorização para o desenvolvimento do projeto Prevenção das adições tecnológicas na adolescência, através da capacitação dos Pares: Um Projeto de Intervenção Comunitária.

Este projeto será desenvolvido na em colaboração com um dos seus Parceiros Comunitários, a e pretende fazer um diagnóstico de situação sobre as adições tecnológicas neste grupo e ajudar na sua capacitação sobre esta temática para, posteriormente, serem estes jovens a capacitar os seus Pares.

Para a elaboração deste projeto, tenho como Orientadora Pedagógica a Prof.ª Ana Paula Neves e como Orientadora Clínica a Enf.ª Sandra Esteves.

Eu, (nome) Ana Maria Regalheira de Silva Paulo,
Coordenadora de Projeto da Associação Nacional de Futebol de Rua (ANFR),
declaro que estão reunidas as condições materiais e humanas para a
realização do Projeto de Investigação sobre a Prevenção das Adições
Tecnológicas na adolescência, através da capacitação dos Pares: Um Projeto
de Intervenção Comunitária.

Local Lisboa

Data 16/08/2020

Assinatura



Anexo IV – Autorização do Coordenador da UCC

Exma. Sra. Coordenadora da
Enfermeira

Eu, Paula Cristina Teles Neto, Enfermeira e mestranda do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, solicito a sua autorização para o desenvolvimento do projeto Prevenção das adições tecnológicas na adolescência, através da capacitação dos Pares: Um Projeto de Intervenção Comunitária.

Este projeto será desenvolvido na em colaboração com um dos seus Parceiros Comunitários, a e pretende fazer um diagnóstico de situação sobre as adições tecnológicas neste grupo e ajudar na sua capacitação sobre esta temática para, posteriormente, serem estes jovens a capacitar os seus Pares.

Para a elaboração deste projeto, tenho como Orientadora Pedagógica a Prof.ª Ana Paula Neves e como Orientadora Clínica a Enf.ª Sandra Esteves.

Eu, (nome) Maria Terzela Videira Antunes,
Coordenadora da declaro que estão reunidas as condições materiais e humanas para a realização do Projeto de Investigação sobre a Prevenção das Adições Tecnológicas na adolescência, através da capacitação dos Pares: Um Projeto de Intervenção Comunitária.

Local Lisboa
Data 13 / 08 / 2020

Assinatura

Antunes



Anexo V – Autorização do Diretor do ACES



DECLARAÇÃO

Na qualidade de Directora Executiva do
, declaro que existem condições logísticas, humanas e éticas para assegurar a realização do projecto "Prevenção das Adições Tecnológicas na Adolescência através da Capacitação dos Pares: Um Projecto de Intervenção Comunitária", na UCC – Integrar na Saúde /ACES Lisboa Norte, sob a Orientação Pedagógica da En^{fa} Ana Paula Neves e sob a Orientação Clínica da En^{fa} Sandra Esteves.

Dr. João Ramires
Presidente do C. Clínico e da Saúde
ACES Lisboa Norte



20/8/2020

Data

Anexo VI – Declaração da Orientadora Clínica

Declaração de Aceitação de Orientação

Eu, (nome do Orientador) Saucho Cristina Alves Laria Diteiz,
Enfermeira Especialista de Enfermagem Comunitária, a exercer funções na
, declaro que aceito orientar o Projeto da estudante, da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Paula Cristina Teles Neto,
nº 9489, do 11º Mestrado de Enfermagem na área de Especialização em
Enfermagem Comunitária, com o título Prevenção das adições tecnológicas na
adolescência, através da capacitação dos Pares: Um Projeto de Intervenção
Comunitária.

Local UCC Integrar na Saúde

Data 13 / 08 / 2020

Assinatura

Saucho Cristina Alves Laria Diteiz

ARS Lisboa e Vale do Tejo
ACES Lisboa Norte
Unidade de Cuidados na Comunidade Integrar na Saúde
Rua Rainha Dona Brites
1500-534 Lisboa

Anexo VII – Declaração da Orientadora Pedagógica

Declaração de Aceitação de Orientação

Eu, (nome do Orientador)

Professor (categoria)

declaro que aceito orientar

do (a) estudante (nome e número de estudante)
 do curso de

Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

Mestrado em Enfermagem

com o Título

Lisboa, 7 de Agosto de 2020

O Orientador,

Ana Paula Neves

O Coorientador,

Anexo VIII – Escala GPIUS2

Generalized Problematic Internet Use Scale (GPIUS2)

Para responderes a esta parte do questionário, deves colocar uma cruz, na coluna que tem a resposta, que tu achas estar mais de acordo com o que pensas.

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Discordo Um Pouco	4 Neutro	5 Concordo um Pouco	6 Concordo	7 Concordo Totalmente
1. Prefiro a interação social online em relação à comunicação face-a- face.							
2. Usei a Internet para falar com outras pessoas quando me senti sozinho(a).							
3. Quando não estou online por algum tempo, começo a preocupar-me com a ideia de me conectar.							
4. Tenho dificuldade em controlar a quantidade de tempo que passo online.							
5. Tenho dificuldades em gerir a minha vida por causa da Internet.							
6. Sinto-me mais confortável com a interação social online do que com a interação face-à-face.							
7. Usei a Internet para me sentir melhor quando estava em baixo.							
8. Sentir-me-ia perdido(a) se não me pudesse conectar à Internet.							
9. Sinto que é difícil controlar o meu uso da Internet							

10. Perdi compromissos ou actividades sociais por causa do meu uso da Internet.							
11. Prefiro comunicar-me com as pessoas online em vez de face-à-face.							
12. Usei a Internet para me sentir melhor quando estava chateado(a).							
13. Penso obsessivamente em estar online quando não estou na Internet.							
14. Quando não estou na Internet, é difícil resistir ao impulso de me conectar.							
15. O meu uso da Internet criou problemas na minha vida.							

**ANEXO IX – Comprovativo de participação no
RACS**

rRACS
2021



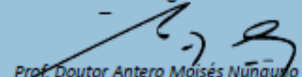
4ª Reunião
Internacional da Rede
Académica das Ciências
da Saúde da Lusofonia

CERTIFICADO

Paula Cristina Teles Neto participou como co-autor/a do tema: *Prevenção das adições tecnológicas na adolescência através da capacitação dos pares: uma intervenção em enfermagem comunitária* na 4ª rRACS 2021, organizada pela Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia, nos dias 25, 26 e 27 de novembro de 2021, em Angola.

Benguela, 27 de Novembro de 2021

Comissão Organizadora


Prof. Doutor Antero Moisés Nungu
(Presidente)

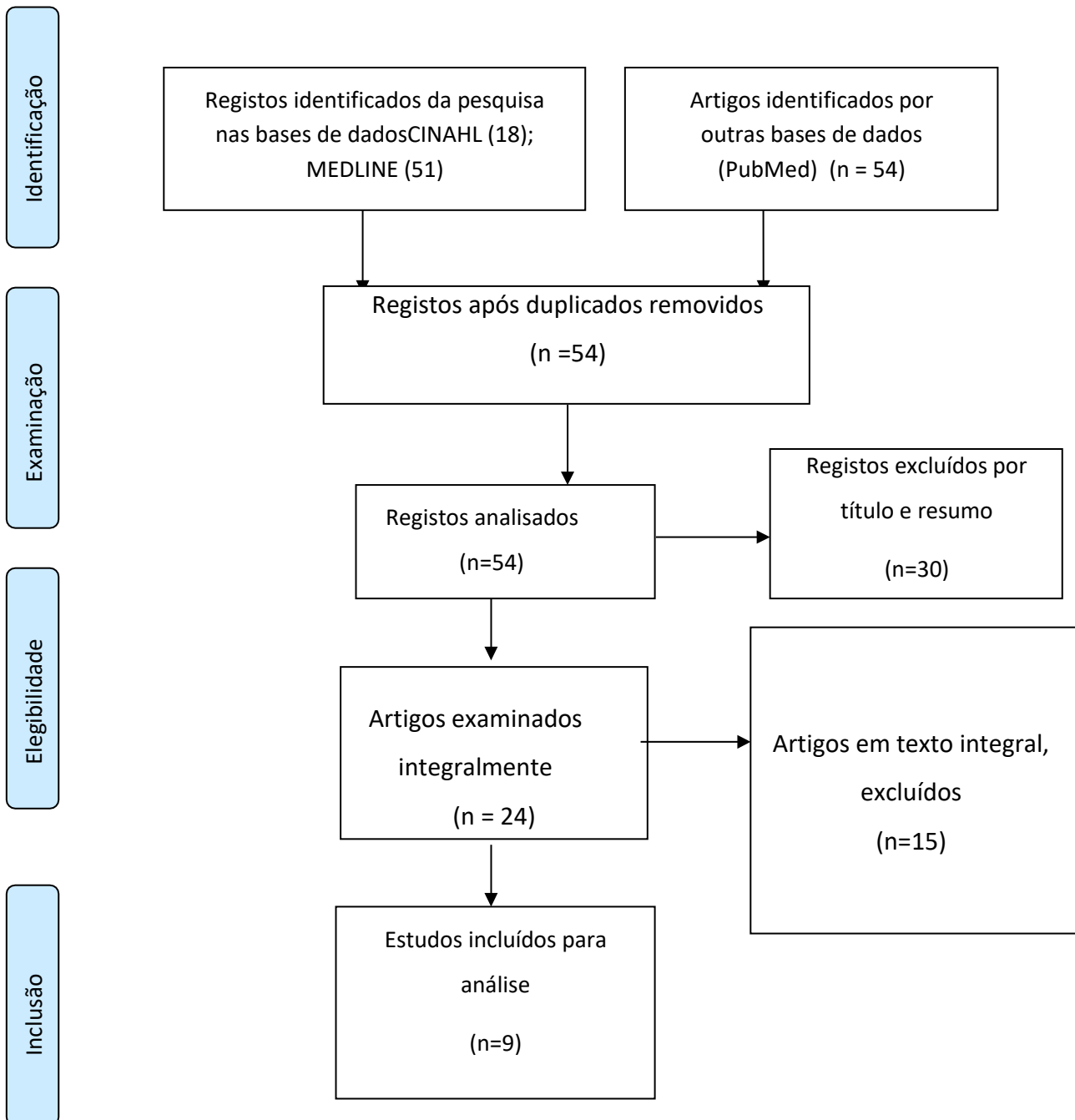


 Rede Académica
das Ciências da Saúde
da Lusofonia

APÊNDICES

Apêndice I – Prisma da Scoping Review

FLUXOGRAMA PRISMA 2009



Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

**Apêndice II – Tabela de Artigos Selecionados na
Scoping Review**

Titulo	Autores	Ano	Resumo
Excessive Use Patterns and Internet Use Disorders: Effects on Psychosocial and Cognitive Development in Adolescence	Kai W. Muller Lara Sherer	2022	Este artigo apresenta uma visão geral sobre os aspetos negativos das tecnologias digitais, baseado numa seleção de estudos que investigam os potenciais efeitos negativos destas tecnologias no desenvolvimento dos adolescentes, a nível psicossocial e cognitivo. Como conclusão, apresenta a recomendação de um acompanhamento parental de proximidade na descoberta do mundo virtual, com regras claras, apoiando esta alfabetização tecnológica com hábitos de uso funcional, prevenindo assim os efeitos nocivos.
Cyberbullying Prevention for Adolescents: Iterative Qualitative Methods for Mobile Intervention Design	Ranney ML, Pittman SK, Moseley I, Morgan KE, Riese A, Ybarra M, Cunningham R, Rosen R.	2021	Este artigo apresenta-nos um estudo qualitativo sobre a possível aceitabilidade de uma intervenção que será iniciada, no contexto dos cuidados pediátricos, a adolescentes com historial de cibervitimização por cyberbullying. Segundo os autores, a cibervitimização entre os adolescentes está associada a múltiplas consequências negativas a nível da saúde mental.
Problematic interactive media use in teens: comorbidities, assessment, and treatment	Pluhar E, Kavanaugh JR, Levinson JA, Rich M.	2019	Este artigo apresenta-nos um estudo sobre o uso problemático da Internet, as suas comorbilidades, avaliação e tratamento. Segundo os autores, esta dependência é cada vez mais diagnosticada pelos pediatras nas suas consultas. A utilização da internet é uma constante entre os adolescentes a nível de comunicação, aprendizagem e divertimento, no entanto, o seu uso excessivo pode levar à existência de uma deficiência funcional. O UPI pode resultar em insucesso académico, exclusão social, problemas comportamentais, conflitos familiares e problemas de saúde física e mental. Segundo os autores, não existe um diagnóstico formal para descrever o espectro de comportamentos do UPI, o que leva à não existência de intervenções terapêuticas padronizadas. A orientação antecipada ajudará a identificar jovens em risco, pelo que é primordial a capacitação dos pais para o reconhecimento e prevenção dos problemas. O artigo fala ainda da importância de

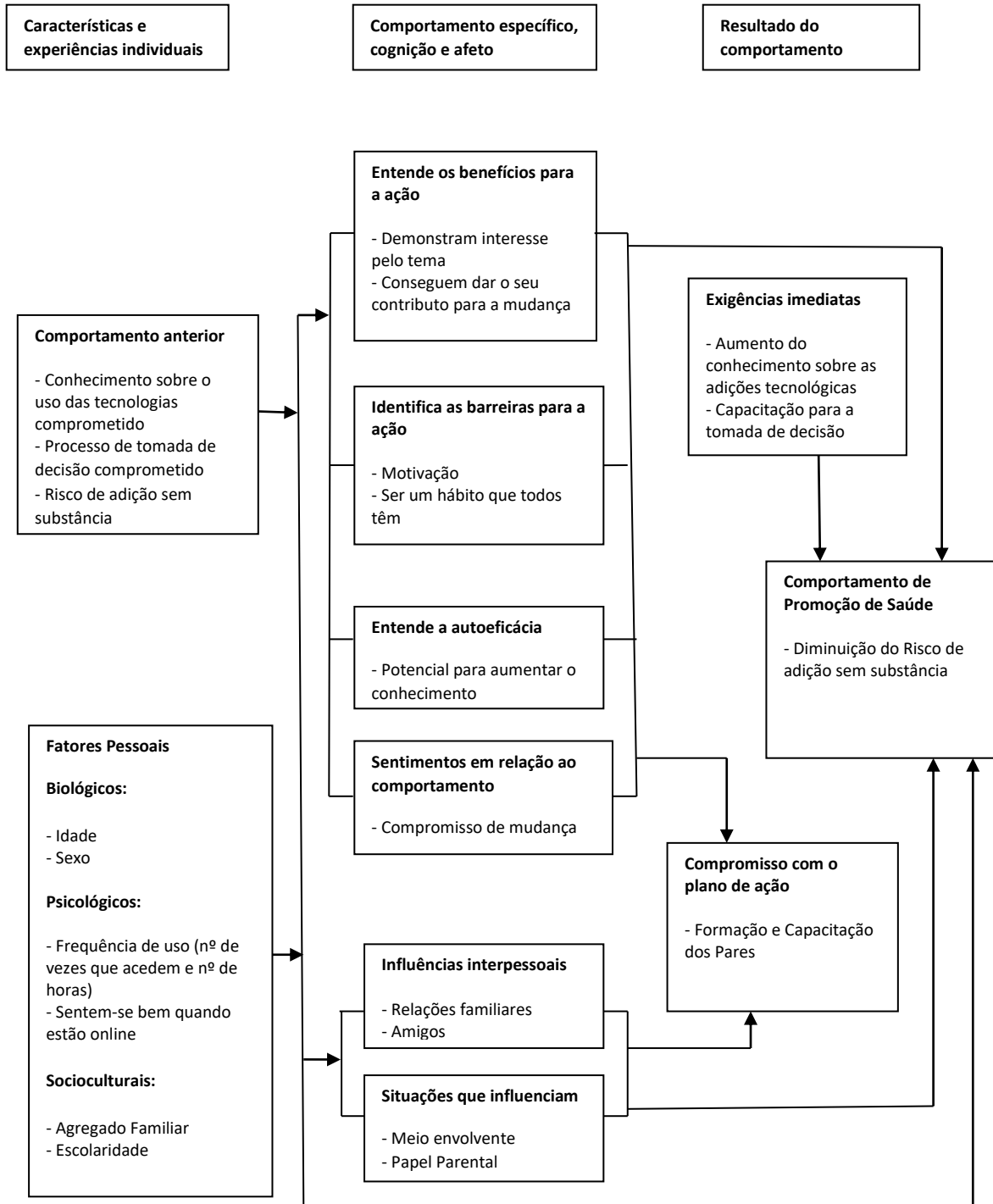
			fazer diagnósticos baseados na evidência, a fim de se poderem desenvolver e avaliar estratégias terapêuticas, bem como da importância de os profissionais de saúde estarem treinados para o reconhecimento do UPI.
Digital Media, Participatory Politics, and Positive Youth Development	Middaugh E, Clark LS, Ballard PJ.	2017	Este artigo apresenta uma visão diferente do uso das tecnologias, pois segundo os autores a pesquisa sobre as implicações sociais do uso das tecnologias pelos adolescentes, normalmente concentra-se na identificação e prevenção de riscos. Os autores evidenciam a adolescência como uma fase de rápida expansão de capacidades, expectativas de autonomia e exploração de identidade, pelo que a importância do desenvolvimento cívico juvenil durante esta fase beneficiará o posterior desenvolvimento cívico adulto, promovendo também resultados positivos no desenvolvimento. Os autores sugerem que existem diversos pontos positivos no uso da Internet, como a pesquisa de informações, o uso de sites de redes sociais e a participação em comunidades online, que podem promover o empowerment cívico e que as ferramentas digitais desempenham um papel importante nos esforços de empoderamento dos jovens
A 2-year longitudinal study of prospective predictors of pathological Internet use in adolescents	Strittmatter E, Parzer P, Brunner R, Fischer G, Durkee T, Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Sarchiapone M, Wasserman D, Resch F, Kaess M.	2016	Este é um estudo longitudinal que foi realizado no âmbito de um projeto financiado pela União Europeia “Saving and Empowering Young Lives in Europe” durante um período de dois anos. Segundo os autores, faltam estudos longitudinais na área do UPI. Neste estudo o UPI foi avaliado pelo Young Diagnostic Questionnaire, tendo ainda em consideração os factores demográficos (género), sociais (envolvimento dos pais), psicológicos (problemas emocionais) e relacionados com o uso da Internet (atividade online). Os autores destacam como resultados deste estudo que os sintomas atuais de UPI foram os que melhor previram o UPI posterior; os sintomas emocionais também previram o UPI além do UPI anterior e ainda que tanto os sintomas quanto os problemas emocionais do UPI podem contribuir para a instalação de um ciclo vicioso que sustenta a perpetuação do UPI.

Pathological Internet Use and Risk-Behaviors among European Adolescents	Durkee T, Carli V, Floderus B, Wasserman C, Sarchiapone M, Apter A, Balazs JA, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Haring C, Hoven CW, Kaess M, Kahn JP, Nemes B, Postuvan V, Saiz PA, Värnik P, Wasserman D.	2016	Segundo os autores, os comportamentos de risco são um dos principais factores que contribuem para as principais causas de morbilidade entre adolescentes e jovens, no entanto, a sua associação com o UPI ainda não está muito explorada, essencialmente no contexto europeu. Este é um estudo transversal que tem como objetivo principal investigar a associação entre os comportamentos de risco e o UPI nos adolescentes europeus. Como resultados obtidos, os autores evidenciam que os adolescentes que relatam maus hábitos de sono e ações de risco tinham associações fortes com o UPI, seguidas do consumo do tabaco, da má nutrição e da inatividade física. Os autores referem ainda que dos adolescentes do grupo do UPI, 89,9% foram caracterizados como tendo múltiplos comportamentos de risco, pelo que consideram muito importante colocar sempre em consideração o UPI quando é feito o rastreio, tratamento ou prevenção de comportamentos de alto risco entre os adolescentes.
Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors	Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Cotter P, Despalins R, Graber N, Guillemin F, Haring C, Kahn JP, Mandelli L, Marusic D, Mészáros G, Musa GJ, Postuvan V, Resch F, Saiz PA, Sisask M, Varnik A, Sarchiapone M, Hoven CW,	2012	Segundo os autores, este foi um estudo transversal que teve como objetivo investigar a prevalência do UPI e do Uso Inadequado da Internet (UII) entre os adolescentes de onze países europeus (Áustria, Estónia, França, Alemanha, Hungria, Irlanda, Israel, Itália, Roménia, Eslovénia, e Espanha) em relação a fatores demográficos, sociais e de acessibilidade à Internet, tendo a Suécia como centro coordenador. Nos resultados, os autores destacam que as atividades mais procuradas na Internet, entre os adolescentes, são assistir a vídeos, salas de conversação e redes sociais. A residência nas cidades está mais associada ao UPI e os adolescentes que não residem com os seus pais biológicos, que têm um baixo envolvimento com os pais ou em situações que estes estejam desempregados têm maiores taxas de UPI e UII. Concluíram ainda que em vários países da Europa existe uma prevalência de UPI de 4,4%, entre os adolescentes, mas esta prevalência varia de acordo com o país, sexo e que os adolescentes

	Wasserman D.		sem apoio emocional e psicológico correm um maior riscos.
Effects of an empowerment education program in the prevention of internet games addiction in middle school students	Joo A, Park I.	2010	Segundo os autores, este estudo teve como objetivo determinar os efeitos de um Programa de Educação de Empowerment sobre o vício de jogos de Internet, capacitação e stress nos alunos do ensino secundário, fazendo a distinção entre dois grupos de teste, um experimental e um de controlo. Como resultados obtiveram que o grupo experimental teve uma pontuação de Empowerment superior, uma pontuação de vicio de jogo na Internet e de stress inferior, pelo que chegaram à conclusão de que seria muito benéfico o uso deste Programa de Educação de Empowerment.
Youth Internet use: risks and opportunities	Guan SS, Subrahmanyam K.	2009	Este estudo evidencia o papel primordial da Internet na vida dos adolescentes. Não fala apenas nos riscos da sua utilização mas também das oportunidades que esta pode oferecer, fazendo os autores uma pesquisa sobre estudos que investigam os riscos (vicio de jogo, cyberbullying e assédio sexual) e os que investigam os aspetos positivos (potencial de aprendizagem, melhoria das relações sociais e prestação de intervenções de saúde). Os autores referem também o facto de que os adolescentes não são suscetíveis de igual forma, por isso se torna necessário a identificação dos adolescentes de maior risco e o desenvolvimento de intervenções eficazes neste sentido.

**Apêndice III – Diagrama do Modelo de Promoção de
Saúde**

Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde (adaptado)



Apêndice IV – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do estudo: “Prevenção das Adições Tecnológicas na Adolescência através da Capacitação dos Pares: Uma Intervenção em enfermagem Comunitária”

O estudo de investigação, acima mencionado, realizado na Associação [REDACTED], no âmbito do Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação pedagógica da Professora Ana Paula Neves e sob orientação clínica da Enfermeira Sandra Esteves, tem como objetivo contribuir para o processo de capacitação dos Pares, na prevenção das adições tecnológicas na adolescência, com vista à adoção de comportamentos promotores de saúde.

Está a ser convidado a participar, com o preenchimento deste questionário, sendo a sua colaboração fundamental para se atingir o objetivo proposto.

Após o tratamento de dados recolhidos por este questionário, os participantes, poderão ser intervenientes, na sua capacitação e na dos seus pares, de acordo com a adoção de comportamentos promotores de saúde, tendo em vista, a prevenção das adições tecnológicas.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco, nem qualquer compensação monetária. As informações recolhidas serão efetuadas através de um questionário, no qual terá de despende cerca de 10 minutos, para o seu preenchimento.

Todas as informações recolhidas são confidenciais e de uso exclusivo para o presente estudo, sendo os questionários e os consentimentos informados, destruídos depois de um período provável de dois anos após a publicação dos dados em estudo. A recolha de dados será efetuada para uma base de dados, com acesso através de *password*, apenas conhecida pelo investigador.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si. Se tal acontecer, os seus dados serão eliminados na totalidade e de imediato, não havendo nenhum aproveitamento das respostas efetuadas, até ao momento.

O presente consentimento será feito em duplicado, ficando uma via para o investigador e outra para o participante.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que compreendi tudo o que me foi explicado e aceito participar nesta investigação.

(Próprio / Representante Legal, no caso de menores de idade)

Data: _____

Assinatura: _____

(Próprio / Representante Legal, no caso de menores de idade)

Data: _____

Assinatura: _____

Expliquei a natureza e o propósito do estudo

Data: _____

Assinatura: _____

(Paula Neto, paulaneto@campus.esel.pt)

Apêndice V – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

1. Idade: ____

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Peso: _____ Kg

4. Altura: _____ m

5. Ano de Escolaridade: __Ano

6. Já repetiste algum ano?

Sim Não

6.1. Se sim, quantas vezes? _____

7. Agregado familiar (com quem vives):

Mãe Pai Irmãos Avós Outros Quem? _____

8. Tens Irmãos?

Sim Não

8.1. Se sim, quantos? _____

8.2. De que idades? _____

9. Para além das aulas de Educação Física, praticas algum tipo de desporto?

Sim Não

9.1. Se sim, quantas horas por semana? _____

9.2. Que desporto (s) praticas? _____

10. Praticas uma alimentação, que consideras saudável?

Sim Não

11. Quais das seguintes opções fazem parte da tua alimentação?

Fruta

Snacks salgados

Doces

Água

Bebidas alcoólicas

Refrigerantes

Legumes

Sumos naturais

Carne

Saladas

Peixe

Outros

Quais? _____

12. Qual destas tecnologias costumavas utilizar habitualmente?

Televisão Computador Consolas Telemóvel *Tablet*

**Apêndice VI – Questionário sobre Hábitos de
Acesso à Internet**

Questionário sobre hábitos de acesso à Internet

1. Costumas aceder à internet?

Sim Não

1.1. Se sim, onde? (podes marcar mais do que uma opção)

Em casa Na escola Em casa de amigos Outros locais

2. Qual a frequência com que usas a internet?

1 vez por mês

1 vez por semana

3 vezes por semana

5 vezes por semana

Todos os dias

3. Quantas vezes, por dia, usas a internet?

1 2 3 4 5 Mais de 5 vezes

4. Normalmente, quanto tempo, por dia, usas a internet?

Até 1 hora

De 1 a 2 horas

De 3 a 4 horas

Mais de 4 horas Quantas? _____

5. O que costumavas fazer na internet? (podes marcar mais do que uma opção)

- Aceder às redes sociais
- Ir a *sites* do teu interesse
- Ler notícias
- Conversar com outras pessoas
- Fazer *downloads* (séries, filmes, jogos, músicas, etc.)
- Assistir a vídeos ou ouvir músicas
- Fazer compras
- Fazer pesquisas para trabalhos
- Participar em jogos *online*
- Apostas *online*
- Outras Coisas Quais? _____

6. Quais os *sites* que te interessam mais? (coloca por ordem de preferência, 1ª,2ª,3ª,etc)

- Redes sociais
- Notícias (sobre política, atualidades)
- Entretenimento (cinema, música, moda, desporto, etc.)
- Jogos
- Compras
- Outros Quais? _____

**Apêndice VII – Resultados do Questionário
Sociodemográfico**

Gráfico 2 – IMC

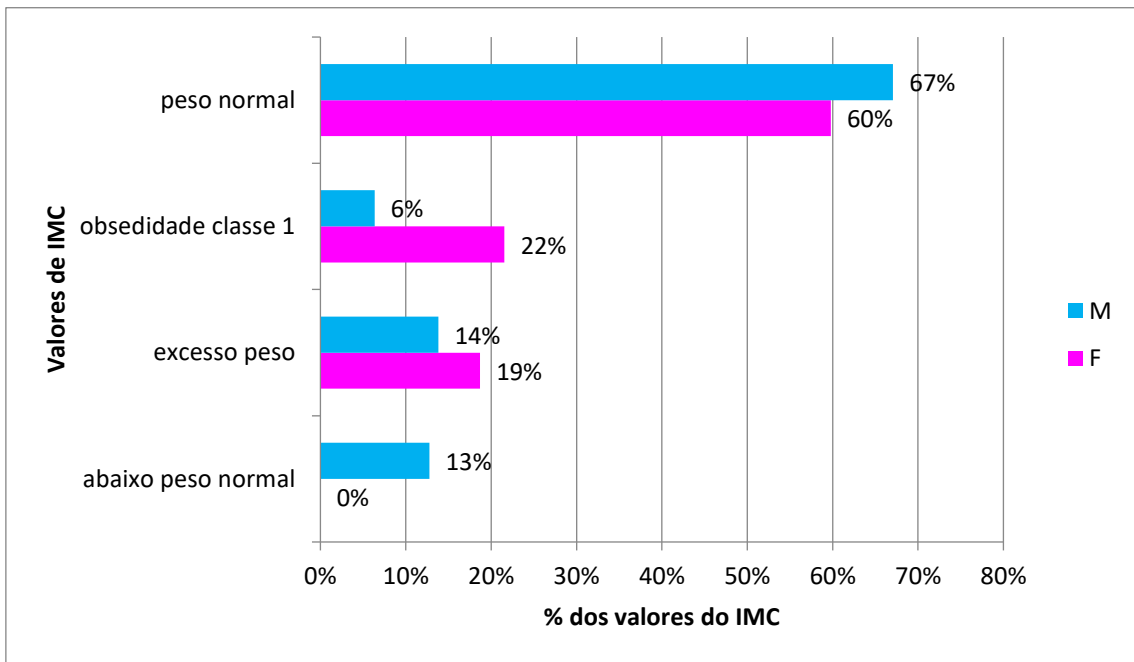


Gráfico 3 – Ano Escolaridade

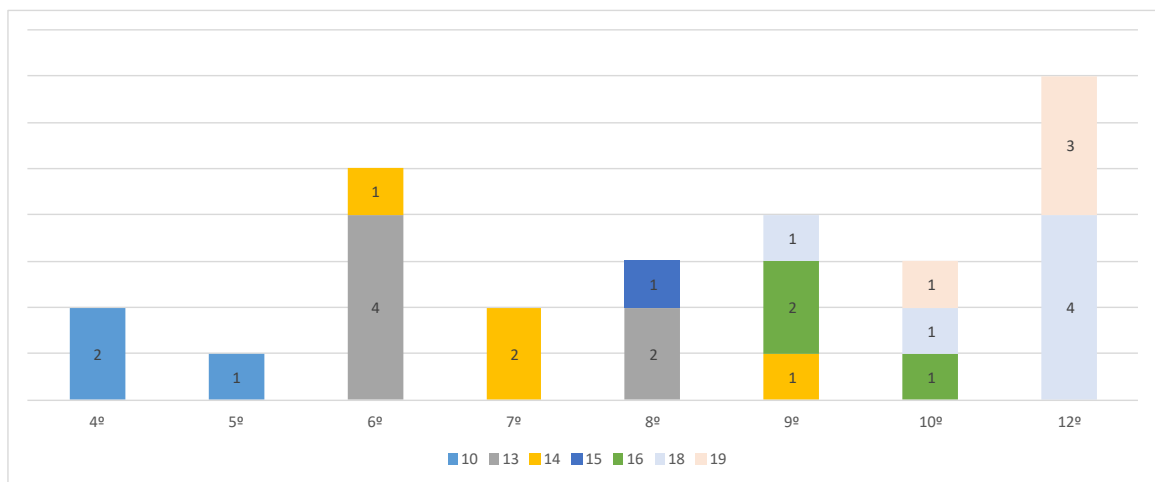


Gráfico 6 – Família Nuclear Pai / Mãe

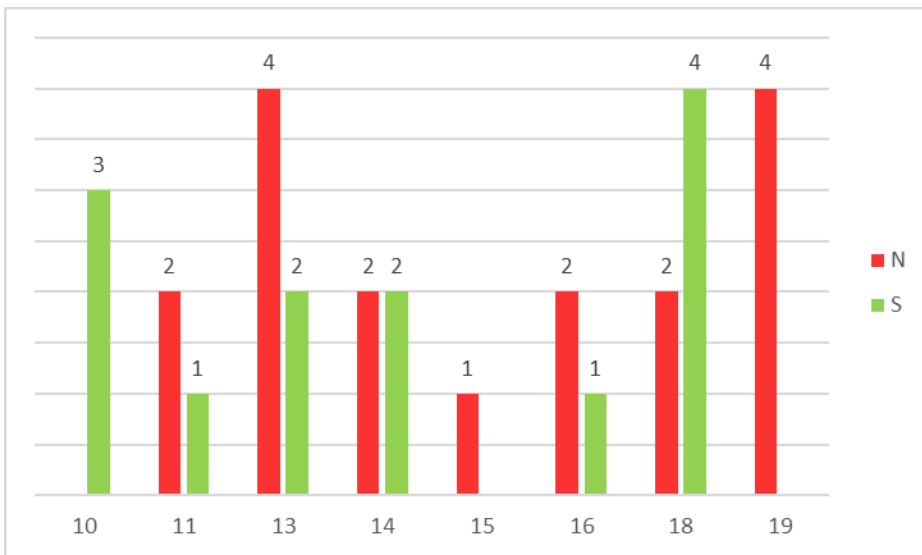


Gráfico 7 – Famílias alargadas

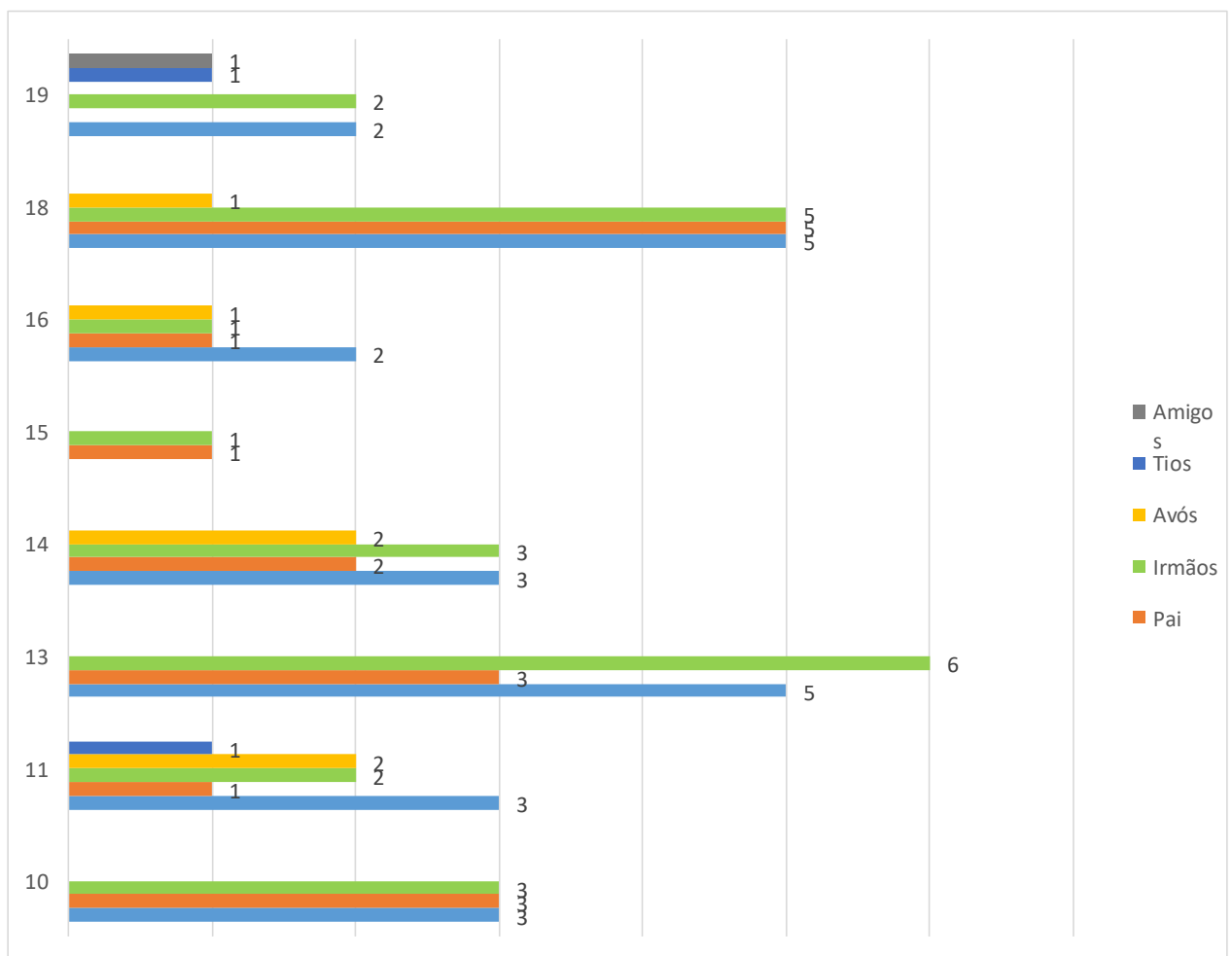


Gráfico 8 – Prática Desportiva fora da disciplina de Educação Física

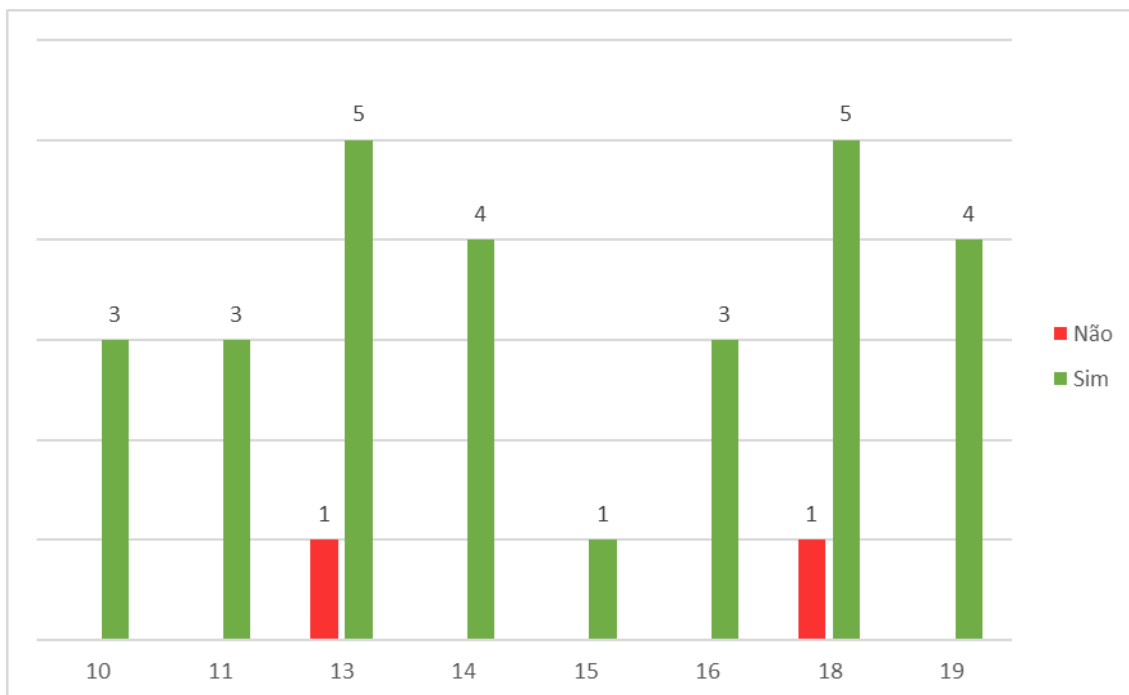


Gráfico 9 – Quais os desportos praticados

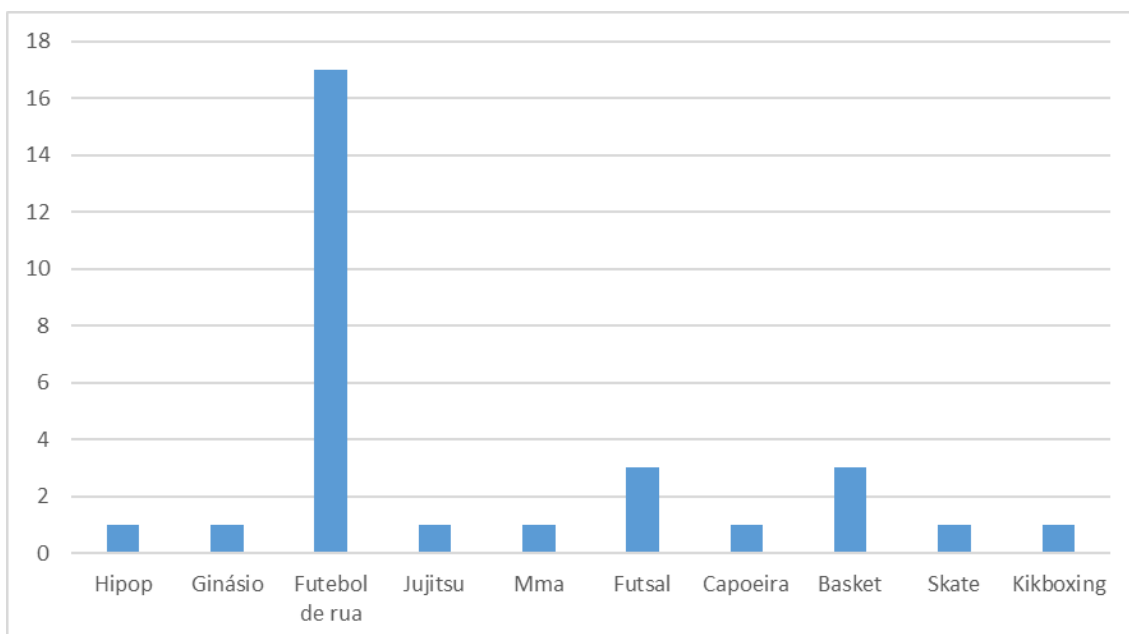


Gráfico 10 – Número de horas de exercício por semana

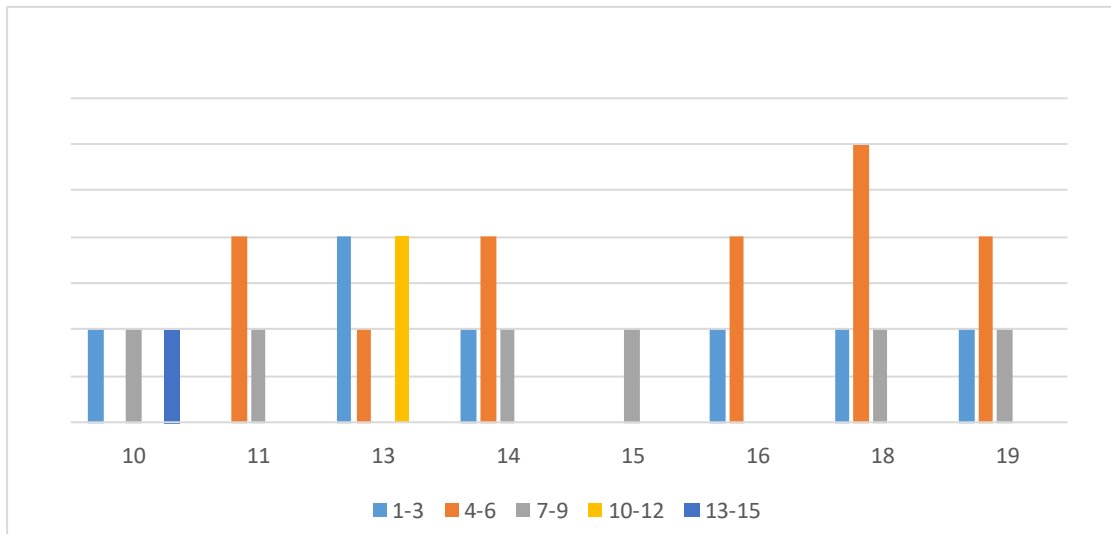


Gráfico 11 – Alimentação Saudável

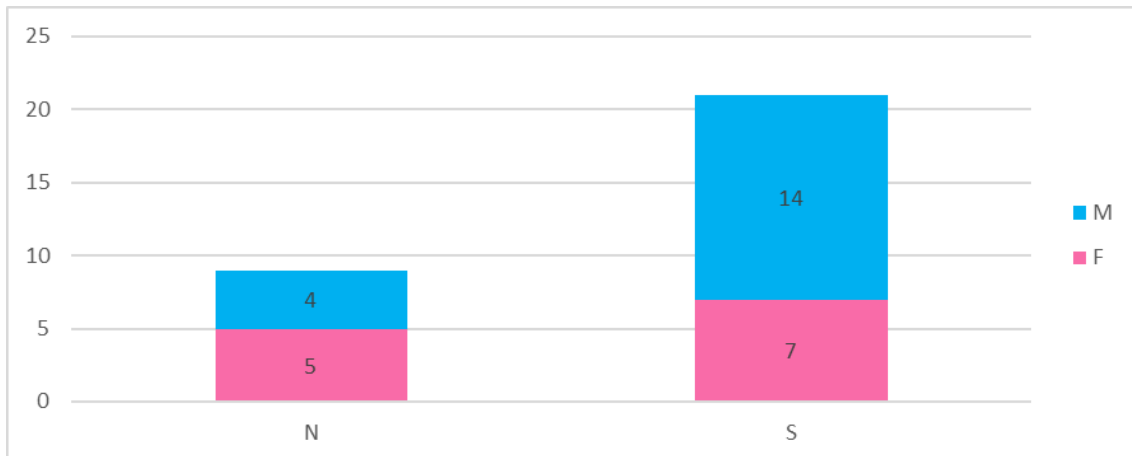
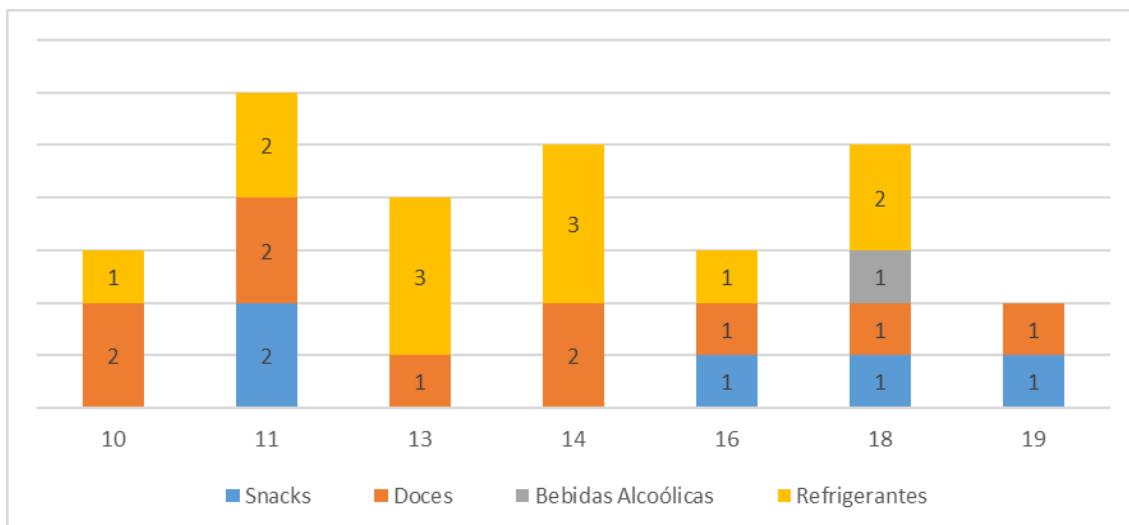


Gráfico 12 – Alimentação Saudável/Consumos nocivos



**Apêndice VIII - Resultados do Questionário de
Hábitos de Acesso à Internet**

Gráfico 18 – O que costumam fazer na Internet – Sexo Feminino

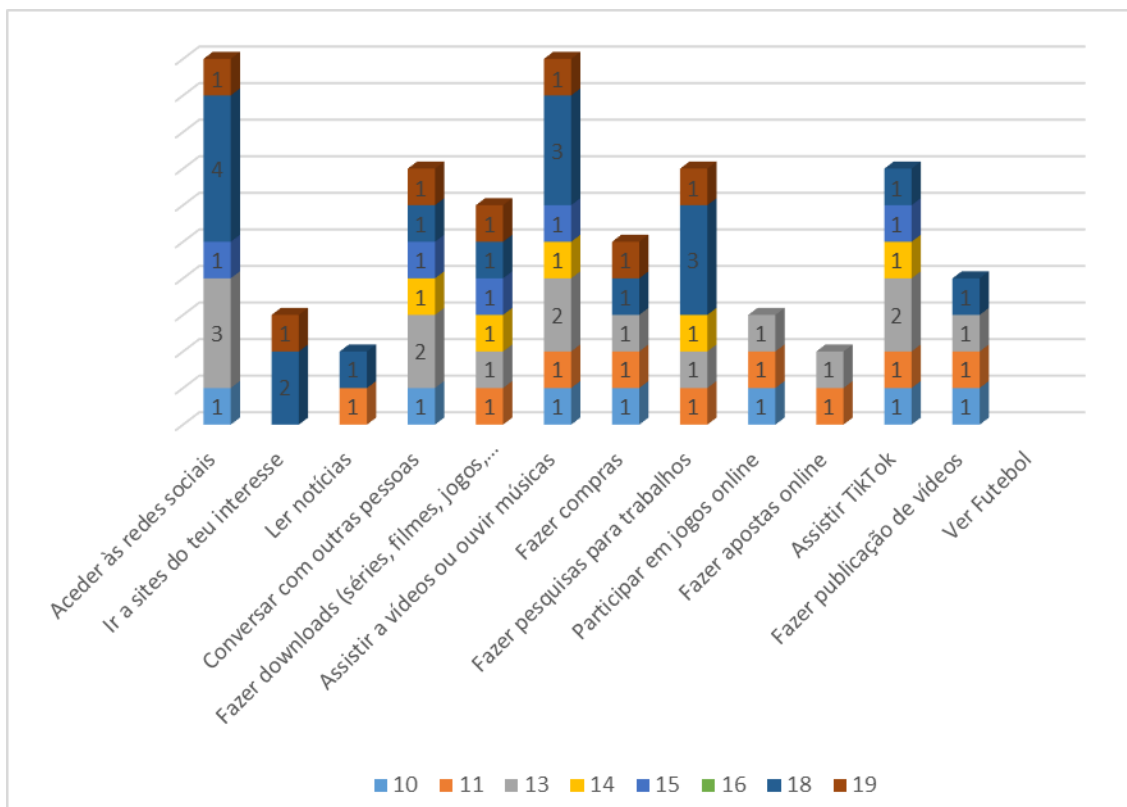
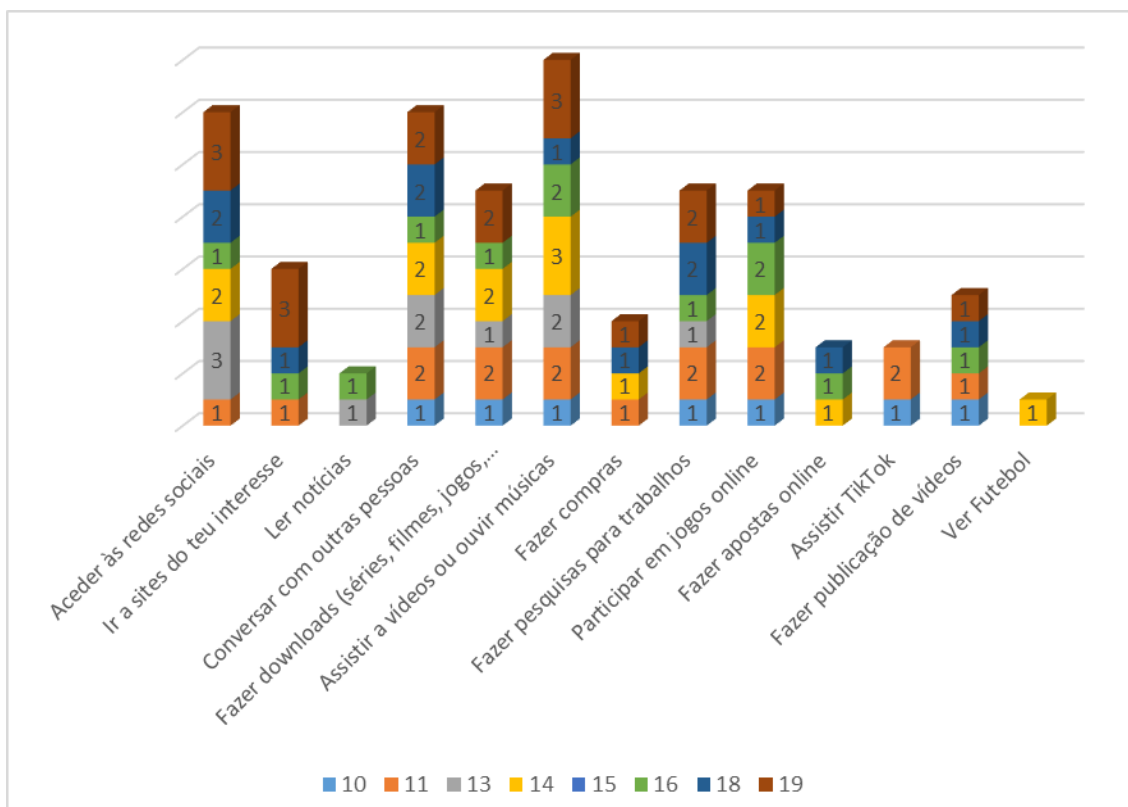


Gráfico 18 – O que costumam fazer na internet – Sexo Masculino



Apêndice IX – Resultados da Escala GPIUS 2

Gráfico 22 – Prefiro a interação social online em relação à comunicação face-a-face

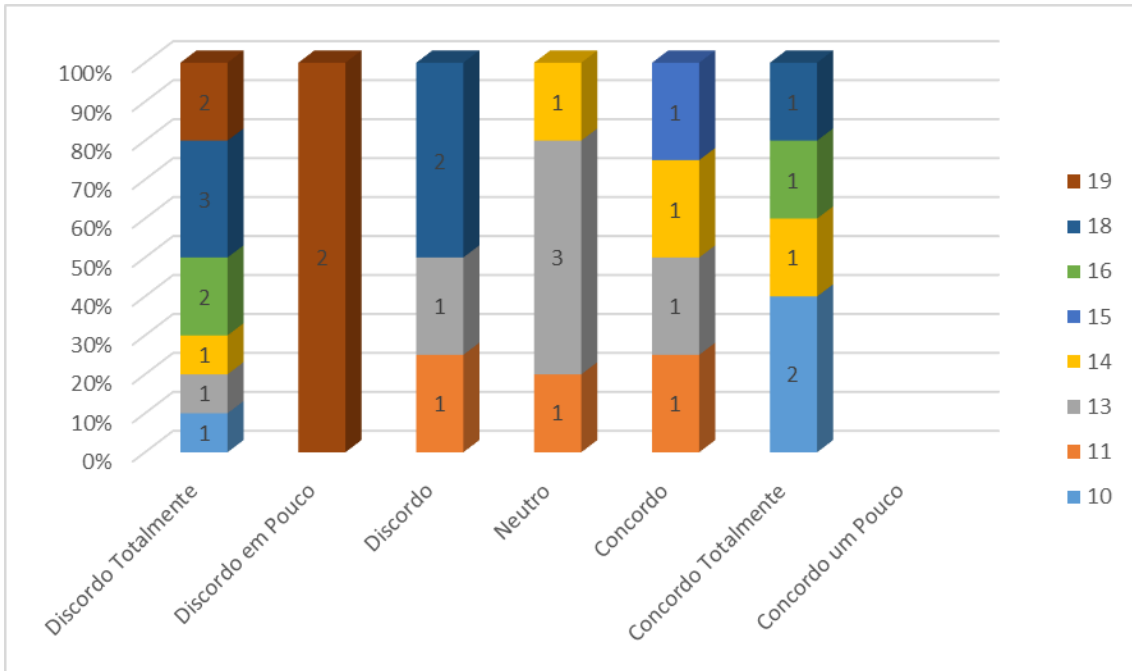


Gráfico 23 - Usei a Internet para falar com outras pessoas quando me senti sozinho(a).

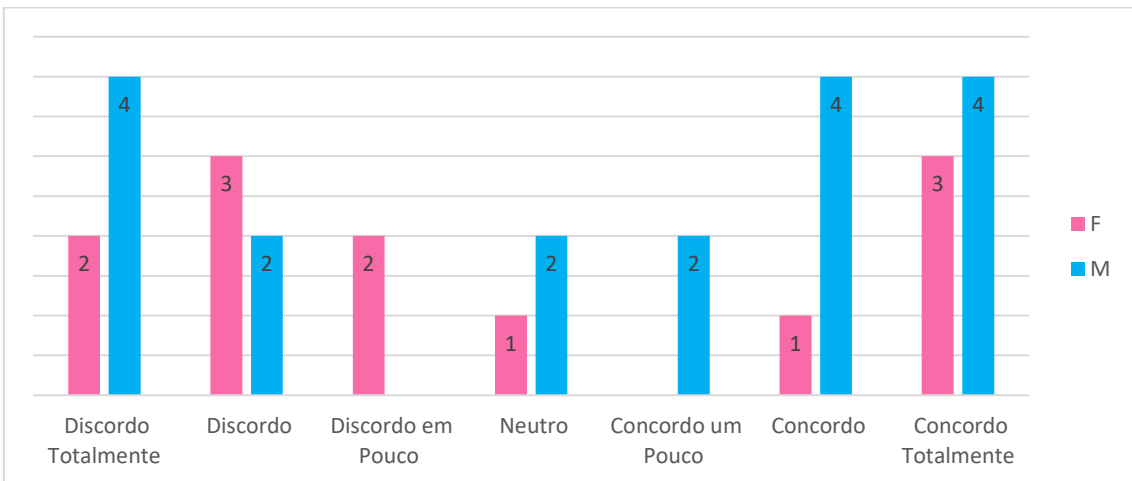


Gráfico 24 - Quando não estou online por algum tempo, começo a preocupar-me com a ideia de me conectar.

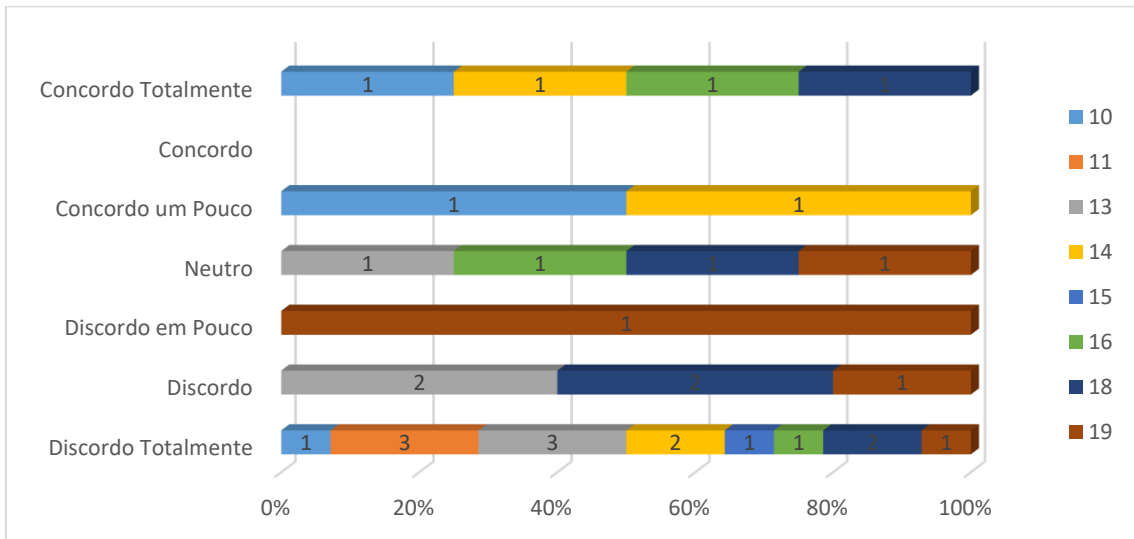


Gráfico 25 - Tenho dificuldade em controlar a quantidade de tempo que passo online.

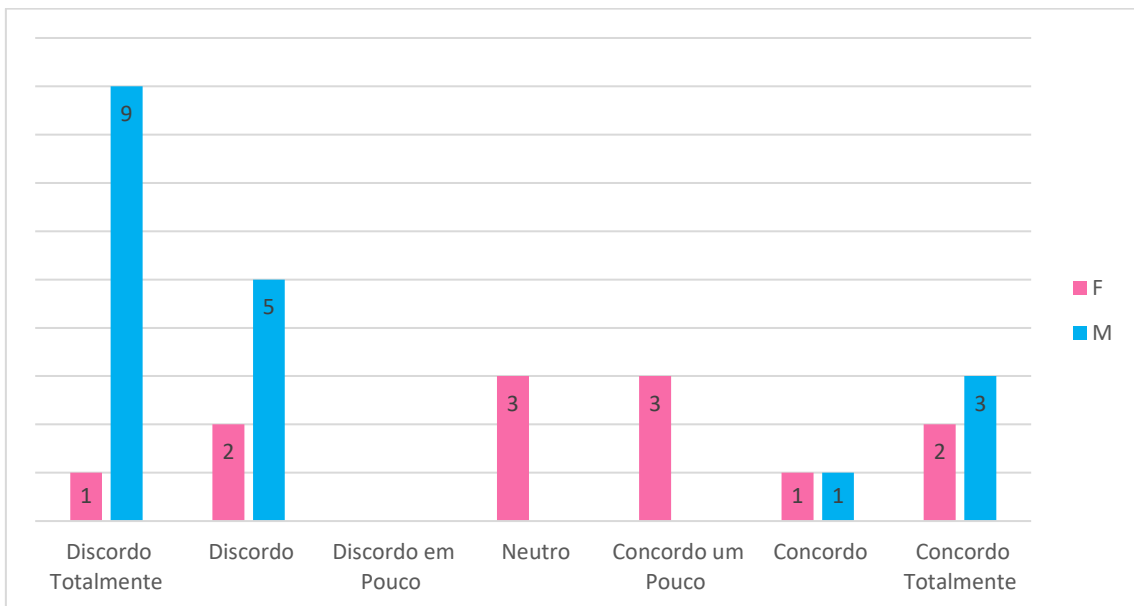


Gráfico 26 - Tenho dificuldades em gerir a minha vida por causa da Internet.

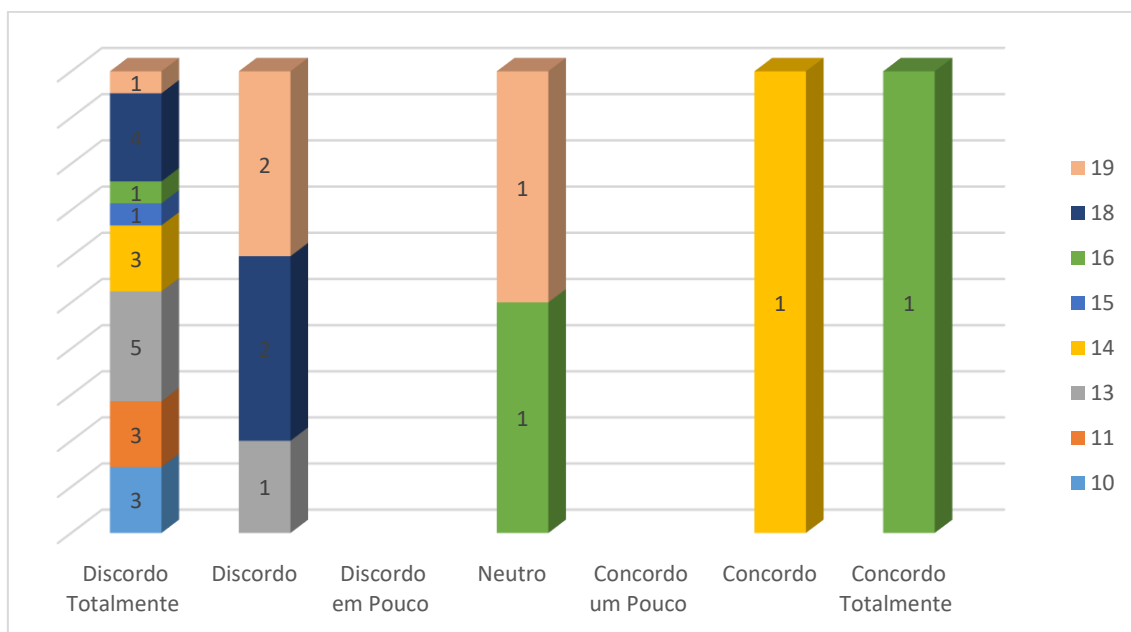


Gráfico 27 - Sinto-me mais confortável com a interação social online do que com a interação face-à-face.

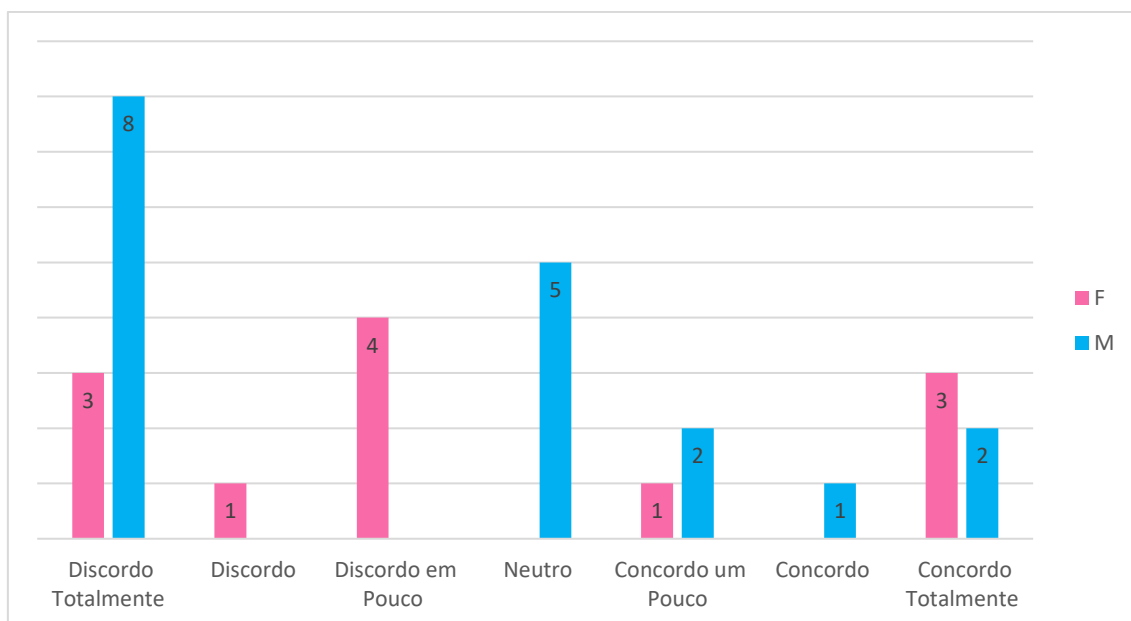


Gráfico 28 - Usei a Internet para me sentir melhor quando estava em baixo.

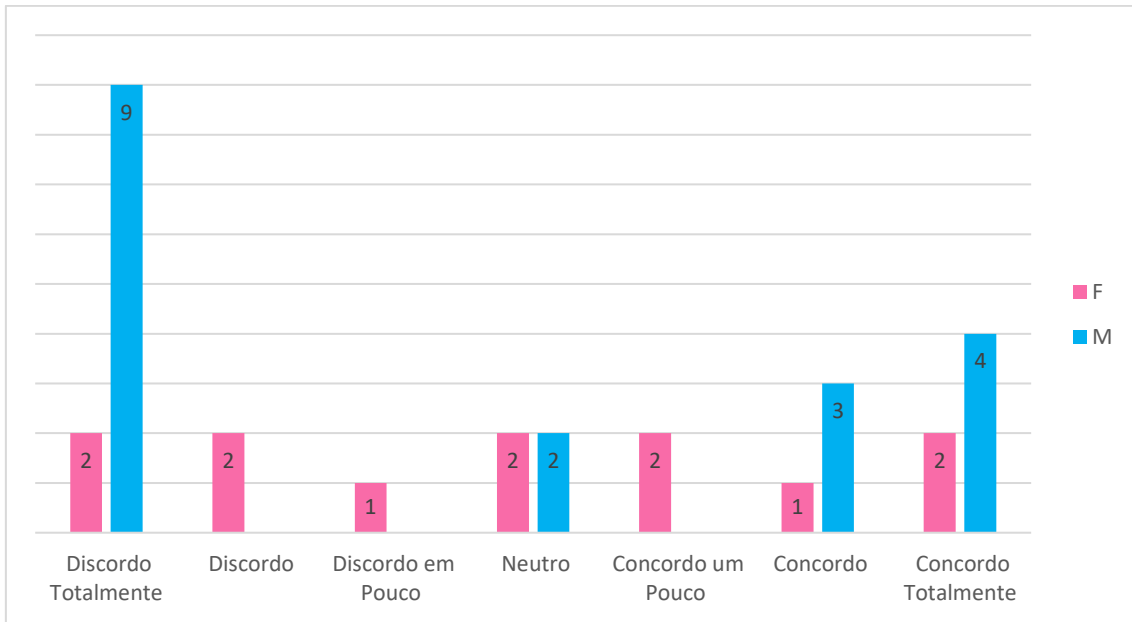


Gráfico 29 - Sentir-me-ia perdido(a) se não me pudesse conectar à Internet.

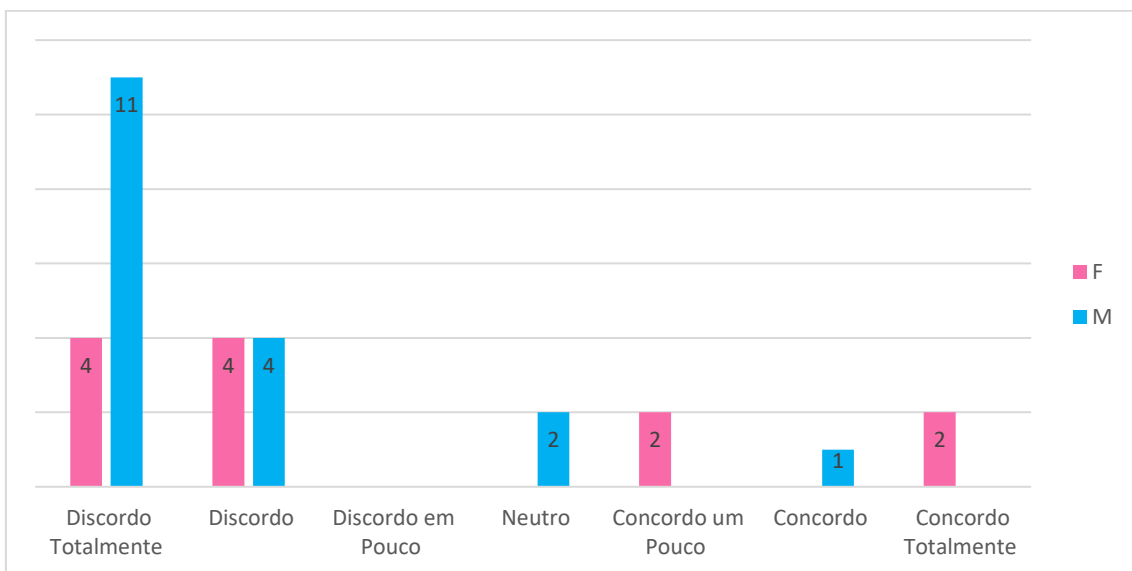


Gráfico 30 - Sinto que é difícil controlar o meu uso da Internet

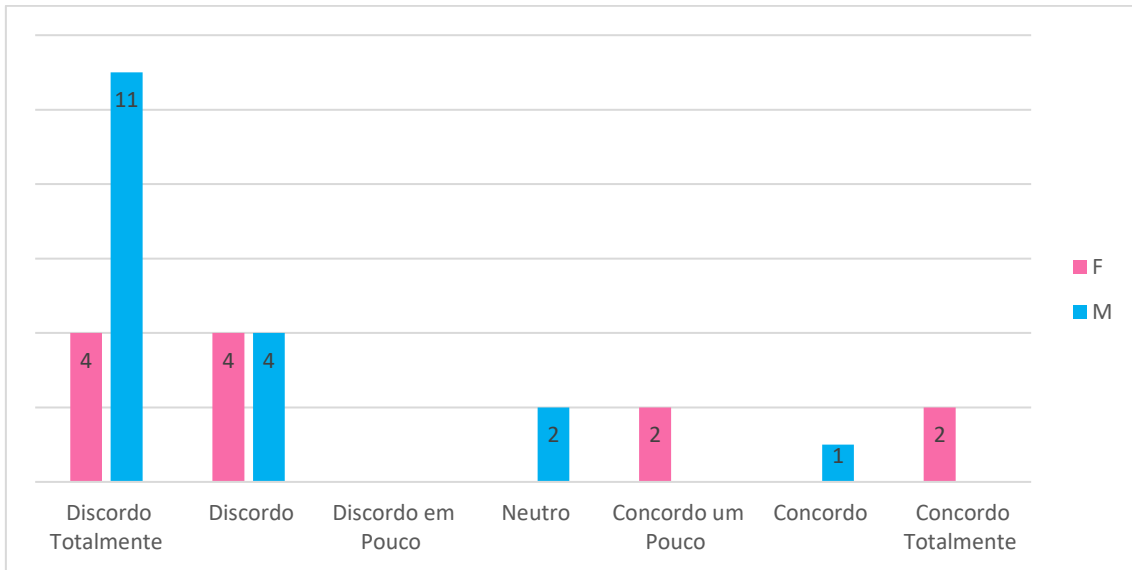


Gráfico 31 - Perdi compromissos ou atividades sociais por causa do meu uso da Internet.

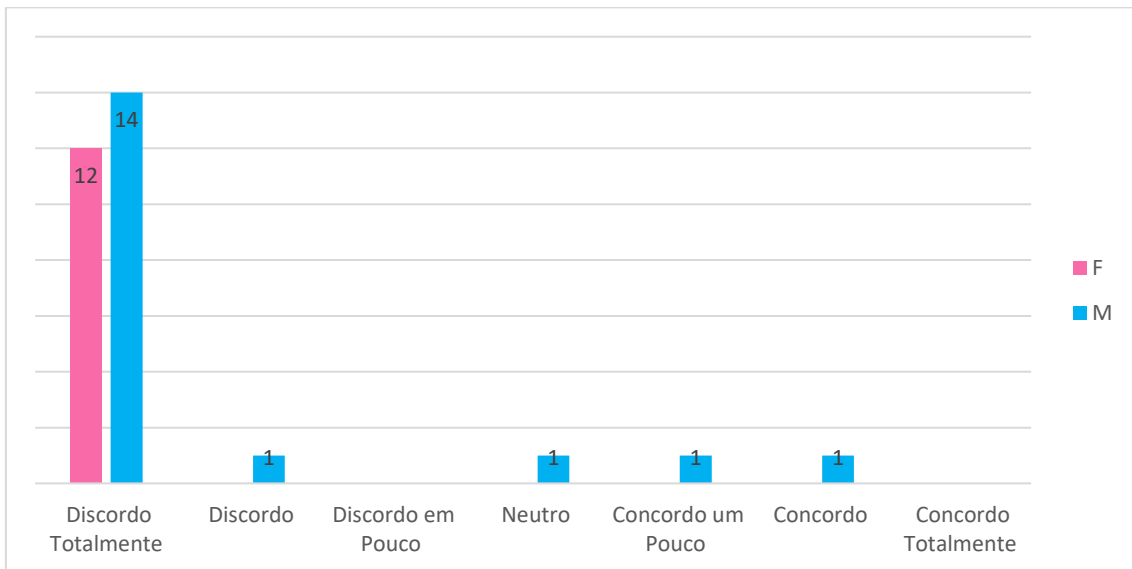


Gráfico 32 - Prefiro comunicar-me com as pessoas online em vez de face-à-face.

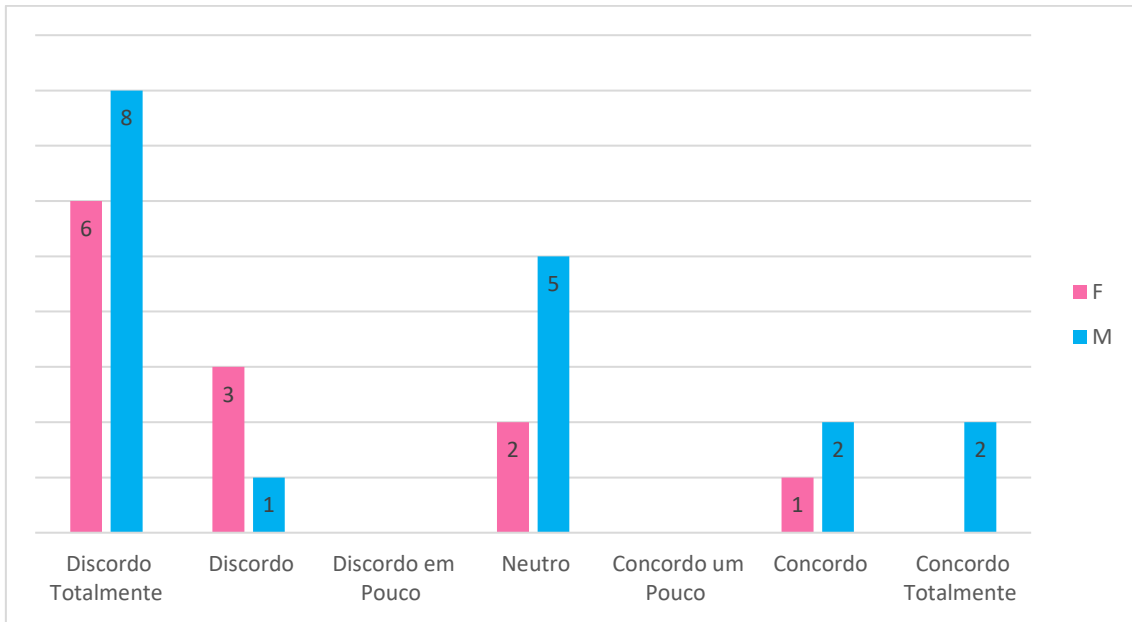


Gráfico 33 - Usei a Internet para me sentir melhor quando estava chateado(a).

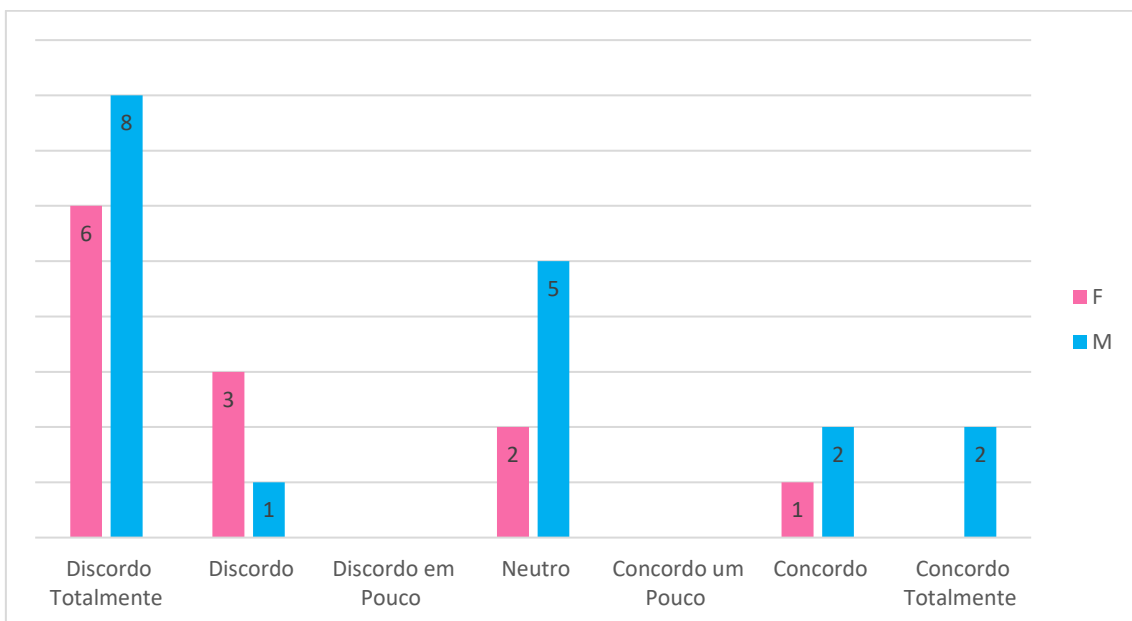


Gráfico 34 - Penso obsessivamente em estar online quando não estou na Internet.

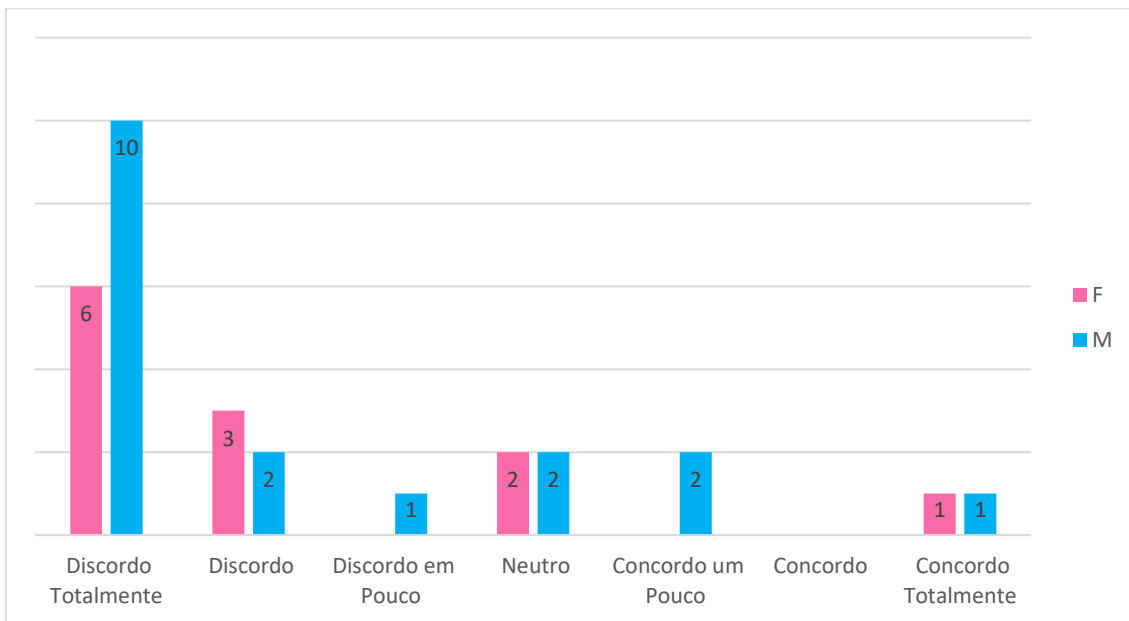
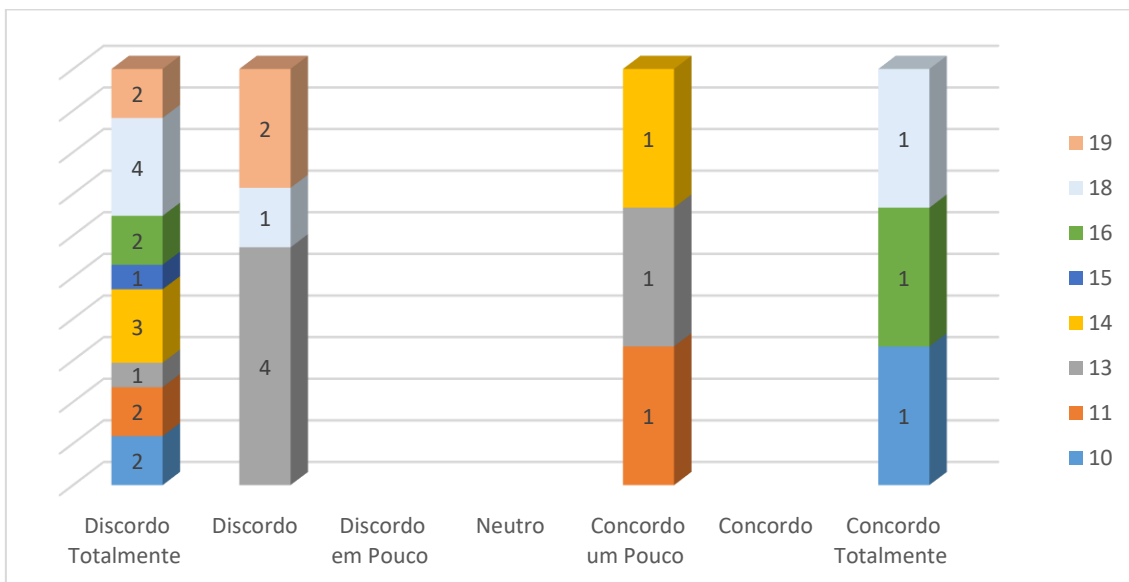
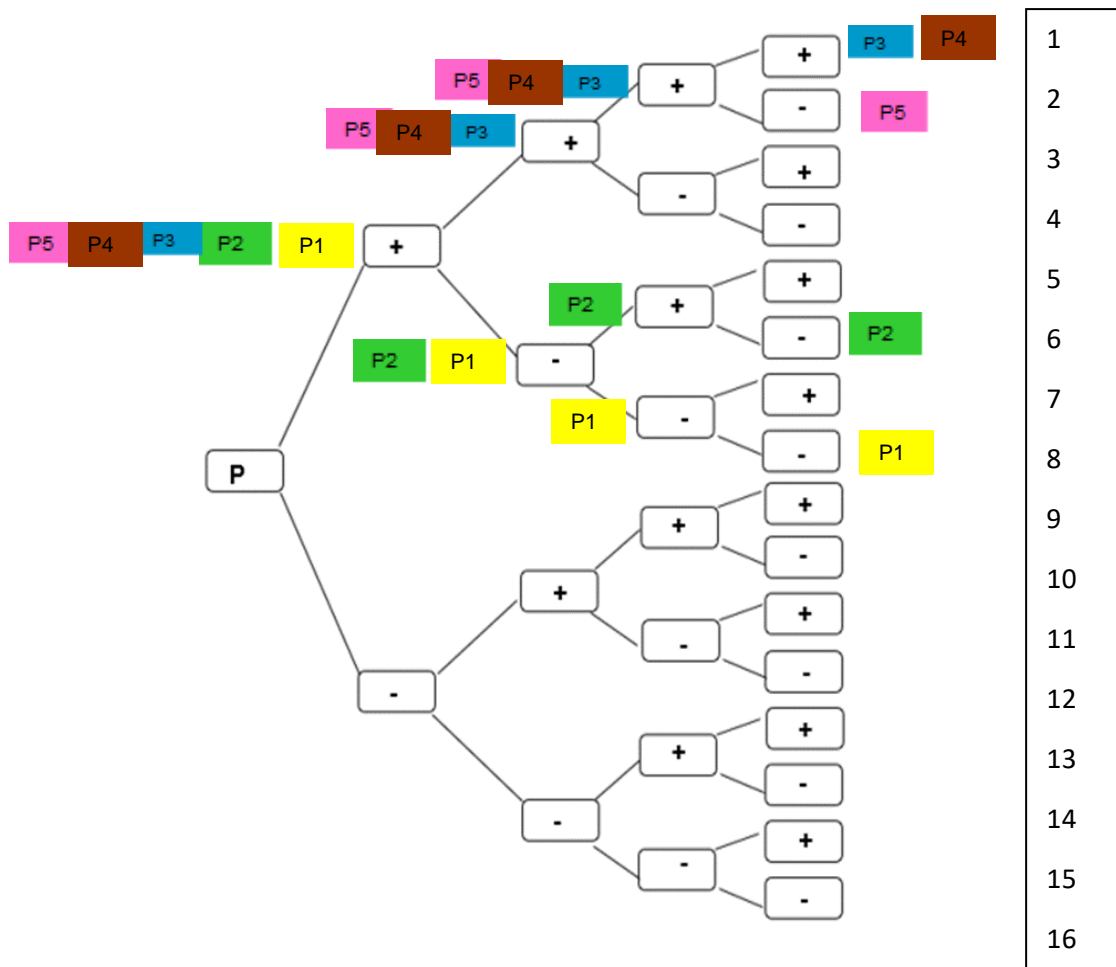


Gráfico 35 - Quando não estou na Internet, é difícil resistir ao impulso de me conectar.



Apêndice X – Grelha de Análise

Importância do problema	Relação entre o problema e os fatores de risco	Capacidade técnica de resolver o problema	Exequibilidade do projeto ou da intervenção	Recomendações
-------------------------	--	---	---	---------------



Adaptado de: Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde.

Legenda:

- P1 P.1 – 70% de insucesso escolar
- P2 P.2 – 41,4% de desconhecimento sobre alimentação saudável
- P3 P.3 – 100% de utilização das tecnologias
- P4 P.4 – 100% de frequência de acesso à Internet
- P5 P.5 – 13,3% de existência de sintomas UPI

**Apêndice XI – Contributo dos Adolescentes no
Debate**

Ideias principais:

- Fraca relação entre amigos
- Obsessão pelo uso do telemóvel (ignorando os acontecimentos do meio envolvente - SIC)
- Cyberbullying

Sugestões do grupo (para contrariar estes comportamentos)

- Dar mais atenção aos amigos/ meio envolvente
- Não humilhar o outro

Vantagens da Internet:

- Facilita a comunicação com os amigos/ familiares (à distância);
- Pesquisa de informação (trabalhos/ Jogos)

Desvantagens da internet:

- Gozar com os outros;
- Fácil invasão ao perfil de qualquer indivíduo

Estratégias a implementar:

- Existirem limites no uso da internet

Sinais de dependência:

- Irritação (falta de bateria no telemóvel/ internet não funcionar - SIC)
- Privação do sono

Alguns miúdos mencionaram além dos pais, também os professores usarem telemóvel nas aulas, inclusive uso de *instagram* e afins!!!

Apêndice XII – Projeto de EpS

1ª Sessão

<https://youtu.be/Qx8JloNOz0Y>

2ª Sessão

A slide with a white background and four colored quadrants: top-left blue with a white diamond, top-right red with a white triangle, bottom-left green with a white square, and bottom-right yellow with a white circle. In the center, a dark blue box contains the text "SABES QUE...". At the top, there are logos for ESEL, ACRS LISBOA, and E3. At the bottom, it says "Lisboa, 24 de Junho de 2021".

ESEL ACRS LISBOA E3

SABES QUE...

Lisboa, 24 de Junho de 2021

1

A slide with a white background. At the top, the text "Estás dependente das tecnologias quando..." is followed by an image of a hand reaching towards a glowing screen with various icons. Below the image is a 2x2 grid of statements, each with a colored arrow icon.

Estás dependente das tecnologias quando...

As comesças a utilizar

Não consegues passar muito tempo, sem as utilizar

Passas algum tempo sem as utilizar

Achas que elas são diferentes

4

A slide with a white background. At the top, the text "Uma Dependência é..." is followed by an image of two hands holding a pair of glasses. Below the image is a 2x2 grid of statements, each with a colored arrow icon.

Uma Dependência é...

Uma adição ou um vício

Algo que não se deve fazer

Uma área da casa

Uma coisa desconhecida

2

A slide with a white background. At the top, the text "O uso dos aparelhos tecnológicos (computador/telemóvel/consolas)..." is followed by a collage of images showing hands using a smartphone, a tablet, and a game controller. Below the collage is a 2x2 grid of statements, each with a colored arrow icon.

O uso dos aparelhos tecnológicos (computador/telemóvel/consolas)...

É muito importante para todos

Não deve ter regras

Deve ser feito com segurança e limites

Não tem limites para ninguém

5

A slide with a white background. At the top, the text "As tecnologias são..." is followed by an image of a hand holding a glowing lightbulb. Below the image is a 2x2 grid of statements, each with a colored arrow icon.

As tecnologias são...

Os trabalhos que os técnicos fazem

As peças dos computadores

As rodas dentadas, que se encaixam

Os equipamentos para partilha de informações e conhecimentos

3

A slide with a white background. At the top, the text "Quando estás a usar a internet..." is followed by a colorful illustration of a group of people interacting with various digital devices. Below the illustration is a 2x2 grid of statements, each with a colored arrow icon.

Quando estás a usar a internet...

Sabes que deves ter regras e segurança

Sabes que não tens limites

Sentes-te muito feliz

Sentes que és muito importante

6

Deves usar a internet...



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre que te apetecer | <input type="checkbox"/> Quando for preciso e por pouco tempo |
| <input type="checkbox"/> Para te sentires mais importante | <input type="checkbox"/> Durante todo o tempo que tiveres disponível |

7

É mais fácil aprender com...



- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> As pessoas mais velhas | <input type="checkbox"/> Os professores |
| <input type="checkbox"/> A família | <input type="checkbox"/> Os jovens da mesma idade |

10

O uso da internet antes de dormir...



- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ajuda a adormecer mais depressa | <input type="checkbox"/> Atraza a sensação de sono e diminui as horas de repouso |
| <input type="checkbox"/> Faz com que tenhas um sono mais tranquilo | <input type="checkbox"/> Faz com que esqueças os problemas |

8

É importante que eu...



- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Conheça os limites do uso da internet, os seus riscos e as suas vantagens | <input type="checkbox"/> Tenha muitos amigos virtuais |
| <input type="checkbox"/> Esteja muito à vontade com o uso da internet | <input type="checkbox"/> Use a internet em todas as minhas atividades |

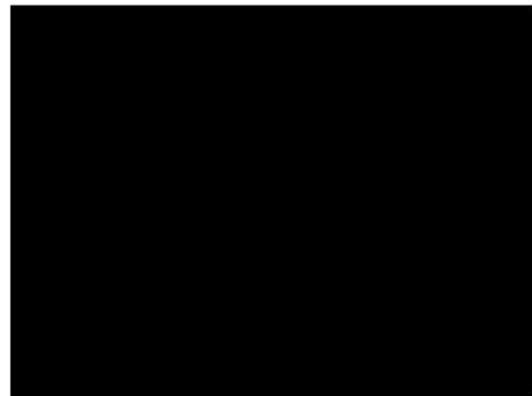
11

Os Pares são...



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A família | <input type="checkbox"/> Os professores e os colegas de escola |
| <input type="checkbox"/> Os jovens da mesma idade | <input type="checkbox"/> Os amigos mais velhos |

9



12

3ª Sessão



1



4



2



5



3



6

Quando estás a usar a internet...



- Deves ter regras bem definidas
- Não deves partilhar informações pessoais
- Deves perceber, como a podes fazer em segurança

7

O uso da internet antes de dormir...



- Diminui as horas de repouso
- Faz com que te acorde mais vezes durante a noite
- Atrás a sensação de sono

10


Quando estás a usar a internet...



- Não deves partilhar fotos mais privadas
- Não deves partilhar as tuas localizações
- Não deves comentar, nem partilhar conteúdos que não são teus

8

O uso da internet antes de dormir...



- A luz e os estímulos deixam o nosso cérebro em alerta
- A luz forte dos aparelhos, confunde o relógio biológico
- A falta de repouso, afeta a concentração nas aulas

11

Deves usar a internet...



- Por curtos períodos de tempo
- Para se divertir, quando não tem outras atividades
- Para pesquisas de temas para trabalhos

9

Os Pares são...



Pessoas das mesmas idades ou grupo social, podendo ter ou não as mesmas vivências e objetivos






12

É mais fácil aprender com...



A parilha de experiências

Os jovens da mesma idade

O aprender uns com os outros

O aumento da motivação para a aprendizagem

13



Obrigada

Lisboa, 29 de Junho de 2021

16

É importante que eu...



Tenho limites de tempo para a utilização da internet

Não me exponho nas redes sociais

Não uso este recurso para gozar com alguém

Se souber de alguma situação de abuso, o denuncio

14

É importante que eu...



Seiba que alguns dos perfis, podem não ser verdadeiros

Não fale, nem marque encontros com desconhecidos

Peço ajuda, quando achar que alguma situação pode ser perigosa

Não use a internet, pelo menos 1 hora antes de dormir

15

4ª Sessão

ESEL
LISBOA NORTE
LISBOA SUL
LISBOA OESTE



SABES QUE...

Lisboa, 06 de julho de 2021

1

Estás dependente das tecnologias quando...



<input type="checkbox"/> A	As começas a utilizar	<input type="checkbox"/> B	Não consegues passar muito tempo, sem as utilizar
<input type="checkbox"/> C	Passas algum tempo sem as utilizar	<input type="checkbox"/> D	Achas que elas são diferentes

4

Uma Dependência é...



<input type="checkbox"/> A	Uma adição ou um vício	<input type="checkbox"/> B	Algo que não se deve fazer
<input type="checkbox"/> C	Uma área da casa	<input type="checkbox"/> D	Uma coisa desconhecida

2

O uso dos aparelhos tecnológicos (computador/telemóvel/consolas)...



<input type="checkbox"/> A	É muito importante para todos	<input type="checkbox"/> B	Não deve ter regras
<input type="checkbox"/> C	Deve ser feito com segurança e limites	<input type="checkbox"/> D	Não tem limites para ninguém

5

As tecnologias são...



<input type="checkbox"/> A	Os trabalhos que os técnicos fazem	<input type="checkbox"/> B	As peças dos computadores
<input type="checkbox"/> C	As rodas dentadas, que se encaixam	<input type="checkbox"/> D	Os equipamentos para partilha de informações e conhecimentos

3

Quando estás a usar a internet...



<input type="checkbox"/> A	Sabes que deves ter regras e segurança	<input type="checkbox"/> B	Sabes que não tens limites
<input type="checkbox"/> C	Sentes-te muito feliz	<input type="checkbox"/> D	Sentes que és muito importante

6

Deves usar a internet...



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre que te apetecer | <input type="checkbox"/> Quando for preciso e por pouco tempo |
| <input type="checkbox"/> Para te sentires mais importante | <input type="checkbox"/> Durante todo o tempo que tiveres disponível |

7

É mais fácil aprender com...



- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> As pessoas mais velhas | <input type="checkbox"/> Os professores |
| <input type="checkbox"/> A família | <input type="checkbox"/> Os jovens da mesma idade |

10

O uso da internet antes de dormir...



- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ajuda a adormecer mais depressa | <input type="checkbox"/> Atraza a sensação de sono e diminui as horas de repouso |
| <input type="checkbox"/> Faz com que tenhas um sono mais tranquilo | <input type="checkbox"/> Faz com que esqueças os problemas |

8

É importante que eu...



- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Conheça os limites do uso da internet, os seus riscos e as suas vantagens | <input type="checkbox"/> Tenha muitos amigos virtuais |
| <input type="checkbox"/> Esteja muito à vontade com o uso da internet | <input type="checkbox"/> Use a internet em todas as minhas atividades |

11

Os Pais são...



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A família | <input type="checkbox"/> Os professores e os colegas da escola |
| <input type="checkbox"/> Os jovens da mesma idade | <input type="checkbox"/> Os amigos mais velhos |

9

Uma Dependência é...



- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Uma adição ou um vício |
|---|

12

As tecnologias são...



Os equipamentos para partilha de informações e conhecimentos

13

Quando estás a usar a internet...



Sabes que deves ter regras e segurança

16

Estás dependente das tecnologias quando...



Não consegues passar muito tempo, sem as utilizar

14

Deves usar a internet...



Quando for preciso e por pouco tempo

17

O uso dos aparelhos tecnológicos (computador/telemóvel/consolas)...



Deve ser feito com segurança e limites

15

O uso da internet antes de dormir...



Atraza a sensação de sono e diminui as horas de repouso

18

Os Pares são...



Os jovens da mesma idade

19



OBRIGADA

Lisboa, 08 de julho de 2021

22

É mais fácil aprender com...



Os jovens da mesma idade

20

É importante que eu...



Conheça os limites do uso de internet, os seus riscos e as suas vantagens

21

5ª Sessão

https://youtu.be/CnN_a7-od-M

Perguntas	
1	O que é uma dependência?
2	O que são as tecnologias?
3	Para que servem os aparelhos tecnológicos?
4	Quando deves usar a internet?
5	Deves usar a internet, antes de dormir?
6	O que são os Pares?
7	Podemos estar dependentes das tecnologias?
8	Quando é que estás dependente das tecnologias?
9	Como é que deves utilizar os aparelhos tecnológicos?
10	O que deves fazer, quando estás a usar a internet?
11	Como é que deves usar a internet?
12	Sabes o que faz o uso da internet, antes de dormir?
13	Achas que é mais fácil aprender, com os jovens da tua idade?
14	Quanto tempo, antes de dormir, não deves usar a internet?
15	Deves pedir ajuda, quando sentires que alguma situação é perigosa?
16	A quem podes pedir ajuda, se precisares?
17	Se tiveres entre 6 e 12 anos, qual é o tempo limite de uso das tecnologias?
18	Diz duas coisas que não deves fazer na internet
19	Diz duas coisas, com as quais deves ter cuidado na internet
20	O que deves fazer, quando algum amigo teu, não sai da internet?

Desafios	
1	Faz dez saltos à corda seguidos, com os dois pés juntos
2	Dá cinco toques na bola seguidos, com a cabeça, sem deixar cair a bola
3	Dá cinco toques na bola seguidos, com os pés, sem deixar cair a bola
4	Faz dez saltos à corda seguidos, com os pés alternados
5	Faz o percurso pedido, ao pé coxinho
6	Marca um golo, ao teu parceiro de Equipa
7	Quando é que se deve marcar uma grande penalidade?
8	O que é um fora de jogo?
9	Quantos elementos tem a Equipa de Arbitragem?
10	Quando é que se deve marcar um canto?
11	Quantos cartões amarelos, pode levar um jogador?
12	O que é o fair play?
13	Quais são as ocasiões, em que os jogadores podem jogar a bola com as mãos?
14	Faz uma finta ao teu parceiro de Equipa
15	Faz dez toques com a bola, com o teu parceiro de Equipa, sem perder a bola



**Apêndice XIII – Questionário de Avaliação de
Conhecimentos Inicial e Final**

Sabes que...

Uma dependência é...



As tecnologias são...



Estás dependente das tecnologias quando...



O uso dos aparelhos tecnológicos (computador/telemóvel/consolas)...



Quando estás a usar a internet...



Deves usar a internet...



O uso de internet antes de dormir



Os Pares são...



É mais fácil aprender com...



É importante que eu...



Apêndice XIV – Cronograma

**Apêndice XV – Questionário de Avaliação das
Sessões**

SESSÕES EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

TEMA: Formação dos Pares, para a prevenção das Adições Tecnológicas na Adolescência (SABES QUE...)

DATA:

QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO



NÃO GOSTEI



GOSTEI



GOSTEI MUITO

Tema			
Apresentações			
Videos Apresentados			
Jogo			
Materiais utilizados nas Sessões			
Dinâmica Grupo			
Duração das Sessões			
Local			
TOTAL			

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

**Apêndice XVI - Tabela de Avaliação de
Resultados**

Tabela 3 – Avaliação de Resultados

Indicador	Construção	Meta	Resultado
Nº de Adolescentes que responderam ao questionário de avaliação de conhecimentos inicial e nº total de Adolescentes presentes nas Sessões	Nº de Adolescentes que responderam ao questionário de avaliação de conhecimentos inicial (17) / nº total de Adolescentes presentes nas Sessões (17)	80 %	100%
Nº de Adolescentes que presentes no debate e nº total de Adolescentes que deram contributo sobre o que sentem	Nº de Adolescentes presentes no debate (22) / nº total de Adolescentes que deram contributo sobre o tema (25)	80%	88%
Nº de Adolescentes que presentes no debate e nº total de Adolescentes que deram contributo sobre a identificação de estratégias	Nº de Adolescentes presentes no debate (25) / nº total de Adolescentes que deram contributo sobre a identificação de estratégias (25)	80%	100%
Nº de produtos elaborados e Nº de produtos previstos	Nº de produtos elaborados (1) / Nº de produtos previstos (1)	100%	100%
Nº de Adolescentes que responderam ao questionário de avaliação de conhecimentos final e nº total de Adolescentes presentes nas Sessões	Nº de Adolescentes que responderam ao questionário de avaliação de conhecimentos final (17) / nº total de Adolescentes presentes nas Sessões (17)	80%	100%
Respostas corretas da avaliação inicial e respostas corretas da avaliação final	Diferença entre a % de respostas corretas da avaliação final (90%) e a % de respostas corretas da avaliação inicial (25%)	50%	65%
Nº de Adolescentes que responderam ao questionário de avaliação das sessões e nº total de Adolescentes presentes nas Sessões	Nº de Adolescentes que responderam ao questionário de avaliação das sessões (17) e nº total de Adolescentes presentes nas Sessões (17)	80%	100%
Nº de Itens avaliados com gostei e gostei muito e nº de itens avaliados com não gostei	Nº total de respostas de satisfação / Nº total de itens avaliados x o nº de respostas total	80%	97,8%
Nº de Adolescentes presentes nas 5 sessões e nº total de Adolescentes presentes nas Sessões	Nº de Adolescentes presentes nas 5 sessões (17) / nº total de Adolescentes presentes nas Sessões (20)	80%	85%