



**Escola Superior
de Tecnologia da Saúde**

Politécnico de Coimbra



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Alexandra da Costa Nunes Correia Garcia

DO PRAZER AO ABISMO

CONSUMO DE ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES VERSUS

VULNERABILIDADE A VIOLÊNCIA SEXUAL

Dissertação no âmbito do Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria Filomena Rodrigues Teixeira e apresentada à Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Politécnico de Coimbra.

janeiro de 2026

Dissertação submetida à Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Politécnico de Coimbra, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação para a Saúde, realizada sob a orientação científica de Professora Doutora Maria Filomena Rodrigues Teixeira.

Constituição do Júri:

Presidente	Ana Paula Monteiro Amaral
Vogal	Maria Isabel Seixas da Cunha Chagas
Vogal	Maria Filomena Rodrigues Teixeira

Coimbra, 14 de janeiro de 2026

Violada

Possuíram-te nas ervas,
Deitada ao comprido
Ou lívida a pé:
Do estupro conservas
O sangue e o gemido
Na morte da fé.

Chegaste a cavalo
Trémula de espanto:
Esperavas levá-lo
Com modos de amor:
O fátum, num canto,
Violento ceifou-te
O púbis em flor:
Dou-te
O acalanto
Mas não há palavras
Para tal horror!

Vem ainda em cós, mulher,
Limpa as tuas lágrimas no meu lenço:
Nem pela dor sequer
Eu te pertença.

O cavalo fugiu,
Deixou-te em fogo a fralda:
Que malfeliz Roldão
Para tal Alda!
Ao frio, ao frio,
Tinta de ti é a água e sangue o chão.

Ponta Delgada a arder
Do próprio pejo, quis
Em verde converter
O incêndio do teu púbis.

Mulher, não me dê guerra,
Oh trágica enganada:
Tu és a minha terra
Na carne devastada
Como a Ilha queimada.

Vitorino Nemésio

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, doces cadilhos, os seres mais preciosos da vida, e os mais privados de tempo e amor, nesta caminhada...

A Carolina

Doce, desconfiada e exploradora.

O Martim

Sorridente e brincalhão.

O João

Companheiro, amor primeiro do nosso coração.

São o sentido desta viagem encantadora...

AGRADECIMENTOS

Nesta viagem resiliente, agradeço toda a disponibilidade e confiança depositada no meu trabalho, pela Professora Doutora Filomena Teixeira, que sem me conhecer, foi o meu porto seguro, para atracar e finalizar esta viagem.

Aos meus pais, pelos valores e por todo o apoio e presença.

À minha colega e amiga Alice Correia, que há 12 anos me incentiva e apoia incondicionalmente, permitindo-me voar em prol da enfermagem.

Ao meu marido, por me permitir ainda sonhar.

Aos meus três rebentos, pela magia e pelos sorrisos encantados.

Por fim, mas em primeiro lugar, o meu profundo e sentido agradecimento aos adolescentes, aqueles que me permitiram experiências e aprendizagens enriquecedoras, que levo para a vida. Por eles... para eles... por cuidados de enfermagem de excelência...

RESUMO

Enquadramento: Na adolescência o consumo álcool nos contextos recreativos aumenta a probabilidade de os e as jovens se envolverem em relações sexuais não planeadas, bem como de serem vítimas ou autores/as de violência sexual.

Objetivo: Implementar e avaliar os efeitos de um Programa de Educação para a Saúde, desenvolvido para a população de adolescentes matriculada numa escola Profissional, para aumentar o seu empoderamento na tomada de decisão informada aquando do consumo de álcool, reduzindo a ocorrência de episódios de violência sexual.

Metodologia: Baseada na inquietação resultante dos cuidados prestados em contexto escolar, formulei a questão de investigação *“Os e as adolescentes têm conhecimentos sobre a vulnerabilidade a episódios de violência sexual, após o consumo de álcool?”*. Para responder à questão, elaborei uma investigação-ação participativa, cuja recolha de dados se alicerçou na pesquisa bibliográfica, na análise documental, na aplicação de questionários e no recurso à metodologia de grupo *“World Café”*.

Considerações finais/implicações para a prática: A implementação do Programa de Educação para a Saúde *“Do Prazer ao Abismo”*, permitiu consciencializar os e as adolescentes para a vulnerabilidade a episódios de violência sexual, após consumo de álcool em contextos recreativos, bem como desmistificar crenças e mitos que ainda impregnam culturalmente a sociedade. Para além do objetivo atingido nesta investigação, foi gratificante ver o envolvimento crescente dos e das adolescentes nas intervenções, os e as quais serão o nosso futuro empreendedor. No futuro, teremos de incidir na sensibilização de responsáveis dos bares e espaços de diversão noturna, pois só assim conseguiremos envolver as entidades necessárias para, em conjunto, delinear as intervenções de promoção da saúde.

Palavras-chave: Adolescentes; consumo de álcool; espaços de diversão noturna; educação para a saúde; sexualidade; violência sexual.

ABSTRACT

Background: During adolescence, alcohol consumption in recreational contexts increases the likelihood of young people engaging in unplanned sexual relations, as well as being victims or perpetrators of sexual violence.

Purpose: Implement and evaluate the effects of a Health Education Program, developed for the adolescent population enrolled in a Vocational School, to increase their empowerment in making informed decisions when consuming alcohol, reducing the occurrence of episodes of sexual violence.

Methodology: Based on the concern arising from the care provided in the school context, I formulated the research question “Are adolescents aware of their vulnerability to episodes of sexual violence after drinking alcohol?”. To answer the question, I developed a participatory action research, whose data collection was based on bibliographical research, document analysis, application of questionnaires and use of the “world cafe” group methodology.

Final considerations/implications for the practice: The implementation of the Health Education Program “From Pleasure to Abyss” made it possible to raise awareness among adolescents about their vulnerability to episodes of sexual violence, after drinking alcohol in recreational contexts, as well as demystifying beliefs and myths that still culturally permeate society. In addition to the objective achieved in this research, it was gratifying to see the growing involvement of adolescents in interventions, which will be our entrepreneurial future. In the future, we will have to focus on raising awareness among those responsible for bars and nightlife spaces, as only then will we be able to involve the necessary entities to, together, design health promotion interventions.

Keywords: Adolescents; alcohol consumption; nightlife spaces; health education; sexuality; sexual violence.

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS	<i>Direção Geral da Saúde</i>
HBSC	<i>Health Behavior in School-aged Children</i>
IBGE	<i>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</i>
INE	<i>Instituto Nacional de Estatística</i>
ICPHR	<i>International Collaboration on Participatory Health Research</i>
OEDT	<i>Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência</i>
OE	<i>Ordem dos Enfermeiros</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
SIECUS	<i>Sexuality Information and Education Council of the United States</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1.....	22
Figura 2.....	23
Figura 3.....	26
Figura 4.....	41
Figura 5.....	42
Figura 7.....	53
Quadro 1	51
Quadro 2	54
Quadro 3	56

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 - ADOLESCÊNCIA... O CAMINHO SEM ROTEIRO	21
1 – SER ADOLESCENTE	21
2 – SER LIVRE ENQUANTO SER SEXUAL	25
CAPÍTULO 2 – O CONSUMO DE ÁLCOOL E A VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA SEXUAL	29
3 – CONSUMO DE ÁLCOOL EM CONTEXTOS RECREATIVOS	29
4 – DO SEXO ARREPENDIDO À VIOLÊNCIA SEXUAL	33
CAPÍTULO 3 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	37
5 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR	37
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	41
6 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	41
7 - METODOLOGIA E MÉTODOS	43
7.1 RECOLHA DE DADOS.....	44
7.2 - INFORMANTES.....	45
7.3 - TRATAMENTO DOS DADOS	46
7.4 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	46
CAPÍTULO 5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	59
CAPÍTULO 7 - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	
Apêndice 1 – Questionário de diagnóstico de situação	75
Apêndice 2 – Materiais 1ª intervenção	81
Apêndice 3 – Materiais 2ª intervenção	87
Apêndice 4 – Atividade “EM FOCO (DA) PREVENÇÃO”	91
Apêndice 5 – Questionário de Avaliação do Programa.....	93
Apêndice 6 – Metodologia World Caffé	95
Apêndice 7 – Consentimento Informado	99

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários, sempre foram uma paixão desde o Curso de Licenciatura em Enfermagem. A possibilidade de poder contribuir para modificar comportamentos, promovendo a saúde e prevenindo a doença, utilizando estratégias de educação para a saúde, sempre foi motivador e o meu foco enquanto enfermeira, e posteriormente como enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Neste contexto, a presente dissertação para além de ser um trabalho académico que permite terminar o Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde e da Escola Superior de Educação do Politécnico de Coimbra, traduz-se numa experiência extraordinária de desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional, em prol da excelência dos cuidados de enfermagem prestados em contexto escolar.

Tendo em conta, que “(...) é na infância e na adolescência que se adquirem e se consolidam estilos de vida saudáveis, cuja manutenção ao longo da vida vai permitir ganhos em saúde e uma utilização mais racional dos serviços” (DGS, 2002), desde que coordeno a Unidade de Cuidados na Comunidade Pinheiro dos Abraços, do Centro de Saúde de Oliveira do Hospital, sendo também responsável pela implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar nas escolas do concelho, tem sido para mim uma prioridade intervir com esta população alvo. Para além das intervenções educativas que realizo em contexto de sala de aula, faço atendimentos a jovens no gabinete de Apoio ao Aluno e estabeleço diversos contatos com adolescentes, através de telemóvel e/ou redes sociais, quando me solicitam para falar sobre algum assunto que os/as inquieta.

A World Health Organisation (WHO, 1986), refere que a adolescência se traduz no período de vida que liga a infância à idade adulta, entre os 10 e os 19 anos.

Segundo Beliz (2018),

“O período da infância parece ser cada vez mais reduzido e, meninos e meninas brincam cada vez menos e é-lhes constantemente pedido que cresçam de forma rápida” (...). Uma menina de 4-5 anos não deve dançar de forma provocante e erótica, não deve vestir-se como se fosse uma adolescente, ou ser incentivada a ser vaidosa ou sedutora”. (pp. 72-73).

Paralelamente, a permissividade das famílias e o facto de crianças e jovens viverem cada vez mais cedo, entregues a si próprios, gerindo o seu próprio tempo, faz com que acedam com frequência a conteúdos e práticas sexuais, sem formação, sem maturidade e consequentemente sem responsabilidade. Por esta conjuntura de fatores, os e as adolescentes são particularmente vulneráveis e expostos/as a múltiplos riscos (Oliveira & Assunção, 2010).

Já no final do séc. XX e no início do séc. XXI, López & Oroz (1989); Alves (1999); Vasconcelos (1999); e Nodin (2001), identificavam como alterações mais significativas no comportamento sexual de jovens: *i)* a descida significativa da idade da primeira relação sexual; *ii)* a redução do tempo que decorre entre as primeiras carícias sexuais e o coito; e *iii)* o aumento do número de parceiros/as sexuais.

A experimentação sexual na adolescência caracteriza-se por uma série de comportamentos, que vão desde as carícias às relações sexuais, e que acontecem, geralmente, de uma forma não programada e acompanhadas por um elevado grau de expectativa e por uma sensação de desafio, comuns a todas as coisas não vivenciadas e muito desejadas (Pagés-Polly & Pagés, 1999; Bastos, 2001).

Na adolescência o consumo álcool nos contextos recreativos potencia as situações de sedução rápida, com o único objetivo de relações ocasionais - relações curtas, coloridas, abertas ou “one night stand” (Mendes *et al.*, 2013).

Adolescentes que consomem álcool têm 2,5 vezes mais probabilidade de se envolverem em relações sexuais não planeadas, e 3 vezes mais probabilidade de serem vítimas ou autores de violência (Lima *et al.*, 2024).

Segundo Sturman (2000), o aumento simultâneo de consumo de drogas e de práticas sexuais de risco, é um facto. O OEDT (2002), refere que a maioria das pessoas que consomem substâncias psicoativas nos locais de diversão noturna, fazem-no pela busca do prazer.

Souza *et al.* (2019), concluíram no seu estudo, o seguinte:

“O uso de álcool e/ou drogas apresentam-se como fatores de risco em 82,6% dos estudos analisados sendo considerado um elemento predisponente para a ocorrência de violência sexual em adolescentes (...). (...) os adolescentes, ao consumirem álcool de modo abusivo, apresentam

alteração no seu juízo crítico, ampliando a exposição ao risco para diferentes formas de violência sexual.” (pp. 366-368).

Por isso,

“(…) a educação em saúde deve ser utilizada no empoderamento desta população para o reconhecimento imediato desses fatores, e assim resguardar os direitos dos adolescentes, destacando o papel da família, escola, sociedade e profissionais de saúde como responsáveis em compor uma rede de proteção à exposição de situações de risco á violência sexual.” (pp. 368-369).

Leitão (1990, p.5), defende que “(…) a educação sexual comporta a informação, contudo, transcende-a na medida em que visa, enquanto processo educativo, o desabrochar da personalidade do indivíduo enquanto ser sexuado”.

Sousa (2000), diz-nos que a educação sexual,

“(…) tem por objetivo promover o desenvolvimento psicosexual do adolescente, com vista à formação da personalidade adulta. Daí que, a educação sexual é muito mais do que a informação sobre anatomia, fisiologia e reprodução, é sobretudo, um processo progressivo de orientação e formação que visa desenvolver atitudes e valores, permitindo a socialização do indivíduo.” (p.60).

Nestes últimos 12 anos de experiência profissional em contexto escolar, tenho estabelecido vários contactos com adolescentes, quer no gabinete, quer em contexto de consulta de enfermagem, onde me apercebo da precocidade do início das primeiras relações sexuais, bem como a exposição a comportamentos de risco nos contextos recreativos noturnos.

Esta experiência conduziu a uma inquietação inicial, que norteou a pesquisa: “Os adolescentes têm conhecimentos sobre a vulnerabilidade a episódios de violência sexual, após o consumo de álcool?”.

Com base nesta inquietação, elaborei uma investigação-ação participativa, com o objetivo de: Implementar e avaliar os efeitos de um Programa de Educação para a Saúde, desenvolvido para a população de adolescentes matriculados numa Escola Profissional, para

aumentar o seu empoderamento na tomada de decisão informada aquando do consumo de álcool, reduzindo a ocorrência de episódios de violência sexual.

A recolha de dados, alicerçou-se na pesquisa bibliográfica, na análise documental de dados, na aplicação de questionários e no recurso à metodologia de grupo “World Café”.

O presente documento encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte, apresenta-se o enquadramento teórico, abordando o conceito de adolescência, o ser sexual e o consumo de álcool e a vulnerabilidade a episódios de violência sexual. Na segunda parte, apresentamos as linhas metodológicas do trabalho e as conclusões e implicações para a prática.

CAPÍTULO 1 - ADOLESCÊNCIA... O CAMINHO SEM ROTEIRO

1 – SER ADOLESCENTE

“(...) entrar na adolescência é quase a mesma coisa que entrar num país estrangeiro, sem conhecer a língua, os hábitos ou a cultura, isto é, talvez seja ainda pior, porque o adolescente não possui um roteiro que o oriente” (Sprinthall & Collins, 2003, p. 201).

Do latim *adolescere* (*ad* significa para, e *olescer*, crescer), a palavra reflete o processo de mudança sentido pelo/a adolescente. Para Reymond (1983), a adolescência é caracterizada, essencialmente, por alterações sequenciais e interligadas no corpo, no pensamento, na vida social e no Eu.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1986), a adolescência ocorre entre os 10 e os 19 anos de idade, período que liga a infância à idade adulta. Utiliza o termo “juventude” para se referir às pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, e o termo “jovens” para as pessoas com idade compreendida entre os 10 e os 24 anos.

Fenwick & Smith (1995) e Correia & Alves (1990), identificam o início da adolescência aos 11 anos e o seu término na entrada no mercado de trabalho (Figura 1).

Indiscutivelmente, a adolescência é uma fase da vida merecedora de uma atenção especial, uma vez que se traduz num período de crise/mudança, situado entre dois polos importantes: dependência (proteção) e independência (autonomia). Caracteriza-se por contradições, confusões, ambivalências, conflitos com os pais e com a função parental, e de procura de identidade e autonomia (Correia & Alves, 1990).

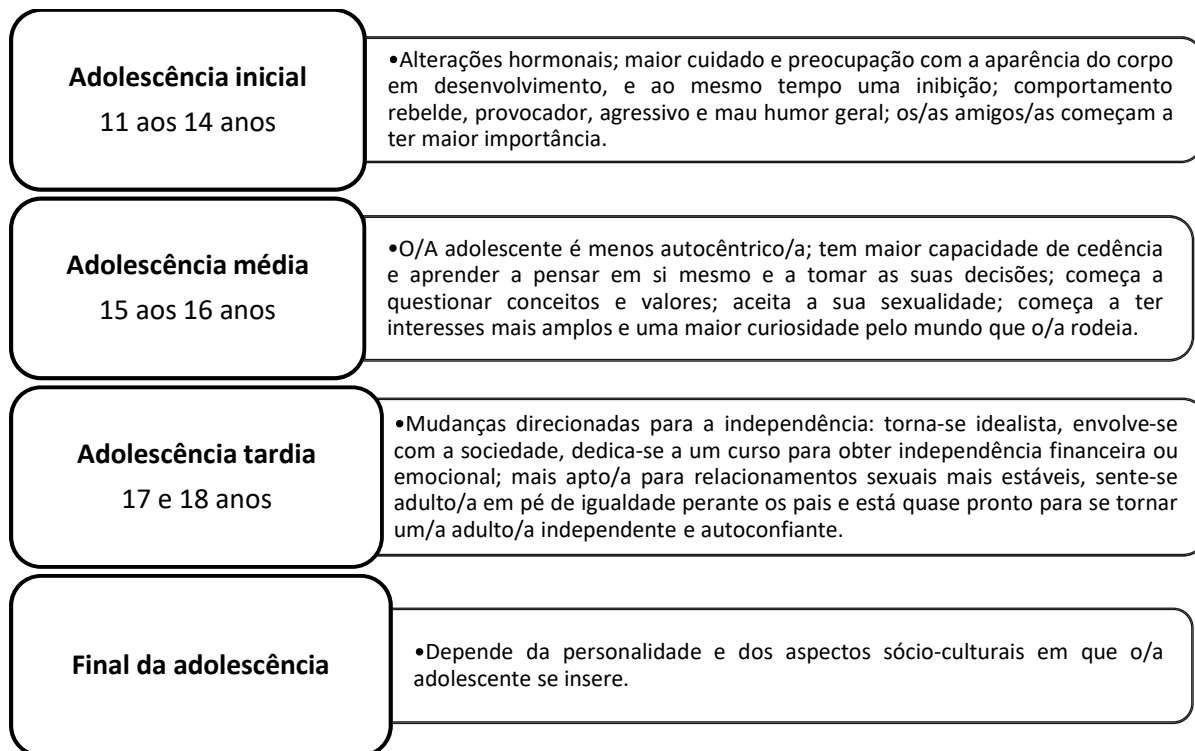
Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 1998)

“Durante a adolescência, vivemos um processo de transformação corporal, psicológica e social de características peculiares (...). Na esfera psicológica, desenvolve-se a capacidade de elaborar o pensamento abstrato, de projetar o futuro, de melhorar progressivamente o autocontrolo e de acentuar a orientação para os outros. Do ponto de vista social, a relação de dependência estreita da família passa a ser “temperada” por outras

referências, cada vez mais significativas, centradas no grupo de pares e em outros adultos fora da família.” (p.11)

Figura 1

Fases da adolescência



Fonte: Adaptado de Fenwick & Smith (1995) e Correia & Alves (1990)

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do indivíduo, resultante não só da fisiologia do ser humano mas também de aspetos relacionais, culturais e socioeconómicos.

Para Nodin (2001),

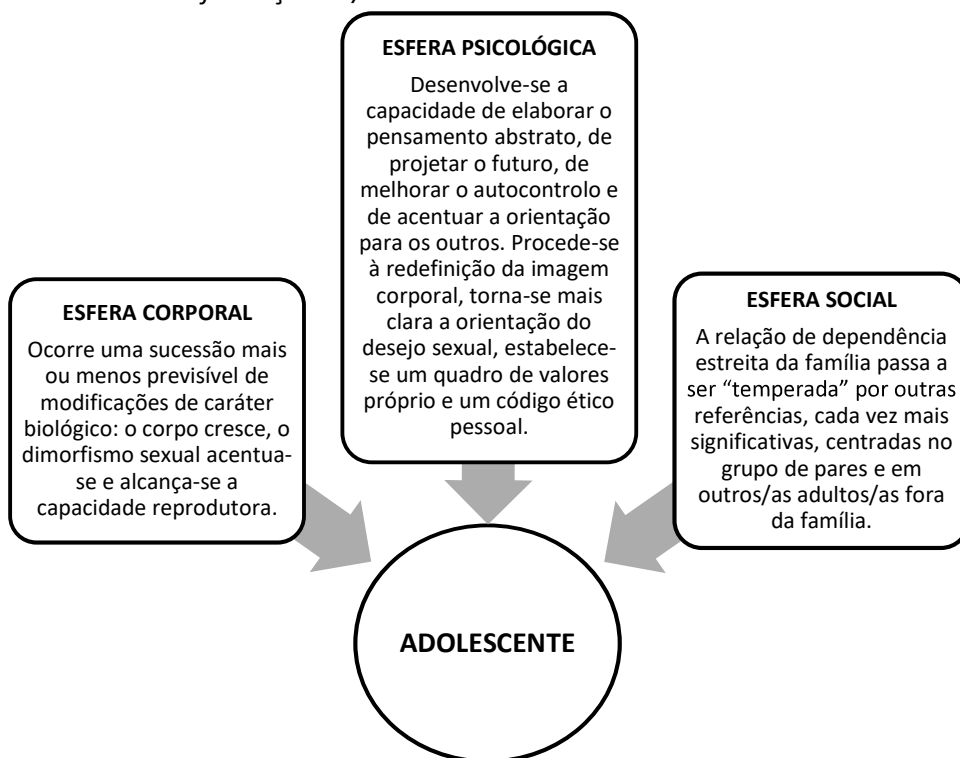
“A adolescência é um período em que o crescimento físico e a maturação biológica ocorrem a par e passo com a descoberta do meio social externo ao familiar e em que se sucedem as aquisições e descobertas que irão permitir a entrada no chamado mundo dos adultos.” (p. 31).

Como referem Noller & Callan citado por Vilar (2003, p. 63) “(...) a adolescência é tudo o que se relaciona com o crescimento e com o tornar-se adulto”.

De acordo com a DGS (1998), o adolescente vive um processo de transformação corporal, psicológica e social de características peculiares (Figura 2).

Figura 2

Processo de transformação do/a adolescente



Fonte: Adaptado de DGS (1998)

Segundo o ponto de vista psicológico, o/a adolescente passa por uma fase conturbada, podendo mostrar períodos de altivez e audácia, alternando com introversão, timidez, desinteresse ou apatia (Coli citado por Faustini *et al.*, 2003).

Erikson descreve a adolescência como a estrada, entre a infância e a maturidade, onde o adolescente tem de estabelecer identidades sociais e ocupacionais. Designou de "crise de identidade", a busca da construção do "Eu", onde poderão ocorrer sentimentos de angústia, passividade ou revolta, dificuldades de relacionamento intra e interpessoal, e conflitos de valores e crenças (Passos & Rabello, 2010).

Sousa (2000) refere:

"Se por um lado, o corpo do jovem vai modificar-se (biológico), ele vai ter de conhecer, acertar e familiarizar-se com o seu novo corpo (psicológico), que não cresce todo ao mesmo tempo. Além destas adaptações, o jovem vai ter de se adaptar ao modo como os outros o vêem e lidam com ele pelo facto de estar a mudar (social)" (p.17).

Os mecanismos que são responsáveis pelo crescimento do corpo e capacidades reprodutoras influenciam também a nível hormonal, provocando mudanças no que concerne aos sentimentos sexuais e amorosos, levando a que o adolescente sinta necessidade de viver a sua sexualidade de forma mais intensa (Vilar, 2003).

Na perspetiva de Freud, com o início da puberdade, ocorre a maturação do sistema reprodutor, e uma reativação da zona genital como área de prazer sensual. De acordo com Sousa (2000), os e as adolescentes têm dificuldade em gerir os impulsos sexuais de forma socialmente aceites.

O/A adolescente desloca a sua atenção para os grupos de pares, com os quais se assemelha, funcionando como um porto de abrigo, onde podem fortificar forças e ganhar confiança em si mesmos.

Tu que és jovem,
E tens um caminho
Longo a percorrer.
Esquece o passado,
Espera o amanhã
E tenta viver...

Porque te julgas diferente,
Se és igual a tanta gente
Que corre num vaivém,
Sem nunca encontrar ninguém
E sofre tanto também?

A vida é dura e cruel,
Tão amarga como o fel
Se um dia for esmagado.
Mas é doce como o mel
Ao sentir o ser amado.

Esse que às vezes,
Nos foge como o vento.
Mas serve de passatempo,
Para nos fazer lembrar
Que somos felizes,
Podemos amar...

Alexandra Garcia (dezembro, 2021)

2 – SER LIVRE ENQUANTO SER SEXUAL

“A primeira vez que curti com uma rapariga foi uma noite de sonho. Tinha catorze anos e uma vontade de viver do tamanho do mundo. Fui com amigos a uma discoteca e um deles, trazia a namorada e uma amiga, que a princípio me pareceu gira mas convencida. Não liguei muito, mas não deixei de a olhar à distância, embora não percebesse porquê. O Pedro disse-me na casa de banho que a miúda me estava a controlar, mas não liguei muito, porque ele tem sempre a mania de que são as raparigas que nos engatam. À medida que a noite foi passando, as coisas começaram a aquecer e acabámos bem agarrados num canto da discoteca. Senti o corpo todo, uma espécie de arrepio pela espinha abaixo e um bocadinho de nervoso, com medo de não estar à altura e de a desiludir” (Sampaio, 2001, pp.18-19).

Durante muitos anos, defendeu-se que a sexualidade “caía do céu” na adolescência, como se fosse algo divino. No entanto, sabe-se hoje, através dos conhecimentos de diferentes áreas, que

“(…) que o ser humano tem uma componente de sexualidade em todas as fases da sua vida: desde a relação com o peito da mãe e com a mãe, descrita como “erotizada”, até aos jogos de sedução que faz com os progenitores do sexo oposto, cerca dos 2 anos de idade” (Cordeiro apud Beliz, 2018, p.11) (Figura 3).

“A sexualidade não deixa ninguém indiferente; ela marca não só o corpo, mas a mente, não só a modalidade ou a tonalidade dos afetos, mas a compreensão do real, assim como a afetividade do agir (...). a sexualidade não se acrescenta ao ser humano, mas atravessa-o a par e passo” (Renaud, 2001, pp. 39-41).

A sexualidade pode ser entendida como um processo de construção individual com dúvidas e hesitações, constituído por experiências e aprendizagens de vida, positivas e negativas, que conduzem a uma transformação e permitem aceder a uma sexualidade global (López & Fuertes, 1999; Braconnier & Marcelli, 2000).

“(...) desprover o ser humano, seja em que idade for, da sexualidade, porque se reduziu às relações sexuais, é não entender o que são as pessoas, e o resultado só pode ser trágico” (Cordeiro apud Beliz, 2018, p. 11).

Figura 3

Manifestações da sexualidade, de acordo com etapas de desenvolvimento

DESDE O NASCIMENTO ATÉ AOS 2 ANOS DE IDADE

A criança manifesta a sua sexualidade através da exploração de diferentes partes do corpo, incluindo os genitais, e demonstra experimentar prazer genital (nos meninos, observam-se ereções e nas meninas lubrificação vaginal).

ENTRE OS TRÊS E OS QUATRO ANOS DE IDADE

A criança toma consciência das diferenças corporais e de género; aprende a masturbar-se a si própria; faz perguntas relativamente à sua origem e imita a conduta sexual dos adultos; sabem decerto que são menino ou menina; começa a fazer as primeiras perguntas sobre sexo e procura ver o que há debaixo da roupa dos colegas ou das bonecas.

DOS CINCO AOS OITO ANOS DE IDADE

A criança continua com os jogos sexuais da descoberta e exploração do corpo, assim, como a masturbação; a curiosidade estende-se até à gravidez e ao nascimento e estabelecem-se amizades fortes com crianças do mesmo sexo; manifesta interesse por papéis de género, habitualmente estereotipados (cozinhar, conduzir, etc.).

DOS NOVE AOS DOZE ANOS DE IDADE

Período no qual se inicia a puberdade - tornam-se mais reservadas, requisitando maior privacidade; a ambivalência de sentimentos como tristeza e euforia são recorrentes; reforçam os laços de amizade, especialmente com indivíduos do mesmo sexo.

DOS TREZE ANOS ATÉ AO FINAL DA PUBERDADE

- Apaixonam-se frequentemente por pessoas mais velhas, tais como estrelas de cinema ou mesmo professores/as; ocorre a influência dos grupos de pares e os sentimento de pertença e aceitação pelo grupo; podem, masturbar-se até atingir o orgasmo, ter fantasias românticas e, geralmente, no final desta fase ocorre a primeira experiência sexual.

Fonte: Adaptado de SIECUS (1994) *apud* Pereira & Freitas (2001)

Matos (2000) define a sexualidade como um modo de ser, de se manifestar, de comunicar com os outros, de sentir, de expressar e de viver o amor humano.

De acordo com a OMS (2002), a sexualidade

“(...) é uma energia que nos motiva procurar amor, contacto, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual, ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, e por isso influencia também a nossa saúde física e mental”. (p. 9).

A vivência da sexualidade integra assim uma componente biológica associada ao corpo; uma componente relacional ligada às relações, comunicação e compromissos; uma componente ética e sociocultural que inclui as escolhas e responsabilidades da vida sexual sob influência de valores culturais; e uma componente psicológica que se associa às emoções, sentimentos e atitudes, e que se relacionam com o amor, que o impele para a satisfação física do impulso sexual (Anastácio, 2010).

Segundo Sousa (2000), as raparigas apresentam normalmente uma atividade sexual menor que a dos rapazes, pela maior culpabilidade e maiores consequências diretas em relação às atividades sexuais. Muitas vezes as raparigas têm relações sexuais porque os namorados querem e elas têm medo que estes as abandonem, ou porque têm receio de ser consideradas antiquadas. “(...) quase poderíamos dizer que as raparigas querem o amor se possível sem sexo” (Miguel, 1994, p. 30).

Nos rapazes, o comportamento afetivo e sexual é influenciado pela procura de segurança e desejo de afirmação. “(...) quase poderíamos dizer que os rapazes querem sempre sexo sem o amor” (Miguel, 1994: 32).

Costa (1994) entende a atividade da prática sexual como forma de inserção e aceitação no grupo dos pares ou iguais.

Num estudo realizado pelo INE (1998), concluiu-se que a maior parte dos e das adolescentes começa a ter relações sexuais entre os 15 aos 18 anos. Relativamente à idade de início da atividade sexual, 7 em cada 10 mulheres sexualmente ativas referiram ter tido relações sexuais antes dos 14 anos. Entre as mulheres sexualmente ativas, dos 15 anos aos 17 anos de idade, 55% referiu ter 2 ou mais parceiros e 13% referiu ter tido pelo menos 6 parceiros.

É nas relações de namoro que os e as jovens vão viver a sexualidade. Para Matos *et al.* (2010), o erotismo e a sexualidade são os elementos básicos das relações de afeto entre adolescentes. A prática sexual passou a ser algo de normal no namoro dos/as adolescentes (Monteiro, 2016).

Segundo Kunz (1997), na altura da primeira relação sexual, os e as adolescentes na sua maioria, não têm conhecimentos sobre sexualidade e reprodução, já que esta é uma experimentação para a qual não estão preparados/as. De acordo com o autor, as adolescentes poderão não ter a força, a confiança e as capacidades para recusarem relações sexuais, ou não esquecerem a influência cultural do papel de submissa atribuído à mulher, o que as poderá colocar em risco para episódios de violência sexual.

CAPÍTULO 2 – O CONSUMO DE ÁLCOOL E A VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA SEXUAL

3 – CONSUMO DE ÁLCOOL EM CONTEXTOS RECREATIVOS

“O álcool é mau mensageiro: tu envia-lo à barriga, e ela sobe à cabeça”.

(Ditado iídiche)

Na maioria dos ambientes recreativos noturnos, a máxima “sex and drugs and rock and roll” mantém-se viva (Belli *et al.*, 2002). Esta vivência recreativa, traduz-se num fenómeno coletivo de diversão, no qual participam jovens e pessoas adultas que se libertam da rotina da semana e transformam as suas atitudes e condutas, numa experiência, na qual, o sexo e as drogas são os principais componentes (Calafat *et al.*, 2000).

A OMS (1981) define droga, como qualquer entidade química ou mistura de entidades, que alteram a função biológica e possivelmente a sua estrutura. As drogas são substâncias utilizadas para produzir alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional, que mudam de acordo com as características da pessoa que as utiliza, da droga utilizada, da quantidade, do efeito que se pretende alcançar e das circunstâncias do consumo (Fonseca, 2006).

O álcool pertence ao grupo das drogas psicotrópicas depressoras do Sistema Nervoso Central (Carlini, 1994 *apud* Carlini *et al.*, 2001), que produz alterações no comportamento, no humor e na cognição (OMS, 1981). O etanol sendo uma molécula mínima, entra logo na nossa corrente sanguínea quando é ingerido, chegando rapidamente a todo o organismo (Martins, 2009 *apud* Carvalho, 2016).

Em Portugal, é longa a história do álcool, não só relativamente ao seu consumo (o vinho era usado nas sopas de cavalo cansado, como fonte de energia e calor), mas na sua produção e exportação (Portugal tem dos vinhos mais apreciados a nível mundial), o que lhe confere um papel importante no desenvolvimento da nossa cultura e tradição (ibidem, 2016).

Na antiguidade o álcool era usado pelos seus efeitos psicoativos e curativos, associado a valores sociais e religiosos. Foi também sendo utilizado em contextos festivos e em rituais, no comércio, na vida social e na saúde, com diferentes significados e motivações (Lomba, 2012).

O seu consumo adquiriu um enorme simbolismo e significado cultural, de tal modo que nas sociedades cristãs ocidentais, as bebidas alcoólicas são utilizadas diariamente à refeição, e fazem partes das festas e cerimónias (Morais, 1997).

A Europa é o continente onde o consumo *per capita* de álcool é mais elevado. Portugal ocupa uma posição de destaque, nomeadamente no volume total consumido e no consumo de vinho *per capita* (OMS, 2008). Em Portugal, os portugueses consomem 2,8 milhões de litros de bebidas alcoólicas, num dia (Martins, 2009 *apud* Carvalho, 2016).

Apesar do histórico de produção e consumo de vinho no nosso país, a população jovem mostra maior interesse no consumo de cerveja, com fins recreativos, aos fins de semana (*ibidem*, 2016).

O inquérito HBSC (Matos *et al.*, 2010), realizado no âmbito da OMS, concluiu que cerca de 40% dos adolescentes experimentou álcool pela primeira vez aos 12-13 anos, e cerca de 60% ficou embriagado pela primeira vez aos 14 anos ou mais. Não existem diferenças significativas entre os dois sexos. Relativamente ao consumo, a bebida mais consumida todos os dias, foi a cerveja. Relativamente ao ano de 2022, o inquérito conclui que 0,4% dos adolescentes consome bebidas destiladas e 0,4% cerveja, todos os dias. O consumo de vinho é menos frequente. Dos/as adolescentes que referem consumir álcool, 5,2% já se embriagaram pelo menos uma vez nos últimos 30 dias e 10,2% já se embriagaram pelo menos uma vez, durante toda a vida (Gaspar *et al.*, 2025).

Existem hoje “novas tendências do beber” e “novas bebidas” mais sofisticadas e internacionalmente mais aceites... é a modernização do beber (Vinagre & Lima, 2006).

Outra mudança no padrão do consumo de álcool na atualidade, refere-se ao fenómeno designado por *binge drinking* (episódico forte, *heavy episodic*, alto risco ou perigoso) (Zeigler *et al.*, 2005; Rodrigues, 2006), que corresponde a um padrão de consumo que se traduz numa alcoolémia maior ou igual a 0,8 g/l.

Paralelamente, as situações de embriaguez aumentaram de forma notória, especialmente pelo consumo de bebidas como os *shots* e outras de elevado teor alcoólico (Vinagre & Lima, 2006). Segundo Baptista (2004), os jovens, veem o *shot* como um meio de atingir rapidamente os seus objetivos, o estado de embriaguez e euforia. O *shot* é interpretado como uma forma de beber e não como uma bebida, pelo ritual do ato e pelo convívio que lhe está associado.

O movimento alcopops (*designer drinks*) é também muito apelativo para os/as jovens, uma vez que as bebidas são açucaradas, com sabor a fruta e com percentagem de álcool que varia entre os 4 e os 6%. São atrativas para os/as jovens, que em geral, não apreciam o sabor ardente do álcool (Rodrigues, 2006).

O consumo de álcool por adolescentes, para além das consequências para a saúde física, torna-os/as mais vulneráveis a situações de risco. A substância provoca uma diminuição do limiar de censura, que associada à onnipotência pubertária e ao sentimento de indestrutibilidade e invulnerabilidade nesta fase, faz com que muitas vezes as vidas sejam interrompidas ou prejudicadas pelo uso da substância (Freitas *et al.*, 2007).

Laranjeira (2009), identifica as consequências negativas do consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes: problemas nos estudos; desajustes sociais; prática de sexo sem proteção e/ou sem consentimento; maior risco maior de suicídio ou homicídio e acidentes relacionados com o consumo de álcool.

O uso do álcool em adolescentes pode conduzir ao risco de *overdose* ou intoxicação alcoólica, situação que pode comprometer o seu desenvolvimento, com sequelas na vida adulta (Malta *et al.*, 2014).

O uso do álcool em idade precoce aumenta o risco de uso de outras drogas, uma vez que alguns/algumas adolescentes podem desenvolver a dependência química da substância, aumentando o padrão de uso (Gigliotti & Bessa, 2004).

O contexto escolar, nomeadamente o grupo de pares e o ambiente social no qual o/a adolescente está envolvido/a, são considerados os maiores e mais fortes preditores do consumo de substâncias na adolescência. Na escola identificam-se alguns fatores que podem favorecer comportamentos de risco: falta de motivação associada ao fraco rendimento académico; a vontade de independência; e o fraco interesse na realização pessoal (Matos, 2009).

4 – DO SEXO ARREPENDIDO À VIOLÊNCIA SEXUAL

“A sexualidade não deixa ninguém indiferente; ela marca não só o corpo, mas a mente, não só a modalidade ou a tonalidade dos afetos, mas a compreensão do real, assim como a afetividade do agir (...). (...) a sexualidade não se acrescenta ao ser humano, mas atravessa-o a par e passo” (Renaud, 2001, p. 39-41)

A sexualidade ocupa um papel central na vida dos/as jovens, sendo um dos ideais veiculados pela diversão. É vista como uma atividade a que facilmente se pode aceder nos espaços recreativos noturnos, pois permitem encontros que podem terminar em ligações sexuais. O sexo na atualidade adquiriu um novo significado: é uma atividade em si mesma, desvinculada, pelo menos no início, de uma relação romântica e duradoura (Calafat *et al.*, 2004).

As substâncias psicoativas mais consumidas em contextos recreativos noturnos, são maioritariamente estimulantes (OEDT, 2002), que proporcionam euforia, aumento da intimidade, desinibição e dissolução dos medos (Godinho, 1995; Lorga, 2001; Viana, 2002). Estes efeitos, conduzem a uma certa predisposição inconsequente, para experiências sexuais efémeras do tipo “one night stand” (Lomba, 2006).

O recurso a substâncias para fins ligados à sexualidade não é recente. Em termos históricos, é conhecida a utilização do consumo de álcool com o objetivo de desinibir outra pessoa, para aumentar a probabilidade de ter relações sexuais com ela (Martin, 2001). Na atualidade, existem outras que têm efeito sobre o desejo sexual, tais como: a *cannabis* (Poulin & Graham, 2001), a cocaína (Pechansky, 2000), o *ecstasy* (Capdevila, 1995), as anfetaminas (Souza & Martins, 1998), entre outras.

Hughes & Bellis (2004), referem que o acesso a estas substâncias é muito fácil e que estão a ser desenvolvidas drogas sintéticas, especificamente com o intuito de estimularem para a atividade sexual.

De acordo com o estudo de Matos *et al.* (2006), 35,2% de jovens que já iniciaram a vida sexual, referem tê-lo feito sob o efeito de álcool e 22,4% sob o efeito de drogas.

Hughes & Bellis (2004), concluíram que os consumidores de drogas e de álcool, não só têm mais relações sexuais do que os não-consumidores, mas também têm mais parceiros sexuais, usam menos os preservativos e iniciam-se em práticas sexuais mais cedo.

A diminuição do estigma social relacionado ao consumo de bebidas alcoólicas em mulheres, resultou num aumento significativo do seu consumo neste grupo, tendo estas atualmente padrões semelhantes aos atribuídos aos homens (OEDT, 2006).

"O uso de álcool e/ou drogas apresentou-se como fator de risco em 82,6% dos estudos analisados, sendo considerado um elemento predisponente para ocorrência de violência sexual em adolescentes. Ressalta-se ainda que os adolescentes, ao consumirem álcool de modo abusivo, apresentam alteração no seu juízo crítico, ampliando a exposição ao risco, para diferentes formas de violência sexual" (Souza *et al.*, 2019, p.368).

De acordo com dados do Projeto "Sexism Free Night" (Pires *et al.*, 2022), 90% (75% mulheres e 25% homens) das pessoas que responderam ao inquérito, já presenciaram episódios de assédio sexual, abuso e agressões sexuais nos contextos recreativos. Verificou-se que estas situações afetam desproporcionalmente as mulheres, em termos de incidência e frequência, sendo maioritária e expressivamente perpetradas por homens.

No contexto mundial, a violência sexual continua a ser uma realidade na vida de crianças e adolescentes, e altamente prevalente em todas as sociedades investigadas, independentemente da condição económica, social, cultural, religiosa ou étnica (Souza *et al.*, 2019).

A violência sexual integra um amplo espectro de comportamentos, designadamente, contacto sexual indesejado (beijar, tocar, comentários constrangedores; apalpar contra a vontade; pressão verbal); tentativa de violação e/ou violação (concretizada por atos de penetração com ou sem uso de força física); atividade sexual forçada a partir de pressão verbal, ameaças ou intoxicação da vítima com substâncias psicoativas; atividade sexual não consentida e exploração sexual (Baigorria *et al.*, 2017; Quigg *et al.*, 2020; Peixoto *et al.*, 2013).

Os contextos recreativos noturnos possibilitam a quebra com a rotina de vida diária, associados a uma necessidade de socialização, integração e procura ativa de prazer (Laranjeira, 2016; Pires *et al.*, 2018). Esta associação, aumenta a probabilidade de adoção de comportamentos de risco, como o consumo excessivo de substâncias psicoativas, que se associam a mais episódios de violência sexual sobre as mulheres (Pino & Johnson-Johns, 2009).

Nas situações de violência sexual associadas a estes contextos, assiste-se à desculpabilização do agressor a par de uma culpabilização da vítima, pelo facto de se

considerar que esta não foi competente na mobilização de medidas de autoproteção, pondo-se em risco, pelo seu vestuário, consumos excessivos e falta de reação (Bohner *et al.*, 2009; Pires *et al.*, 2018).

Homens e mulheres reconhecem que os contextos recreativos noturnos são parte do problema (em proporções bastante semelhantes), no entanto a atribuição da culpa e responsabilização deste comportamento foi distinta, verificando-se padrões de género na atribuição da responsabilidade: 67%) transpuseram o foco da culpa essencialmente para o consumo de álcool, enquanto 56% dos/as participantes defenderam que atribuíam responsabilidade à relação entre o consumo de álcool, o comportamento, personalidade ou crenças do agressor (Mustaine & Tewksbury, 2002).

Gunby *et al.* (2012), através de um questionário online, verificaram que 31% dos/as respondentes, relataram terem experienciado, sob efeito de álcool, relações sexuais não consentidas, sendo que 83% eram do sexo feminino.

Segundo o Observatório Noctambul (2016), a existência de uma situação de violência sexual é indiscutível nos casos de submissão química premeditada, ou seja, quando a vítima não tem conhecimento de que está a consumir uma substância psicoativa (como exemplo, a adulteração da bebida alcoólica pelo agressor).

No caso de situações de violência sexual, que ocorrem após consumo voluntário de substâncias psicoativas, surgem dúvidas em relação ao consentimento, por isso o agressor não considera que esteja a cometer um crime sexual, e a vítima auto culpabiliza-se (Noctambul, 2016), o que a leva a não denunciar a situação e a isolar-se (Dawgert, 2009). As vítimas podem também vir a sofrer stress pós-traumático, sentimentos de raiva, vergonha, dificuldades no relacionamento interpessoal, uso de substâncias psicoativas, depressão e suicídio.

“É a legalização da ideia de que há mulheres que não são verdadeiramente violadas, tendo contribuído (in)voluntariamente para o efeito”, que se relativiza a culpa do agressor (Ventura, 2015, p. 79).

Independentemente dos padrões de consumo de álcool das mulheres, os únicos responsáveis pela violência sexual são os agressores, e são eles que devem abster-se de o fazer (Pires *et al.*, 2018).

É também essencial desconstruir a realidade socialmente construída, de que as mulheres são tipicamente culpadas por beberem antes da agressão sexual, enquanto os agressores do sexo masculino são normalmente desculpabilizados, se estiveram a beber (Ullman *et al.*, 2019).

CAPÍTULO 3 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

5 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR

“Educar para o amor é fazer crescer no homem a humanidade” (Serrão, 1987, p. 12)

Oliveira & Assunção (2010) afirmam:

“Reduzir a sexualidade humana à genitalidade, com ou sem fins procriativos, é defini-la como instinto animal que une os seres na busca de um prazer imediato, manifestando-se por atos sexuais, mecânicos e triviais, ociosos de substrato e de sentido efêmero (...). A sexualidade leva, a que cada um se realize na pessoa do outro contribuindo para que esse outro também se sinta realizado” (pp. 87-88).

Na atualidade, este conceito parece algo longínquo, pelas mudanças nos comportamentos e atitudes dos/as adolescentes. No entanto, apesar de certos comportamentos nos poderem parecer chocantes ou inadequados, não nos compete definir regras morais ou emitir juízos de valor. O essencial deverá ser olhar para esses comportamentos, e avaliar qual o acréscimo de risco para a saúde, o equilíbrio e o bem-estar, que podem acarretar (Cordeiro, 2003).

Oliveira *et al.* (2009) defendem que

“(...) é na infância e na adolescência que se adquirem e se consolidam estilos de vida saudáveis, cuja manutenção ao longo da vida vai permitir ganhos em saúde e uma utilização mais racional dos serviços (...). O gosto pelo risco, a curiosidade e o sentimento da invulnerabilidade são fatores que influenciam, muitas vezes de forma paradoxal, a forma como os adolescentes e jovens apreendem as mensagens que lhes são dirigidas (...) A ideia de risco está mais associada à noção de desafio, ao incentivo a ultrapassar os próprios limites, do que, propriamente, à ideia de prejuízo potencial para a saúde ou para a vida, do próprio ou de terceiros”. (pp. 8-10).

A criança aprende espontaneamente por modelagem. Primeiro, no seio da sua família e posteriormente no grupo de amigos/as, e de forma mais estruturada na escola e na comunidade (Monteiro, 2016).

É neste contexto que a OMS começou a encarar este grupo etário de forma mais atenta, e por isso as políticas ligadas a ele, ganham destaque nas políticas globais (DGS, 1998). Neste contexto, o IBGE (2016), destaca a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento de capacidades individuais e o reforço da ação comunitária, através da responsabilidade social.

Segundo Cardoso (2005)

“(…) num mundo caracterizado por tanta e tão diversificada informação (...). não observamos grandes modificações dos comportamentos. Os jovens e menos jovens continuam a expor-se a riscos altamente publicitados” (...). É preciso ensinar a separar a boa informação da má e encontrar pedagogos que saibam ajudá-los a incorporar nos seus hábitos e estilos de vida de forma a transformá-la em conhecimento. Deste modo, talvez seja possível inverter, ou pelo menos, minimizar a tão flagrante ignorância em matérias de risco comportamental e estilos de vida”. (p.135).

A educação para a saúde conduz a aprendizagens relacionadas com a saúde, o que gera alterações no conhecimento e na maneira de pensar. Este processo, pode denominar-se de capacitação ou *empowerment* das populações, que nos remete para o “poder interior”, o “controlo”, ou a “autoconfiança”, que integra quatro fatores fundamentais: o acesso à informação (mais preparados/as para exercer os seus direitos e adquirirem oportunidades); a inclusão e a participação (oportunidade para participarem na tomada de decisão); a responsabilidade e a capacidade organizacional; e a mobilização de recursos para enfrentarem os problemas do dia a dia (Ramos, 2003).

Brito *et al.* (2012), definem a Educação em Saúde como a combinação de atitudes e experiências de aprendizagem com objetivo de aumentar o conhecimento das pessoas,

"(...) sobre os determinantes da saúde, sobre o comportamento em saúde, e sobre as condições sociais que afetam seu próprio estado de saúde e o estado de saúde do outro", colaborando "(...) na formação de uma consciência crítica no escolar, resultando na aquisição de práticas que visem

à promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e da saúde da comunidade da qual faz parte". (pp. 11-18).

Neste contexto, é fundamental proporcionar aos e às adolescentes, o desenvolvimento de competências sócio emocionais, que lhes permitam resistir à influência de amigos/as para o envolvimento em comportamentos, que ponham em causa a sua saúde e bem-estar.

“Intervir no indivíduo é intervir nos seus contextos, sendo a Saúde Escolar um campo por excelência de intervenção” (Monteiro, 2016), envolvendo o grupo de pares e os pais, tendo em conta o papel que têm na modelação de comportamentos (Ferreira & Torgal, 2010).

Grande parte da infância, adolescência e juventude passa-se hoje em meio escolar. A escolaridade obrigatória é o período de vida em que se consolidam conhecimentos, atitudes e comportamentos que influenciam a saúde e a qualidade de vida das pessoas, e onde decorrem um número infindável de experiências e práticas de vida (Oliveira *et al.*, 2009).

Neste contexto, a escola é um “laboratório de ensaios”, onde poderão ser utilizadas várias estratégias para a prevenção do uso de álcool e de ocorrência de situações de violência sexual.

A educação em saúde deve ser utilizada no empoderamento dos adolescentes, para o reconhecimento imediato dos fatores de risco, resguardando os seus direitos, sem esquecer o papel da família, da escola, da sociedade e dos profissionais de saúde, como responsáveis em criar uma rede de proteção, para a exposição a situações de risco (Souza *et al.*, 2019).

Valla & Statz (1993) *apud* Figueiredo (2005), defendem que as práticas educativas devem possibilitar o desenvolvimento de capacidades para a tomada de decisões na procura de uma melhor qualidade de vida. Nesta conceção, consideram que o profissional de saúde, incluindo o/a profissional de enfermagem, assume um papel decisivo de facilitador/a, no ensino e intervenção com adolescentes, de forma a poderem vivenciar esta fase da vida, de forma informada, responsável e sem riscos para a saúde (Monteiro, 2016).

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

No seu dia a dia de cuidados, o/a enfermeiro/a encontra muitas inquietações, indagações e dúvidas, para as quais procura respostas. A investigação é uma ferramenta para procurar essas respostas de forma sistemática e ordenada.

A metodologia da investigação representa uma fase importante e decisiva do trabalho de investigação, pois constitui-se como elo privilegiado entre a teoria e a prática (Polit & Hungler, 1995).

6 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Para nortear as ideias ao longo do percurso, considerei pertinente elaborar um Cronograma e o Desenho de Investigação, para mais facilmente delimitar as etapas e refletir nas mesmas (Figuras 4 e 5).

Figura 4

Cronograma de atividades

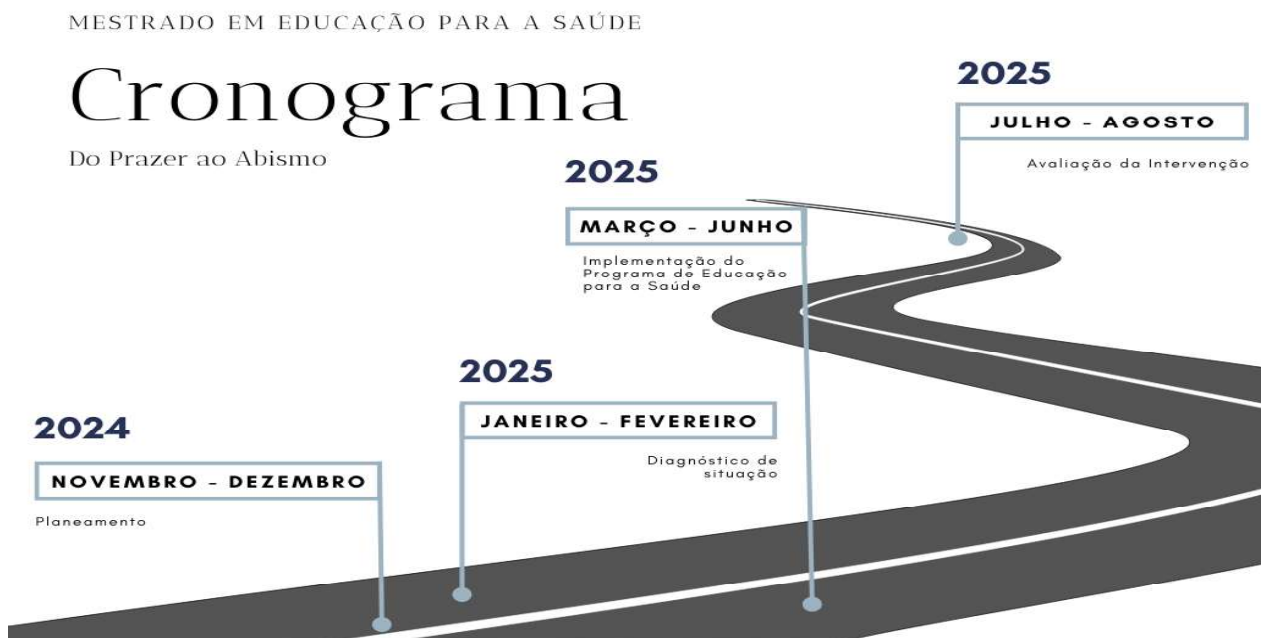


Figura 5
Desenho da Investigação



Tendo em conta o objetivo principal deste Trabalho de Projeto - Implementar e avaliar os efeitos de um Programa de Educação para a Saúde, desenvolvido para a população de adolescentes do concelho de Oliveira do Hospital, para aumentar o seu empoderamento na tomada de decisão informada aquando do consumo de álcool, reduzindo a ocorrência de episódios de violência sexual, delineei algumas etapas para a sua concretização:

1) Definição da visão, missão e objetivo do Programa de Educação para a Saúde

VISÃO: Ter uma população de adolescentes, no concelho de Oliveira do Hospital, que frequentam o Ensino Secundário numa Escola Profissional, que apresentem baixos consumos de álcool, evitando assim a vulnerabilidade a comportamentos sexuais de risco, tomando decisões de forma consciente e informada, para que dessa forma possam usufruir do maior número possível de anos de vida saudáveis e livres de doença.

MISSÃO: Contribuir para a criação, implementação e desenvolvimento de condições para que os e as adolescentes do concelho de Oliveira do Hospital, reconheçam as vantagens, para a saúde, de adotarem comportamentos saudáveis, evitando colocar-se em risco.

OBJETIVO: Conscientizar a população de adolescentes, do concelho de Oliveira do Hospital, para a importância da tomada de decisão, perante situações de risco (nomeadamente em contextos recreativos) e comportamentos de risco (consumo de álcool).

2) Realização de diagnóstico de situação: comportamentos e atitudes sexuais e consumo de álcool, de adolescentes matriculados na Escola Profissional, do concelho de Oliveira do Hospital.

- Aplicação de um Questionário *online* sobre comportamentos e atitudes sexuais e crenças sobre o abuso de álcool e as situações de violência sexual (Apêndice 1)

3) Implementação de Programa de Educação para a Saúde

- Dinamização de 2 intervenções educativas de 100 minutos, em cada turma, com recursos à metodologia “*World Café*”

1ª sessão – Consumo de álcool em contextos recreativos (Apêndice 2)

2ª sessão – Consumo de álcool e a vulnerabilidade a episódios de violência sexual (Apêndice 3)

4) Realização de Atividade “EM FOCO (DA) PREVENÇÃO” – Projeto “Mala da Prevenção” do Dr. Luís Patrício, nos dias 25 e 26 de junho de 2025 (Apêndice 4)

5) Avaliação do Programa de Educação para a Saúde: através da aplicação de questionário *online* (Apêndice 5)

7 - METODOLOGIA E MÉTODOS

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e por consequência, exige uma explicitação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 1999).

Nesta investigação, a inquietação inicial foi “Será que os adolescentes têm conhecimentos sobre a vulnerabilidade a episódios de violência sexual, após consumo de álcool?”

Com base nesta inquietação, elaborei uma investigação-ação participativa, com o objetivo de: Implementar e avaliar os efeitos de um Programa de Educação para a Saúde, desenvolvido para a população de adolescentes do concelho de Oliveira do Hospital, para

aumentar o seu empoderamento na tomada de decisão informada aquando do consumo de álcool, reduzindo a ocorrência de episódios de violência sexual.

De acordo com a OE (2021), o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde exige que o/a enfermeiro/a especialista, incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

A investigação-ação participativa em saúde, é uma forma de investigar a *práxis* no local onde ocorre e com os seus protagonistas. Trabalha maioritariamente com grupos e/ou pessoas vulneráveis, que tem menos acesso aos cuidados de saúde e apresentam maior risco de doença, com o objetivo principal de reduzir iniquidades, através do *empowerment* dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades.

Em 2009, um grupo de investigadores, criou a International Collaboration on Participatory Health Research (ICPHR, 2013), e definiu um conjunto de critérios que caracterizam este tipo de investigação:

- A participação é um imperativo democrático;
- O conhecimento incorpora múltiplas perspetivas e tipos de conhecimento;
- O impacto vai além da produção de conhecimento académico;
- É dada primazia ao contexto comunitário (local);
- Baseia-se na reflexividade com valores explícitos, garantindo autenticidade, transparência e transferibilidade;
- Os resultados são práticos, relacionais (de processo), credíveis e válidos;
- Valorizam-se diferentes formas de conhecer os resultados.

7.1 RECOLHA DE DADOS

A riqueza do mundo social, implica que haja uma multiplicidade de fontes de dados, que podem ser obtidos de variadas formas. Segundo Latorre (2003), para recolher evidências que suportem estudos científicos, existem diferentes técnicas de recolha de dados: umas baseadas na observação (focadas na perspetiva do/a investigador/a); outras, baseadas na conversação (centradas na perspetiva dos participantes e com maior nível de interação); e ainda, de análise documental (centradas na perspetiva do/a investigador/a, que recorre a

documentos disponíveis como fonte de informação).

Cervo & Bervian (1996), defendem que a escolha das técnicas de recolha de dados deve estar de acordo com os recursos, disponibilidade e objetivos do estudo.

Neste contexto, nesta investigação optou-se por utilizar, as seguintes técnicas de recolha de dados:

- **Pesquisa bibliográfica** - revisão das informações publicadas e a recolha do que for relevante para a questão em estudo;
- **Análise documental** – recolha e análise de dados determinantes para a elucidação da investigadora;
- **Inquérito por Questionário** – recolha de dados sobre comportamentos e atitudes sexuais e crenças sobre o abuso de álcool e a ocorrência de episódios de violência sexual
- **World Café** - metodologia de grupo utilizada para criar um ambiente colaborativo e participativo de discussão, antes das intervenções educativas. Os/As alunos/as reuniram-se em pequenos grupos, por mesas, para discutir os tópicos identificados (Apêndice 6). Ao longo da atividade os/as participantes mudam de mesa e vão-se juntando aos diferentes grupos para aprofundar a discussão sobre os diferentes tópicos. No final, o/a aluno/a escolhido como facilitador/a por mesa, partilha o resumo das principais conclusões e ideias geradas durante as conversas nas mesas.

7.2 - INFORMANTES

Na investigação qualitativa, os indivíduos são selecionados para participar na investigação qualitativa, de acordo com a sua experiência, cultura, interação social ou fenómeno de interesse. Lincoln & Guba (1985) e Patton (1990) intitularam este tipo de amostragem como amostra intencional/amostra teórica.

Fortin (1999, p.156) considera que, “(...) é importante que as pessoas selecionadas sejam capazes de testemunhar sobre a sua experiência ou de descrever o que interessa ao investigador, o que supõe uma motivação para participar e uma capacidade de se exprimir”.

Neste contexto, a seleção de informantes, nesta investigação, baseou-se no julgamento da investigadora, tendo em conta o fenómeno em estudo, e no objetivo de aceder

a uma descrição rica e densa do fenómeno, que permitisse reportar-nos às vivências dos “atores” envolvidos.

Tendo em conta a inquietação inicial e o objetivo da investigação, optou-se por uma amostra intencional por conveniência, incluindo como “informante chave”, os/as alunos/as matriculados/as numa Escola Profissional, no concelho de Oliveira do Hospital, pela facilidade de acesso à investigadora, tendo em conta que a Escola integra a comunidade escolar, abrangida pelas intervenções educativas relativas ao Programa Nacional de Saúde Escolar, do Plano de Ação da UCC Pinheiro dos Abraços.

7.3 - TRATAMENTO DOS DADOS

Os questionários aplicados para a realização do diagnóstico de situação e da avaliação do Programa de Educação para a Saúde, foram transcritos para um formato *online*, confidencial e anónimo, do Microsoft 365, aplicação “Forms” (Apêndice 1). O link dos questionários foi projetado na sala de aula, e os/as alunos/as responderam com recursos aos seus telemóveis.

Foi realizada análise estatística dos dados obtidos.

Foi aplicada a metodologia *World Café* nas intervenções educativas do Programa de Educação para a Saúde, e por isso foi realizada análise de conteúdo.

7.4 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Os/As investigadores/as devem respeitar, princípios básicos quando fazem investigação, nomeadamente o princípio da autonomia. Neste sentido, devem obter consentimento informado dos/as informantes, visto a sua participação ser voluntária.

Polit & Hungler (1995), referem que “O consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação”. (p.134).

A preocupação ética deve estar explícita em qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos. Tal como referem Carpenter & Streubert (2002), comprometer-se com um estudo de investigação, implica a responsabilidade pessoal e profissional, de

assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral.

Os três principais princípios éticos a salvaguardar, referidos por Polit *et al.* (2004), no Relatório Belmont são: beneficência, respeito pela dignidade humana e o princípio da justiça.

A beneficência, inclui a integridade ou isenção de dano físico, psicológico, económico, social entre outros.

O respeito, pela dignidade humana, inclui o direito à autodeterminação (direito de decidir de forma voluntária, se querem ou não, participar no estudo, ou ser excluído/a da pesquisa a qualquer momento; esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa; não dever sentir-se obrigado/a, em circunstância alguma, a participar na investigação) e o direito à revelação completa (direito de ser informado/a da natureza do estudo e o direito a recusar participar ou desistir). O consentimento informado decorre deste princípio que salvaguarda ao/à participante, o poder de, livremente, optar por participar ou não na pesquisa e fazê-lo apenas, quando possuir a informação necessária relativa à mesma e ser capaz de compreender as informações fornecidas (Carpenter & Streubert, 2002).

O princípio da justiça inclui o direito ao tratamento justo e o direito à privacidade (confidencialidade e anonimato).

Nesta pesquisa, o consentimento informado dos e das participantes, foi obtido através da sua palavra e do preenchimento da Folha de Consentimento Informado (Apêndice 7).

CAPÍTULO 5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresento os resultados, partindo da análise dos dados obtidos nos questionários aplicados (diagnóstico de situação e avaliação do Programa de Educação para a Saúde), bem como da análise do conteúdo da utilização da metodologia *World Café* nas duas intervenções educativas realizadas, em cada turma. Apresento também, a discussão dos resultados encontrados, resultante de uma reflexão pessoal baseada no enquadramento teórico e nos resultados obtidos e analisados.

Da aplicação do questionário inicial para realização de diagnóstico de situação, obtiveram-se 165 respostas dos/as alunos/as.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Relativamente ao grau de escolaridade, 43% frequentam o 10º ano, 40% o 11º ano e 17% o 12º ano de escolaridade. A média de idades encontrada foi de 17 anos (15-20 anos).

Relativamente ao sexo, 49% são do sexo feminino, 50% do sexo masculino e 1 adolescente é intersexo.

Em relação ao género, 49% definem-se como mulher, 50% como homem. Um dos adolescentes define-se como trans e outro como não binário.

Relativamente à orientação sexual, 90% (149) definem-se como heterossexual; 5% (9) homossexual e 5% (7) bissexual.

No momento atual, 69% (114) refere que não tem atualmente uma relação íntima, e 31% (51) respondeu afirmativamente.

CONSUMO DE ÁLCOOL

A maioria da população (79%) refere já ter experimentado bebidas alcoólicas e 21% ainda não. A média de idades do início do consumo são os 14 anos (13-18 anos).

Maioritariamente, o primeiro consumo aconteceu na casa de amigos/as (35%), na discoteca (31%) e na casa dos pais (23%).

O motivo principal que conduziu os/as adolescentes a ingerir a primeira bebida alcoólica, foi a curiosidade (54%). O facto de se sentir mais velho/a (19%) e a diversão (15%), foram também enumerados.

Neste primeiro consumo, 78% dos/as jovens consumiu com amigos/as, 15% com a família e 7% com o/a namorado/a. Na sua maioria, 54% refere que consome bebidas alcoólicas em festas e 46% nas saídas com amigos/as. Maioritariamente (61,5%) refere que bebe para se divertir, 17% para ficar alegre, 6% refere que bebe mesmo para se embriagar ou para esquecer. Referida a desinibição por 4% dos/as jovens, como motivo para o consumo.

Relativamente às bebidas alcoólicas, 38% costuma consumir cerveja, 38% *shots*, 19% bebidas brancas e apenas 4% bebe vinho.

Quase metade dos/as adolescentes, 49%, refere que já ficou embriagado/a sob efeito de álcool, 10% referem que já tiveram de o/a levar a casa, pois por si só, não conseguiam, 9% referem que já ficaram inconscientes após consumo excessivo e 1 jovem refere que foi hospitalizado.

Relativamente ao padrão de consumo, 13% refere consumir rápida e repetidamente bebidas (*binge drinking*).

Quase a totalidade dos/as adolescentes, 92%, refere que tem autocontrolo sobre a quantidade que bebe.

Como efeitos do consumo, maioritariamente referem que ficam alegres (62%). As tonturas são referidas por 27% e a excitação por 11%.

COMPORTEAMENTO SEXUAL

Cerca de metade dos/as adolescentes, 50% refere já ter iniciado a sua vida sexual. A média de idades encontrada foi de 14 anos (14-20 anos).

Maioritariamente, 82% referem utilizar métodos contraceptivos. Destes, o preservativo continua a ser o método mais utilizado, relatado por 75% dos/as jovens. A pílula é utilizada por 15%, o implante por 7% e o anel vaginal por 3% da população.

Relativamente à ocorrência de episódios de violência sexual, 3% dos/as jovens (4) referiram que já tinham sido abusados/as sexualmente quando estavam inconscientes. Destes, 2 foram abusados/as pelo/a namorado/a, 1 pelo/a parceiro/a atual e 1 por um/a amigo/a.

Um dos adolescentes refere que foi abusado sexualmente por um conhecido, depois de ter consumido álcool, ao ponto de não ser capaz de dar consentimento.

Como consequências físicas resultantes destes episódios, identificaram: hemorragia; hematomas e marcas. O medo, a culpa, o desalento e o nojo, foram apontadas como consequências emocionais. Como consequências sociais, identificaram o medo de sair à noite e de estar em casa sozinha. O facto de perder o foco e “estar sempre a pensar no que aconteceu”, foi identificado como a consequência escolar. Em termos familiares, o isolamento, a vergonha e o medo foram as consequências relatadas.

Relativamente à denúncia de situações de violência sexual, 6% dos jovens referiu que já reportou uma situação de violência sexual, 4 à família, 1 aos amigos, 2 à GNR e 1 ao tribunal.

CONHECIMENTOS E CRENÇAS

Relativamente aos conhecimentos e crenças sobre o consumo de álcool e a vulnerabilidade a episódios de violência sexual, apresentam-se no Quadro 1, os principais resultados.

Quadro 1

Resultados das respostas ao questionário inicial – diagnóstico de situação

AFIRMAÇÕES	Respostas dos adolescentes (%)	
	VERDADEIRA	FALSA
Ficar embriagado/a não me expõe ao risco de ser vítima de violência sexual	30	70
Quando as mulheres são violadas, muitas vezes é porque não disseram “não” de forma clara	20	80
Apenas as mulheres são vítimas de violência sexual	12	88
Para ter relações sexuais com o/a parceiro/a íntimo/a, tenho de ingerir bebidas alcoólicas	4	96
Muitas mulheres provocam os homens e depois alegam que foram violadas	58	42
A violência sexual pode ser impedida	81	19
Uma mulher que se vista com roupas provocadoras, não deveria surpreender-se se um homem tentar forçar uma relação sexual	27	73
As mulheres que provocam os homens merecem que lhes aconteça tudo	13	87
As mulheres tendem a exagerar o quanto a violação as afeta	26	74
As acusações de violência sexual, são frequentemente utilizadas como forma de vingança contra os homens	39	61
Se não ingerir bebidas alcoólicas, não me consigo divertir	10	90
Apenas os heterossexuais são agressores	7	93
O álcool desinibe-me, por isso é mais fácil estabelecer relações íntimas	24	76
Consumir álcool e/ou outras substâncias psicoativas, de vez em quando, em contexto recreativo, é inofensivo	40	60

Verificou-se que os/as adolescentes detêm já conhecimentos sobre a vulnerabilidade a episódios de violência sexual, após consumo de álcool, no entanto em algumas das respostas é perceptível a existência de mitos e de falta de literacia nesta área, nomeadamente:

- 40% considera que é inofensivo consumir álcool e outras substâncias psicoativas em contextos recreativos;
- 30% considera que ficar embriagado/a, não o/a expõe ao risco de ser vítima de violência sexual;
- 20% considera que quando as mulheres são violadas, é porque não disseram não de forma clara;
- 58% considera que muitas mulheres provocam os homens e depois alegam que foram violadas;
- 13% refere que as mulheres que provocam os homens merecem que lhes aconteça tudo;
- 39% considera que as acusações de violência sexual são frequentemente utilizadas como forma de vingança contra os homens;
- 26% refere que as mulheres tendem a exagerar o quanto a violação as afeta;
- 24% considera que o álcool o desinibe, e por isso é mais fácil estabelecer relações íntimas.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “DO PRAZER AO ABISMO”

Nas duas intervenções educativas do Programa de Educação para a Saúde, foi utilizada a metodologia *World Café* (Apêndice 6), para introduzir os dois temas abordados: consumo de álcool em contextos recreativos e o consumo de álcool e a vulnerabilidade a episódios de violência sexual. Foi também utilizado como recurso apresentação em *power point*.

Foram colocadas 4 frases em diferentes cartolinas, distribuídas por 4 mesas, para os/as adolescentes refletirem sobre as mesmas. Em cada mesa, era identificado/a um aluno/a que fosse o daquele grupo, que nunca saía do seu lugar. Os/as restantes alunos/as, rodavam de mesa para refletirem sobre as 4 frases.

No final de todos/as os/as adolescentes refletirem sobre as 4 frases, o/a facilitador/a de cada grupo apresentou oralmente as principais ideias que surgiram das reflexões.

Apresenta-se, de seguida, o resumo dos dados obtidos relativamente às crenças sobre a violência sexual (Figura 7).

Figura 6

Resumo das ideias que surgiram da metodologia World Café

QUEM É QUE A MANDOU BEBER ASSIM?

Não é motivo para assediar ou violar ninguém
Beber de forma exagerada, não é sinónimo de nada mais
A mulher tem o direito de beber o que quiser, e não ser abusada.
A mulher tem direito de se divertir.

COM AQUELA ROUPA ESTAVA A PEDI-LAS...

Qualquer pessoa pode vestir o que quiser. A roupa não é um convite.
Cada um tem a liberdade de vestir o que quiser, e não correr riscos.
A forma como a mulher se veste, não define o que quer.
Ela veste aquelas roupas para se sentir bem consigo própria.
O facto de uma mulher vestir uma roupa mais “provocadora”, não quer dizer que quer ter uma relação sexual.
As roupas foram feitas para usar, e não para ser um convite. Tem que existir respeito e limites.
Não é por ver um homem em tronco nu na rua, que vou tocar no corpo dele, sem a sua permissão.

ELE NÃO TEM CULPA, PERDEU O CONTROLO POR CAUSA DO ÁLCOOL...

Ele é que tem culpa, pois é que bebeu.
Não é por beber, que tem desculpa para agredir sexualmente alguém.
As pessoas tem que se saber controlar.
Se não se consegue controlar, deve ficar em casa, não beber ou procurar ajuda.
O álcool não é uma desculpa. Deve conhecer os seus próprios limites e nunca tocar em alguém sem o consentimento da mesma.

ELA NÃO DISSE QUE NÃO...

Ela não disse que sim.
Um não, é não.
Sem a permissão da pessoa, não tem o direito de tocar
Pode estar alterada pelo álcool que ingeriu, e não conseguir dizer que não.
Medo de dizer não.
Se a mulher não diz não ou sim, a resposta automaticamente é não.
O agressor faz-se de vítima, porque ela não disse que não.
Não se pode pedir consentimento, a uma pessoa que não está consciente.
Uma certeza não é uma confirmação.
Pode não ter dito verbalmente, mas existem sinais visíveis. Poderia estar sob pressão, com medo...

Pode verificar-se, que apesar dos mitos e falsas crenças sobre o consumo de álcool e a vulnerabilidade a episódios de violência sexual, perceptíveis nos resultados obtidos do questionário inicial, nas reflexões em grupo foi possível apurar que, na sua maioria, os/as adolescentes identificam os mitos e estereótipos relativos ao consumo de álcool por parte da mulher e a ocorrência de abuso sexual.

Relativamente ao consumo de álcool foram colocadas em 4 cartolinas, 4 tipos diferentes de bebidas alcoólicas (gin, shot, cerveja e licor Beirão), e de acordo com a

metodologia *world café* os/as alunos/as foram refletindo sobre as consequências do consumo dessas bebidas no homem e na mulher, bem como tiveram de identificar a taxa de alcoolémia provável, no homem e na mulher, de 2 unidades de medida, de cada bebida (peso médio de 60 Kg para a mulher e para o homem). Apresenta-se o resumo dos conteúdos partilhados, no Quadro 2.

Quadro 2

Resumo dos dados obtidos na metodologia world café (2ª intervenção)

Bebidas alcoólicas	Taxa de alcoolémia identificada pelos adolescentes (g/l)		Consequências do consumo	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem
GIN	0,40 e 1,5	0,65 a 1,0	desorientação, descoordenação motora, perda de memória, tonturas, vômitos, desinibição	violência, desequilíbrio, mudanças de humor
Shot	0,20 a 1,0	0,15 a 0,80	cansaço, confusão, descoordenação motora, desinibição, euforia, reflexos mais lentos, mais vulnerável a agressões sexuais	sóbrio, visão turva, agressividade, mudanças de humor, mais risco de acidentes de viação
Licor Beirão	0,30 a 0,90	0,20 a 0,70	euforia, descoordenação motora, redução da capacidade de julgamento e consentimento, reflexos mais lentos	Agressividade
Cerveja	0,10 a 0,70	0,15 a 0,60	desinibição, euforia, descoordenação motora, ansiedade, alterações do humor, redução da capacidade de julgamento e consentimento, tonturas	Impulsividade, agressividade, maior risco de acidentes de viação, desidratação, reflexos mais lentos

Com o objetivo de quantificar o consumo de álcool foi criado o conceito de bebida standard ou padrão, que permite calcular a quantidade de álcool consumida. Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente usados para as bebidas têm uma quantidade idêntica de álcool, o que corresponde a uma unidade bebida padrão, com cerca de 10 a 12 gr de álcool puro (Ribeiro, 2005).

Baseado neste conceito, verificou-se que os/as adolescentes têm uma perceção incorreta da influência das bebidas referidas na taxa de alcoolémia no homem e na mulher. Na maioria, na mulher identificam sempre taxas de alcoolémia superiores ao homem, tendo em conta a falsa crença de que “o homem aguenta mais álcool do que a mulher” (sic). Também baseados nessa falsa crença, as consequências do consumo na mulher são sempre superiores aquelas que identificam no homem.

ATIVIDADE MALA DA PREVENÇÃO: “EM FOCO (DA) PREVENÇÃO

No âmbito das atividades desenvolvidas pela Unidade de Cuidados na Comunidade Pinheiro dos Abraços, do Centro de Saúde de Oliveira do Hospital, estabeleceu-se o contacto com o psiquiatra, Dr. Luís Patrício, auscultando a possibilidade de se realizar uma atividade da Mala da Prevenção, em Oliveira do Hospital, dirigida a toda a comunidade. Desde logo, aceitou o convite e foram planeadas as suas linhas gerais, tendo as ações sido concretizadas nos dias 25 e 26 de junho de 2025.

A atividade “EM FOCO (DA) PREVENÇÃO”, foi dirigida a três públicos-alvo distintos. No dia 25 de junho, decorreu uma ação de formação dirigida a profissionais de saúde e de educação. Estiverem presentes 15 profissionais de saúde e 10 professores/as.

No mesmo dia, às 21 horas decorreu uma ação de sensibilização dirigida a pais/mães/encarregados/as de educação e público em geral. Estiverem presentes 25 participantes.

No dia 26 de junho, a ação dirigiu-se a 4 turmas da Escola Profissional, no período da manhã e da tarde, que envolveu 80 estudantes.

Relativamente ao programa, ao funcionamento das ações e do formador, os/as participantes avaliaram, unanimemente, como “Muito Bom”. Consideraram que a capacidade oratória do formador, o seu nível de conhecimentos e a forma descontraída e descomplicada como abordou a temática, permitiu uma melhor perceção do tema por parte de todos/as os/as participantes. Os exemplos práticos e os materiais apresentados, foram uma mais-valia para a abordagem da prevenção.

Os/As participantes solicitaram a realização de mais ações sobre este e outros temas, relativos à saúde das crianças, jovens e famílias.

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Após a atividade, foram aplicados os questionários pós-intervenção, dos quais obtivemos os resultados apresentados no Quadro 3. Responderam ao questionário, a totalidade dos/as alunos/as abrangidos pelo Programa.

Quadro 3

Resultados das respostas ao questionário pós-intervenções

AFIRMAÇÕES	Respostas dos adolescentes (%)	
	VERDADEIRA	FALSA
Ficar embriagado/a não me expõe ao risco de ser vítima de violência sexual	10	90
Quando as mulheres são violadas, muitas vezes é porque não disseram “não” de forma clara	15	85
Apenas as mulheres são vítimas de violência sexual	10	90
Para ter relações sexuais com o/a parceiro/a íntimo/a, tenho de ingerir bebidas alcoólicas	0	100
No nosso país, há poucas pessoas que têm problemas relacionados com o consumo de álcool	20	80
A violência sexual pode ser impedida	95	5
Uma mulher que se vista com roupas provocadoras, não deveria surpreender-se se um homem tentar forçar uma relação sexual	20	80
As mulheres que provocam os homens merecem que lhes aconteça tudo	0	100
As mulheres tendem a exagerar o quanto a violação as afeta	15	85
As acusações de violência sexual, são frequentemente utilizadas como forma de vingança contra os homens	20	80
Se não ingerir bebidas alcoólicas, não me consigo divertir	0	100
Apenas os heterossexuais são agressores	0	100
O álcool desinibe-me, por isso é mais fácil estabelecer relações íntimas	15	85
Consumir álcool e/ou outras substâncias psicoativas, de vez em quando, em contexto recreativo, é inofensivo	27	73
O consumo de álcool pode causar dependência	82	18
O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias	16	84
Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal	100	0
Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura, reagem da mesma maneira, à mesma quantidade de álcool	15	85
A cerveja é boa para matar a sede	25	75
É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas, em grandes quantidades	0	100

No final da intervenção 88% dos/as adolescentes classificou as intervenções educativas num nível Muito Bom, e 12% no nível Bom .

De forma resumida, apresento algumas das principais aprendizagens identificadas pelos/as adolescentes:

- *“Existem limites para tudo, uma pessoa estar alcoolizada, não é um convite para tocá-la sem consentimento” (sic).*
- *“Compreendi os riscos dos consumos de álcool, e a sua relação com a violência sexual. Aprendi a reconhecer mitos e factos sobre a violência sexual e o consentimento. Percebi a importância de prevenção e procurar ajuda em situações de risco. Reconheci que a responsabilidade pela violência sexual é sempre do agressor, nunca da vítima. Identifiquei alternativas saudáveis para me divertir sem recorrer ao álcool” (sic).*
- *“As mulheres são tesouros, e não podemos pegá-las à força, mas sim conquistar com respeito e limites” (sic).*

- *“Tinha uma ideia errada da influência do álcool na taxa de alcoolémia, agora já tenho esse conhecimento” (sic).*
- *“Consumos e relacionamentos conscientes” (sic).*
- *“Como me proteger em contexto noturnos” (sic).*
- *“Ter sempre cuidado com o álcool” (sic).*

Percebeu-se que houve um aumento significativo de alunos/as que classificaram as afirmações de forma correta, o que permite concluir que o objetivo do Programa foi atingido.

CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Health Behaviour in School-aged Children é um estudo colaborativo da OMS, que pretende analisar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos diferentes cenários da vida. Os países participantes incluíram todos os itens obrigatórios do questionário, abrangendo aspetos da saúde a nível demográfico, comportamental e psicossocial. Todas as questões seguiram o formato indicado no protocolo internacional (Currie *et al.*, 2001), englobando questões demográficas (idade, género e estatuto socioeconómico); questões relativas aos hábitos alimentares, de higiene e sono; imagem do corpo; prática de atividade física; tempos livres e novas tecnologias; uso de substâncias; violência; família e ambiente familiar; relações de amizade e grupo de pares; escola e ambiente escolar; saúde e bem-estar; e comportamentos sexuais; e este ano sobre saúde planetária e ambiente, assim como questões relacionadas com a pandemia da COVID-19.

O questionário português inclui, ainda, outras questões específicas nacionais: as preocupações dos adolescentes, a vivência escolar, o lazer ativo e condição física, o sono, o impacto da recessão económica, a alienação ou participação social, as autolesões, as novas tecnologias e a vivência da doença crónica (Gaspar *et al.*, 2022).

Dos resultados obtidos, no ano de 2022 realçamos o seguinte, em relação ao comportamento sexual:

- 49,1% dos/as adolescentes referem não ter, de momento, um relacionamento amoroso e 23,5% referem que o relacionamento amoroso que têm de momento é das coisas mais importantes das suas vidas.
- 84,8% dos/as adolescentes do 8º e 10º ano de escolaridade referem ainda não ter tido relações sexuais. Dos/as adolescentes que mencionaram já ter tido relações sexuais, 71,1% referem que tiveram a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais tarde.
- 64% referem ter usado preservativo na última relação sexual e 31,3% referem ter usado a pílula contracetiva.
- 13,4% dos/as adolescentes que já tiveram relações sexuais referem uma associação ao consumo de álcool ou drogas.

- 91,2% dos rapazes referem que a sua primeira relação sexual foi com alguém do sexo feminino e 87,4% das inquiridas do sexo feminino referem que a sua primeira relação sexual foi com alguém do sexo masculino (Gaspar *et al.*, 2022).

Em comparação com estes dados, no concelho de Oliveira do Hospital, verificamos que existe uma maior percentagem de jovens que se encontra numa relacionamento amoroso (69%); maior taxa de jovens que já iniciaram a sua atividade sexual (50%); a média de idades da primeira relação é a mesma (14 anos de idade); maior percentagem de adolescentes a utilizar o preservativo (75%) e menor a utilizar a pílula como método contraceutivo (15%).

Relativamente ao consumo de substâncias, do estudo HBSC (Gaspar *et al.*, 2022), em 2022, realçamos as principais conclusões:

- 0,4% referem consumir bebidas destiladas todos os dias e 93% referem nunca consumir. Quanto à cerveja, 0,4% consomem todos os dias e 93,8% nunca consomem. O consumo de vinho é menos frequente, tal como ocorreu em edições anteriores do estudo.
- Dos/as adolescentes que referem consumir álcool, 5,2% já se embriagaram pelo menos uma vez nos últimos 30 dias e 10,2% já se embriagaram pelo menos uma vez, durante toda a vida.

No Inquérito dos Jovens Participantes no Dia da Defesa Nacional, no ano de 2024, concluiu-se que, em cada 10 jovens de 18 anos, nos últimos 12 meses (Carapinha *et al.*, 2025):

- 7 beberam álcool (74%);
- 1 a 2 beberam álcool em 40 ou mais ocasiões (14%);
- 5 beberam de forma *binge* (48%);
- 3 a 4 embriagaram-se severamente (33%);
- 3 declararam ter experienciado pelo menos 1 de 7 problemas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas (31%), especificamente situações de mal-estar emocional.

No concelho de Oliveira do Hospital, em comparação com estes dados, percebeu-se que a percentagem de jovens que bebem de forma *binge* (13%) e que se embriagam severamente (19%) é menor. No entanto, a percentagem de jovens que se embriaga é o dobro (10%).

CAPÍTULO 7 - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

“Pedras no caminho? Guardo todas. Um dia vou fazer um castelo...”

Fernando Pessoa

Para Gigliotti & Bessa (2004), o álcool é a droga mais procurada por adolescentes. A vasta disponibilidade, a facilidade de aceitação e a extensa promoção das bebidas alcoólicas na sociedade, fazem do álcool a droga de maior uso e abuso (Bittencourt *et al.*, 2015).

Calafat *et al.* (2001) refere que os ambientes de diversão noturna são locais onde os jovens passam muito tempo e onde tomam decisões que afetam diretamente a sua saúde. É crescente o consumo de álcool entre os/as jovens, nestes locais, estando tipicamente associado a padrões particulares de consumo, como o consumo esporádico excessivo de álcool ou *binge drinking* (Danielsson *et al.*, 2012). Cerca de 90% dos/das jovens que saem à noite consomem álcool (Dawgert, 2009; Laranjeira, 2016; Lomba *et al.*, 2012; Zão, 2012).

O álcool e o contexto das saídas noturnas potenciam as situações de sedução rápida, com único objetivo de relações ocasionais, que podem ser divididas em dois tipos: as que duram alguns meses e funcionam de forma pontual (relações curtas, coloridas, abertas) e, as mais frequentes, as relações de apenas uma noite (*one night stand*) (Mendes *et al.*, 2013).

Adolescentes que consomem álcool, têm 2,5 vezes mais risco de se envolverem em relações sexuais não planeadas, e 3 vezes mais risco de serem vítimas ou autores de violência (Lima *et al.*, 2024).

Pelo descrito, é fundamental implementar, em contextos festivos, iniciativas educativas e preventivas que permitam desconstruir as crenças e imaginários que legitimam a violência sexual. De acordo com Silva & Lima (2021) e Lima *et al.* (2024), as estratégias de prevenção e intervenção no uso e abuso de álcool na adolescência, devem passar por: campanhas educativas nas escolas e comunidade sobre os riscos do consumo de álcool na adolescência, utilizando uma linguagem acessível e “porteiros sociais” para alcançar o público jovem; a Educação para Pais, promover *workshops* para as famílias sobre como abordar a questão do álcool, enfatizando a importância do diálogo aberto e do conhecimento sobre os efeitos do uso precoce; e a formação de professores/as e profissionais de saúde, através de ações, para que possam identificar sinais do uso problemático de álcool.

Foi neste âmbito, que surgiu a necessidade de planear, implementar e avaliar um Programa de Educação para a Saúde, para aumentar o empoderamento da população de adolescentes na tomada de decisão informada aquando do consumo de álcool, reduzindo a ocorrência de episódios de violência sexual.

Não foi um processo simples, uma vez que, por intercorrências pessoais e profissionais, se arrastou no tempo, e por isso identifico como principal limitação o tempo reduzido em que decorreram as intervenções, para poder dar resposta ao objetivo delineado.

O objetivo foi conseguido, e por isso concluo que consciencializámos os adolescentes para a vulnerabilidade a episódios de violência sexual, após consumo de álcool em contextos recreativos, bem como desmistificámos crenças e mitos implantados culturalmente na nossa sociedade.

Ao longo das intervenções, foi essencial assistir ao envolvimento dos/as jovens, que numa das sessões partilharam algumas das suas pesquisas, relativamente a projetos inovadores implementados em Portugal:

- **Pulseira que deteta “drogas da violação” em segundos** - Equipa de investigadores de Portugal e Espanha desenvolveu uma pulseira inovadora capaz de detetar, em poucos segundos, a presença de drogas de submissão química em bebidas. A pulseira consiste num sensor incorporado em papel, que reage quando em contacto com bebidas adulteradas com uma das três substâncias frequentemente associadas a casos de submissão química: GHB (ácido gama-hidroxibutírico), burundanga (escopolamina) e catinonas. O funcionamento da pulseira é simples: basta tocar com a palhinha da bebida no sensor da pulseira. Se estiver presente alguma das substâncias referidas, o sensor muda de cor para verde, alertando imediatamente para o perigo;
- **Cindy - “batom” que deteta drogas em bebidas** – Protótipo desenvolvido por cinco alunas do Ensino Secundário, de Lisboa.

São estes jovens que irão ser o nosso futuro empreendedor, por isso no âmbito da prevenção de episódios de violência sexual, teremos de incidir na sensibilização de donos dos bares e espaços de diversão noturna, pois só assim conseguiremos envolver as entidades necessárias, para em conjunto delinear as intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença. Capacitar os e as adolescentes para comportamentos responsáveis, implica que percebam que a diversão não é sinónimo de consumos de substâncias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M. (1999). Trabalho com os pais adolescentes: um difícil desafio. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 2 (21/22), pp. 3-6
- Anastácio, Z. (2010). Sexualidade na fase intermédia da adolescência: relacionamentos, comportamentos e conhecimentos. Universidade do Minho – Instituto de Educação
- Baigorria J. et al. (2017). Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. [Prevalence and associated factors with sexual violence against women: systematic review]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 19(6), pp. 818-826. DOI: 10.15446/rsap.V19n6.65499. PMID: 30183837
- Baptista, R. (2004). *Representação social do consumo de bebidas alcoólicas em estudantes do ensino superior de Coimbra*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Superior Miguel Torga
- Bastos, Ana P. (2001). *Afetividade na adolescência: Sexualidade e educação para os valores*. Paulinas. ISBN 972-751-411-1
- Beliz, Vânia (2018). *Chamar as Coisas pelos Nomes – como e quando falar sobre sexualidade*. Arena
- Bellis, M.; Hughes, K. (2004). Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*. Vol. 16, nº 4
- Bellis, M.; Hughes, K.; Lowey, H. (2002). Healthy night clubs and recreational substance use: from a harm minimisation to a healthy settings approach. *Addict Behav*. Vol. 27, pp. 1025-1035
- Bittencourt *et al.* (2015). Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. *Revista Bioética*. 23(2), pp. 311-319
- Bohner, Gerd *et al.* (2009). Rape myth acceptance: cognitive, affective and behavioural effects of beliefs that blame the victim and exonerate the perpetrator. In *Rape: Challenging Contemporary Thinking*, edited by Miranda A. H. Horvath and Jennifer M. Brown, pp. 17-45
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Climepsi

- Brito *et al.* (2012). *STOP! SV – Resumo da implementação e avaliação do projeto – Formação para profissionais de contextos recreativos noturnos*. Martingrafic
- Calafat, A. *et al.* (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Ministerio del Interior - Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- Calafat, A. *et al.* (2001). *Risk and control in the recreational drug culture: Sonar Project*. Irefrea
- Calafat, A. *et al.* (2004). *Cultural mediators in a hegemonic nightlife*. Irefrea
- Capdevila, M. (1995). *MDMA o el éxtasis químico*. Los Libros de la Liebre de Marzo.
- Carapinha, Ludmila *et al.* (2025). *Comportamentos aditivos aos 18 anos – Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional 2024: Consumo de substâncias psicoativas*. ICAD. ISBN: 978-989-35962-8-9
- Cardoso, S. Massano (2005). Crónicas para epidemiológicos. *Instituto da Higiene e Medicina Social*, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Vol. 2
- Carlini, E. A. *et al.* (2001). Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Revista IMESC*. 3, pp. 9-35
- Carpenter, Dona & Streubert, Helen (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Lusociência
- Carvalho, C. (2016). *Correlação entre o consumo de álcool e violência entre parceiros íntimos, numa amostra de estudantes universitários*. [Dissertação para obtenção do grau de mestre em Psicologia Forense e de Exclusão Social]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
- Cervo, Amado Luiz & Bervian, Pedro Alcino (1996). *Metodologia científica*. Makron Books
- Cordeiro, Mário (2003). *Venha conhecer o Lobo Mau: Crianças e Adolescentes, Sexualidade Afetos e Abusos*. Publisher Team. ISBN: 9789896010010
- Correia, M. J. & Alves, M.J. (1990). Gravidez na Adolescência: O Nascimento de uma Consulta e de um Programa de Intervenção. *Análise Psicológica*. VIII (4), pp. 429-434
- Costa, M. (1994). *Divórcio, Monoparentalidade e recasamento. Intervenção Psicológica em Transições Familiares*. Asa

- Currie, C. *et al.* (2001). *HBSC, a WHO cross national study: Research protocol for the 2001/2002 survey*. World Health Organization.
- Danielsson A. *et al.* (2012). Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply? *Addiction*. Jan. 107(1), pp. 71-80. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03537
- Dawgert, Sarah (2009). *Substance use and sexual violence: Building prevention and intervention responses*. Pennsylvania Coalition Against Rape
- DGS (1998). *Saúde dos adolescentes – Princípios orientadores*. DGS – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes
- Faustini, Dulce *et al.* (2003). Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 8(3), pp. 783-790
- Fenwick, E. & Smith, T. (1995). *Adolescência - Um Valioso Guia para os Pais e Adolescentes*. Artes Gráficas
- Ferreira M. & Torgal, M. (2010). Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18(2), pp. 255 261. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000200017>
- Figueiredo, Nébia (2005). *Ensinando a Cuidar em Saúde Pública*. Yendes
- Fonseca, M. (2006). Prevenção ao abuso de drogas na prática pedagógica dos professores do Ensino Fundamental.
- Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- Freitas, Isabel *et al.* (2007). Uso e abuso de álcool na adolescência. *Revista Adolescência e Saúde*. Sociedade Brasileira de Pediatria
- Gaspar, Tania *et al.* (2022). *HBSC – Dados Nacionais 2022. A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia*. Equipa Aventura Social

- Gigliotti, A., & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr.* 26 (Supl I), pp. 11-13. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500004>
- Godinho, J. (1995). “Ecstasy” (MDMA) e outras “Designer drugs”. *Toxicodependências*. Vol. 1, nº 1, pp. 63-66
- Gunby, et al. (2012). Gender differences in alcohol – related non-consensual sex; cross-sectional analysis of a student population. *BMC Public Health*, 12(216), pp.1-12
- IBGE (2016). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015*. IBGE
- Instituto Nacional de Estatística (1998). *Inquérito à fecundidade e à família: resultados preliminares*. INE
- International Collaboration on Participatory Health Research (2013). *What is participatory health research?* Position Paper 1. ICPHR
- Kunz, K. (1997). Os jovens no mundo. *Entre-nous: Revista europeia de Planeamento Familiar*, pp.36-37
- Laranjeira, R. et al. (2009). Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnósticos e tratamento. Conselho Regional de Medicina de São Paulo/Associação Médica Brasileira
- Latorre, Antonio (2003). *La investigación-acción: conocer y cambiar la práctica docente*. Graó
- Leitão, L. M. (1990). Educação sexual nas escolas. “*Saúde e Escola*”, n.º 15, junho
- Lima, B. et al. (2024). Riscos e efeitos colaterais do consumo de álcool na adolescência. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. V. 10, n. 11, nov. doi.org/10.51891/rease.v10i11.17055
- Lincoln, Y, & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. CA: Sage
- Lomba, L. (2006). O consumo recreativo de ecstasy In Relvas, J.; Lomba, L.; Mendes M. - *Novas drogas e ambientes recreativos*. Lusociência. pp. 45-60
- Lomba, M. (2012). *Consumo de substâncias psicoativas e comportamentos de risco em jovens frequentadores de ambientes recreativos noturnos – contributos para uma intervenção de enfermagem*. [Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

- López F. & Fuertes A. (1999). Para compreender a sexualidade. Verbo Divino.
- López, F. & Oroz, A. (1999). La vida sexual del adolescente: para comprender. Verbo Divino
- Lorga, P. (2001). Toxicodependência e sexualidade: revisão bibliográfica a propósito das suas possíveis Interações (Parte 1). *Toxicodependências*. Vol. 7, nº 3, pp. 41-52
- Malta, D. C. *et al.* (2014). Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *REV BRAS EPIDEMIOL SUPPL PeNSE*, pp. 203-214. DOI: 10.1590/1809-4503201400050016
- Matos, A. (2000). Construção da identidade sexual. In A. Barbosa e J. Gomes Pedro, *Sexualidade* (pp. 67-71). Faculdade de Medicina de Lisboa
- Matos, M. *et al.* (2006). Comportamento sexual e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/sida em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 7 (2), pp. 299-316
- Matos, M. G. *et al.* (2010). *Sexualidade, Afetos e Cultura – Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Coisas de Ler
- Matos, Margarida *et al.* (2010). A saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório do Estudo HBSC. FMH
- Mendes, J. M. *et al.* (2013). Violência e relações de intimidade no ensino superior em Portugal: representações e práticas. *Teoria e Sociedade*, 21(2), pp. 87-112
- Miguel, N. S. (1994). *Os Jovens e a Sexualidade*. Projecto Vida
- Monteiro, B. F. (2016). *Atitude do enfermeiro face à sexualidade do adolescente*. [Dissertação elaborada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria]. Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico da Guarda
- Morais. M. (1997). Consumo de bebidas alcoólicas nos jovens: contributo para o estudo do padrão de consumo e determinantes numa população do Norte em Portugal. [Dissertação de mestrado]. FMUC
- Mustaine, E. E., & Tewksbury, R. (2002). Sexual assault of college women: A feminist interpretation of a routine activities analysis. *Criminal Justice Review*, 27(1), pp. 89-123. <https://doi.org/10.1177/073401680202700106>
- Noctambul@s (2016). *Informe 2014/2015*. Fundación Salud y Comunidad

- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em Finais do Século XX*. APF
- O.E.D.T. (2002). *As Drogas em Destaque: O Consumo Recreativo de Drogas – Um Importante Desafio na UE*. Serviço de Publicações Oficiais da União Europeia
- O.E.D.T. (2006). *O Consumo de Droga em Contextos Recreativos*. Serviço de Publicações Oficiais da União Europeia
- OE (2021). Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021 - Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros
- Oliveira, A. et al. (2009). A aquisição do preservativo e o seu (não) uso pelos estudantes universitários. *Revista Referência*, II Série, n.º 11 – Dez
- Oliveira, M. & Assunção, C. (2010). Educar para a Sexualidade: Um imperativo ético. [Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Bioética]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- OMS (1981). *Critérios de determinação de dependência de drogas*. OMS
- OMS (2002). *Saúde 21. Saúde para todos no Séc. XXI: Uma introdução ao enquadramento político de saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Lusociência
- OMS (2008). *International Report: Inequalities in young people's Health*. Regional Office for Europe of World Health Organization
- Pagés-Polly, M. F. & Pagés, J. S. (1999). *Quando os adolescentes despertam para a sexualidade: tudo aquilo que eles ainda não sabem e que você talvez tenha esquecido*. Caminho
- Passos, J. S. & Rabello, E. T. (2010). *Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento in Patton G. et al. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: a prospective epidemiological study: outcome at twelve-months follow-up. Psychol Med, May; 20 (2): 383-94*
- Pechansky, F. et al. (2000). Estudo sobre as características de usuários de drogas injetáveis que buscam atendimento em Porto Alegre, RS. *Rev Bras Psiquiatr., 22(4)*, pp. 164-71. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000400005>

- Peixoto, J. *et al.* (2013). Violência sexual no namoro: Os atletas universitários como grupo de risco?. *Psicologia*, Vol. XXVII (1). Edições Colibri, pp. 133-156. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v27i1.245>
- Pereira, M. & Freitas, F. (2001). *Educação Sexual: Contextos de Sexualidade e Adolescência*. Edições ASA.
- Pino, N. W., & Johnson-Johns, A. M. (2009). College women and the occurrence of unwanted sexual advances in public drinking settings. *The Social Science Journal*, 46(2), pp. 252–267. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2009.04.005>
- Pires, C. *et al.* (2018). Violência sexual e consumo de substâncias: Podem os contextos festivos ser educativos?. *Ex aequo*, 37, pp. 143-158. DOI: <https://doi.org/10.22355/exaequo.2018.37.10>
- Pires, Cristiana *et al.* (2018). Violência sexual e consumo de substâncias psicoativas: Podem os contextos festivos ser Educativos?. *Estudos e Ensaios – ex aequo*, 37, pp.143-158
- Pires, Cristiana *et al.* (2022). Certificação Sexism Free Night: da visibilização do assédio sexual à criação de um Roteiro de Lazer. *Ex aequo æquo*, 45, pp. 177-194. DOI: <https://10.22355/exaequo.2022.45.12> 194
- Polit, D. F. & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Artes Médicas.
- Polit, Denise F. *et al.* (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Artes Médicas
- Poulin, C. & Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviors among adolescent students. *Addiction*. Vol. 96, pp. 607-621
- Quigg, Z., Bigland, C., Hughes, K., Duch, M., & Juan, M. (2020). Sexual violence and nightlife: A systematic literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 51, Article 101363. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101363>
- Ramos, A. L. (2003). *Empowerment do cidadão em saúde: qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão*. [Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre]. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Lisboa.

- Renaud, Michel (2001). Sexualidade e ética. *Novos Desafios à Bioética*, pp. 39-45. Porto Editora
- Reymond-Rivier, B. (1983). *O desenvolvimento social da criança e do adolescente*. Editorial Astor.
- Ribeiro, Cristina (2005). Como atuar perante o consumo nocivo de álcool? – Guia para Cuidados de Saúde Primários. Núcleo de Comportamentos Aditivos
- Rodrigues, M. (2006). Adaptação académica e consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino superior. [Dissertação de Mestrado em Toxicodependências e Patologias Psicossociais]. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra
- Serrão, Daniel (1987). *Sexualidade humana – onze reflexões*. Telos Editora
- Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS) (1994). Sexuality Information and Education Council of the United States, Vol.22, n.º 6
- Souza, D. & Martins, D. (1998). O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes do 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá. *Cad. Saúde Pública*. V. 14, n. 2, pp. 391-400
- Souza, Valesca *et al.* (2019). Fatores de risco associados à exposição de adolescentes à violência sexual. *Av. Enferm.*, 37 (3), pp. 364-374
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma perspectiva desenvolvimentista*. Fundação Calouste Gulbenkian
- Sturman, P. (2000). Drug assisted sexual assault. Home Office.
- Ullman, Sarah E. *et al.* (2019). Women's experiences of Impairment and Incapacitation during Alcohol – drug related sexual assaults: Toward a survivor-informed approach to measurement. *Archives of Sexual Behavior*. Springer Science and Business Media, LLC, part of Springer Nature. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1441-6>
- Vasconcelos, P. (1999). Algumas questões sobre sexualidade juvenil. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 21/22, pp. 7-11
- Ventura, I. (2015). Um corpo que seja seu: podem as mulheres [não] consentir?. *Ex aequo*, (31), pp. 75-89

- Viana, L. (2002). Ecstasy: história, mitos & factos. *Toxicoddependências*. 8(1), pp. 65-77
- Vilar, Duarte (2003). *Falar Disso: A Educação Sexual nas Famílias dos Adolescentes*. Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0643-7
- Vinagre, M. & Lima, M. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(1), pp. 73-81
- World Health Organization (1986). Young people's health: challenge for society. *Report to a WHO study group. Technical Report Series*, pp. 731-6
- Zão, I. (2012). Consumo de álcool e outras drogas e comportamentos sexuais: estudo numa população universitária. [Tese de mestrado não publicada]. Faculdade de Medicina da Universidade da Beira Interior
- Zeigler, D. *et al.* (2005). Os efeitos neurocognitivos do álcool nos adolescentes e estudantes universitários. *Cérebro Toxicodpendente*, 1(2), pp. 40-49

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário de diagnóstico de situação



QUESTIONÁRIO

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1 - Idade: ____

2 - Ano de escolaridade:

10.º ano 11.º ano 12.º ano

3 - Sexo:

Feminino Masculino Intersexo

4 - Género:

Mulher Homem Trans Não binário

Outro. Qual? _____

5 - Orientação Sexual:

Heterossexual Homossexual Bissexual

Outra. Qual? _____

6 - Atualmente, está numa relação íntima?

Sim Não

PARTE 1 – CONSUMO DE ÁLCOOL

1 - Alguma vez consumiu bebidas alcoólicas?

Sim Não

2 - Se sim, com que idade consumiu a primeira bebida alcoólica: _____

3 - E em que local? Escola Casa dos pais Café Bar

Discoteca Casa dos amigos Noutro Local Qual? _____

4 - O que o/a levou a beber esta primeira bebida alcoólica?

Curiosidade Ser aceite pelo grupo Diversão Pressão de amigos/as

Oferta de familiares Sentir-se mais velho/a Outro motivo Qual? _____

5 - Com quem consumiu?

Família Sozinho Amigos/as Namorado/a Outra pessoa

Qual? _____

6 - Em que contexto social/ocasião costuma consumir bebidas alcoólicas?

Festas Fins de semana Diariamente Saída com amigos/as

Finais de período escolar Outro Qual? _____

7 - O que procura no consumo de bebidas alcoólicas?

Diversão Desinibição Coragem Companhia Provocação

Alegria Esquecimento Aumento da autoestima Embebedar-me

Aceitação pelos/as amigos/as Outro Qual? _____

8 - Que bebidas costuma consumir?

Cerveja Licores Whisky Bebidas brancas Vinho Shots

Outra(s) Quais? _____

9 - Já alguma vez ficou embriagado/a, alterado/a sob o efeito do álcool?

Sim Não

10 - Já alguma vez o/a levaram a casa porque, por si só, não o conseguia fazer?

Sim Não

11 - Alguma vez foi hospitalizado/a, devido ao consumo excessivo de álcool?

Sim Não

12 - Já alguma vez ficou inconsciente, após consumo excessivo de bebidas alcoólicas?

Sim Não

13 - Quais os efeitos que o álcool exerce sobre si?

Euforia Tristeza Alegria Excitação Tonturas Desinibição

Enjoos Outros Quais? _____

14 - Costuma consumir rápida e repetidamente bebidas alcoólicas ("*binge drinking*")?

Sim Não

15 - Quando ingere bebidas alcoólicas, sente que tem autocontrolo sobre a quantidade que bebe?

Sim Não

PARTE II – VIOLÊNCIA SEXUAL

"A violência sexual diz respeito a todos os atos sexuais ou tentativas para obtenção de atos sexuais, comentários sexuais não consentidos, ações contra a sexualidade de uma pessoa, através do uso de coação sexual, por qualquer pessoa, independente da relação com a vítima em qualquer ambiente, incluindo, mas não sendo limitado aos ambientes como casa e trabalho" (OMS, 2012).

1 - Já iniciou a sua atividade sexual?

Sim Não

2 - Se sim, com que idade? _____

3 - Utiliza métodos contraceptivos, nas relações sexuais?

Sim Não

Quais? Preservativo Pílula Implante Outro Qual? _____

4 - Já alguém abusou sexualmente de si, quando estava inconsciente?

Sim Não

Se **SIM**, quem? Namorado/a Parceiro/a atual Amigo/a Estranho/a
Conhecido/a Não sei quem possa ter sido

5 - Já alguém abusou sexualmente de si, depois de ter consumido álcool, ao ponto de não ser capaz de dar consentimento ou parar a situação?

Sim Não

Se **SIM**, quem? Namorado/a Parceiro/a atual Amigo/a Estranho/a
Conhecido/a Não sei quem possa ter sido

6 - Quais as consequências que resultaram desse episódio?

- Físicas: _____
- Emocionais: _____
- Sociais: _____

- Escolares: _____
- Familiares: _____

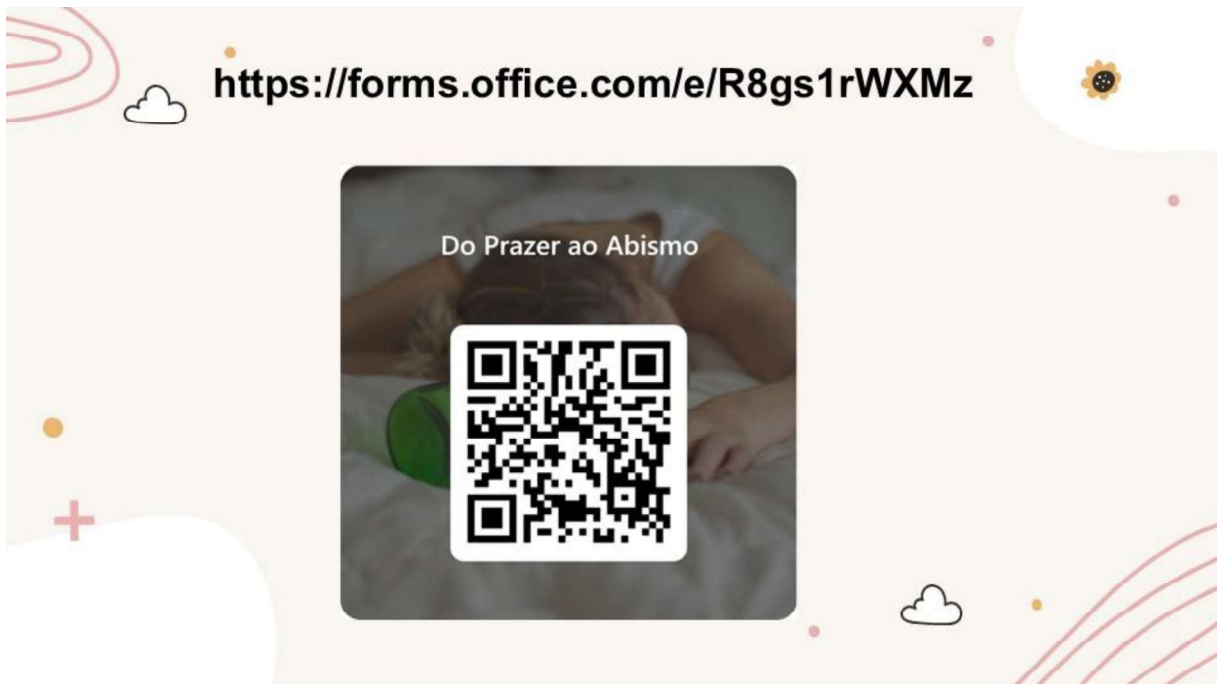
7 - Alguma vez contou ou reportou uma situação de violência sexual?

Sim Não

Se sim, a que entidade? _____

8 - Das seguintes afirmações, identifique as que considera verdadeiras e falsas:

AFIRMAÇÕES	VERDADEIRA	FALSA
Ficar embriagado/a não me expõe ao risco de ser vítima de violência sexual		
Quando as mulheres são violadas, muitas vezes é porque não disseram "não" de forma clara		
Apenas as mulheres são vítimas de violência sexual		
Para ter relações sexuais com o/a parceiro/a íntimo/a, tenho de ingerir bebidas alcoólicas		
Muitas mulheres provocam os homens e depois alegam que foram violadas		
A violência sexual pode ser impedida		
Uma mulher que se vista com roupas provocadoras, não deveria surpreender-se se um homem tentar forçar uma relação sexual		
As mulheres que provocam os homens merecem que lhes aconteça tudo		
As mulheres tendem a exagerar o quanto a violação as afeta		
As acusações de violência sexual, são frequentemente utilizadas como forma de vingança contra os homens		
Se não ingerir bebidas alcoólicas, não me consigo divertir		
Apenas os heterossexuais são agressores		
O álcool desinibe-me, por isso é mais fácil estabelecer relações íntimas		
Consumir álcool e/ou outras substâncias psicoativas, de vez em quando, em contexto recreativo, é inofensivo		



10%



... o **álcool etílico** ou **etanol** é o agente da **doença alcoólica**, mas são os fatores **individuais** e do **meio** que condicionam o consumo excessivo de álcool.

ALCOOLÉMIA



Alcoolémia - corresponde à taxa de álcool no sangue, que traduz a impregnação alcoólica do indivíduo num dado momento.



Corresponde, por isso, às gramas de álcool puro existentes por litro de sangue, em determinado momento.



Avalia-se efetuando uma análise ao sangue e, de uma forma mais indireta, utilizando um alcoolímetro (balão) que, com algum rigor, indica-nos a alcoolémia através do ar expirado.

A partir de **0,2 g/l**, o risco de acidente aumenta significativamente.

Com **0,5 g/l**, o risco de acidente é **9 vezes maior** do que sem consumo de álcool.

O álcool afeta reflexos, percepção e capacidade de reação, aumentando o perigo para todos os utilizadores da estrada.

As
alcoólémias
que se
BEBEM...





Cerveja 6ª - garrafa 250ml

Rapaz	75Kg → 0,23g/l
Rapariga	55Kg → 0,31g/l



Gin tónico - 80ml (50ml gin 38º+30ml de água tónica)



Rapaz	75Kg → 0,29g/l
Rapariga	55Kg → 0,39g/l



B52 - 60ml (20ml licor café 26º + 20ml licor nata 17º + 20ml de absinto 57º)

Rapaz	75Kg → 0,30g/l
Rapariga	55Kg → 0,41g/l



Tequila sunrise - 80ml (50ml tequila 38º+30ml sumo laranja e groselha)

Rapaz	75Kg → 0,20g/l
Rapariga	55Kg → 0,27g/l

Diário de Notícias

Jovens portugueses começam a beber mais cedo e com mais situações de embriaguez severa

O número de pessoas que iniciaram tratamento por problemas relacionados com o uso de álcool atingiu nos últimos dois anos os valores mais elevados da última década.

Artigos Relacionados

Expresso

Jovens estão a beber menos, mas há mais 'binge drinking': muito álcool em pouco tempo

Apesar da diminuição recente do consumo de álcool entre os jovens continua elevado. Cerca de 80% já tomam um brinde alcoólico pelo menos uma vez na vida, segundo o relatório "Comportamento Aditivo e Dependências 2023", elaborado pelo Instituto para o Comportamento Aditivo e Dependências (ICAD).

Mais de 80% dos jovens já beberam álcool. Problemas relacionados com consumos aumentam

A prevalência do consumo de bebidas alcoólicas foi de 80% entre os rapazes e de 77% entre as raparigas em 2023, refere inquérito do ICAD. Mas há sinais positivos entre quem bebeu no último ano.

Age Blue

19 de Novembro de 2024, 17:05

SIC NOTÍCIAS

Jovens portugueses começam a beber mais cedo e há mais situações de embriaguez severa

O número de pessoas que iniciaram tratamento por problemas relacionados com o uso de álcool atingiu nos últimos dois anos os valores mais elevados da última década.

SIC Notícias

19:24, 20 fev 2025

Guardar Partilhar

A idade de início do consumo de álcool entre os jovens portugueses agravou-se em 2023, assim como as situações de embriaguez severa, dos consumos de risco elevado e da dependência, segundo um relatório divulgado esta quarta-feira.

Os dados constam do relatório anual sobre a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências e álcool referente ao ano de 2023, do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD), que hoje é apresentado na Assembleia da República.

O consumo de álcool está diretamente associado a um efeito inicial de **desinibição**:

- Aumento da sociabilidade
- Fala mais solta e espontânea
- Redução da autocrítica e do julgamento
- Sensação de euforia e bem - estar



Adolescentes com histórico de abuso de álcool, tem **mais probabilidade** de sofrerem abuso sexual, do que aqueles que não consomem.

O álcool está frequentemente presente em situações em que ocorre violência sexual - perda do senso crítico, maior **impulsividade** e falta de **consentimento claro**.

O consumo de álcool entre adolescentes é um fator de risco significativo para diversas situações de vulnerabilidade, incluindo comportamentos sexuais de risco e maior exposição à violência, inclusive ao

abuso sexual.

DO PRAZER AO ABISMO

maio, 2025



CENÁRIO

“A Joana é uma jovem de 16 anos que frequenta o 11.º ano de escolaridade.

No último ano, começou a beber bebidas alcoólicas, embriagando-se em todas as festas a que ia.

Na última festa, a Joana após ter bebido uns 5 shots oferecidos por 2 rapazes desconhecidos, envolveu-se com eles. No dia a seguir, acordou num beco, com as roupas sujas, e sem se recordar de nada do que tinha acontecido”.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

O QUE VEJO ?

O QUE IMAGINO ?

O QUE SINTO ?

O QUE QUERO ?



Estudante condenado a pena suspensa por abusar de colega em Coimbra



Um estudante da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra foi condenado, esta sexta-feira, pelo tribunal a quatro anos e sete meses de pena de prisão suspensa por abusar de uma colega, após um peddy tascar, em 2021.

O Tribunal de Coimbra condenou o jovem a quatro anos e sete meses de pena de prisão, suspensa na sua execução durante cinco anos, e ao pagamento de uma indemnização de 20 mil euros à vítima.

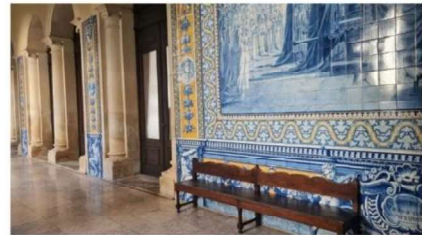


Jovem de 23 anos oferece shots a colega da namorada e viola-a em Coimbra

O homem ofereceu-lhe shots de alcohol, antes de a encorajar para o anterior, onde a violou. O homem, acompanhado de outros dois amigos, ainda responde pela prática de um crime de abuso sexual de género incipiente de natureza...

NOTÍCIAS DE COIMBRA

Estudante drogada e violada em beco escuro por manequim em Coimbra



Uma jovem estudante da Universidade de Coimbra, de 19 anos, foi alegadamente violada por um homem de 23 anos, durante a madrugada de 8 de março de 2024, após uma saída à noite com amigos.

NOTÍCIAS







Capacitar Identificar Agir



[https://forms.office.com
/e/Tt7a7Ta1J6](https://forms.office.com/e/Tt7a7Ta1J6)



Do Prazer ao Abismo - Avaliação
de conhecimentos





EPTOLIVA
Escola Profissional



EM FOCO (DA) **PREVENÇÃO** A MALA



**A MALA AO ENCONTRO DOS
PROFISSIONAIS**
AÇÃO DE FORMAÇÃO
25 de junho | 16h às 19h

Sala multiusos Casa da Cultura César de Oliveira

Link de inscrição para professores:

<https://cfaecoimbrainterior.webeduca.pt/formacao/13/0/turma>

Link de inscrição para outros profissionais:

<https://forms.office.com/e/y13Móv6ynY>

A MALA VAI À RUA
25 de junho | 21h

Sala multiusos Casa da Cultura César de Oliveira

Link para inscrição: <https://forms.office.com/e/zUyUsGh59y>

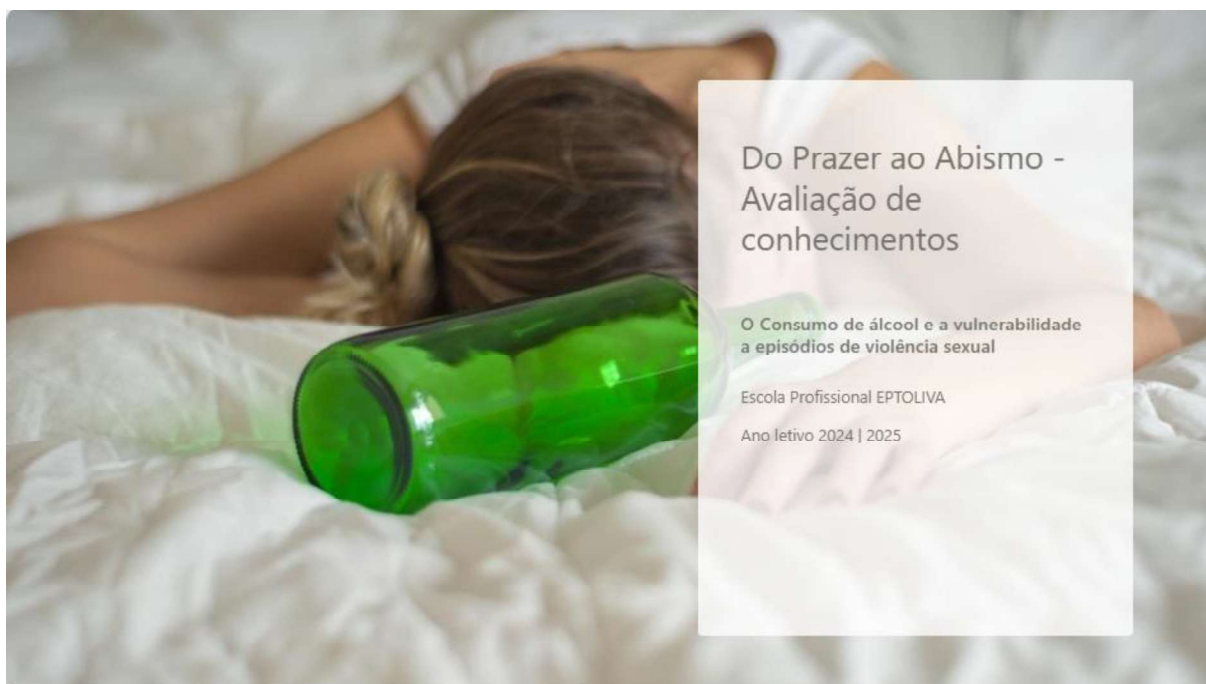
A MALA VAI À ESCOLA
26 de junho | 9h30min - 16h

Escola Profissional EPTOLIVA



**“MaLa da
Prevenção”**
Dr. Luís Patrício





QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1 - Idade: ____

2 - Ano de escolaridade:

10.º ano 11.º ano 12.º ano

3 - Sexo:

Feminino Masculino Intersexo

4 - Género:

Mulher Homem Trans Não binário

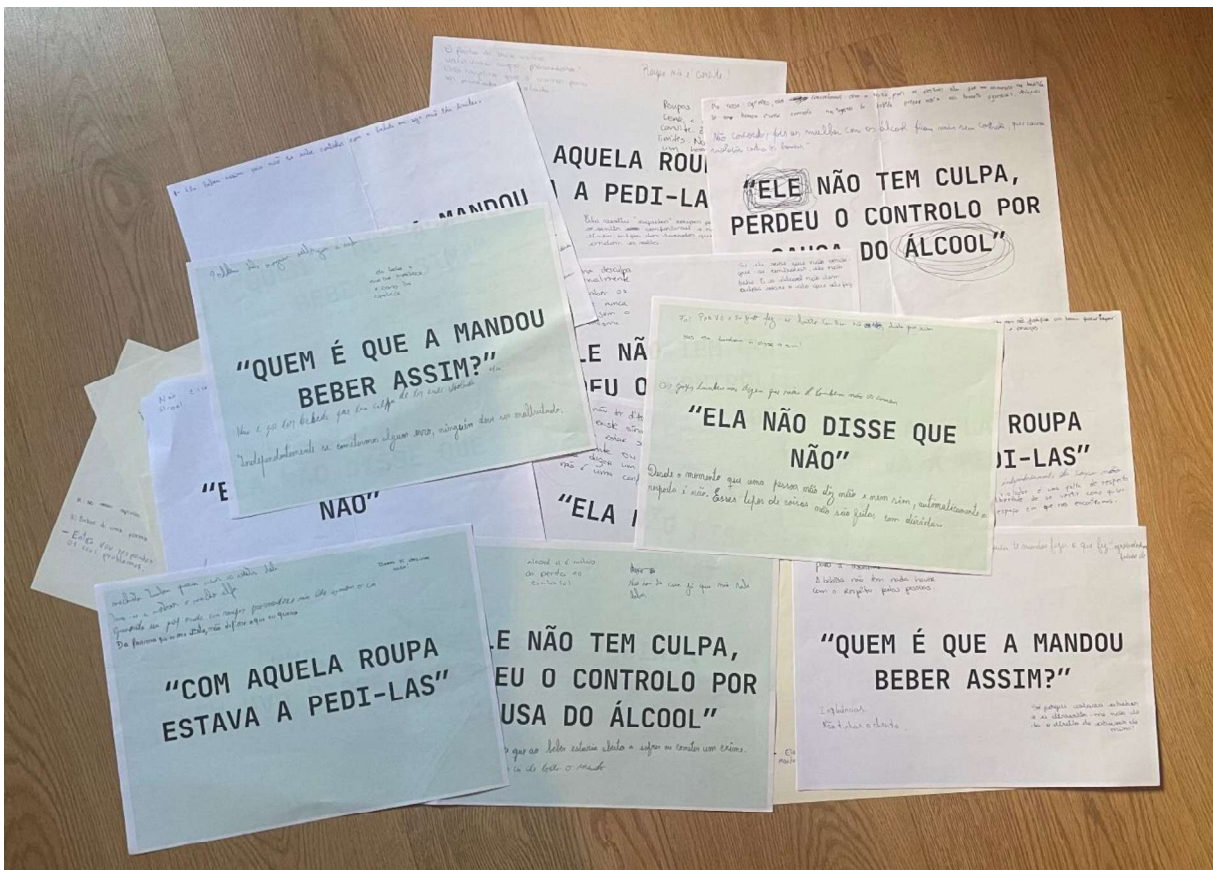
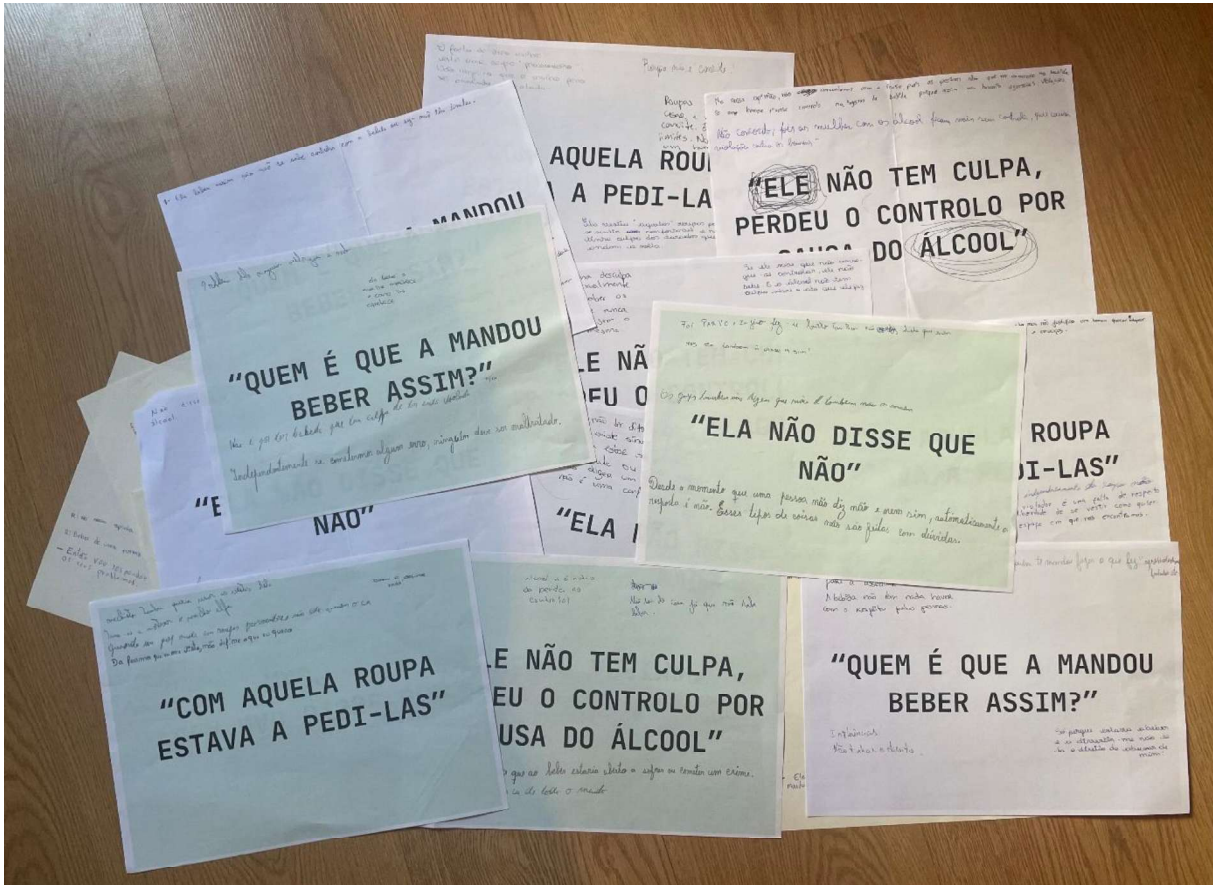
Outro. Qual? _____

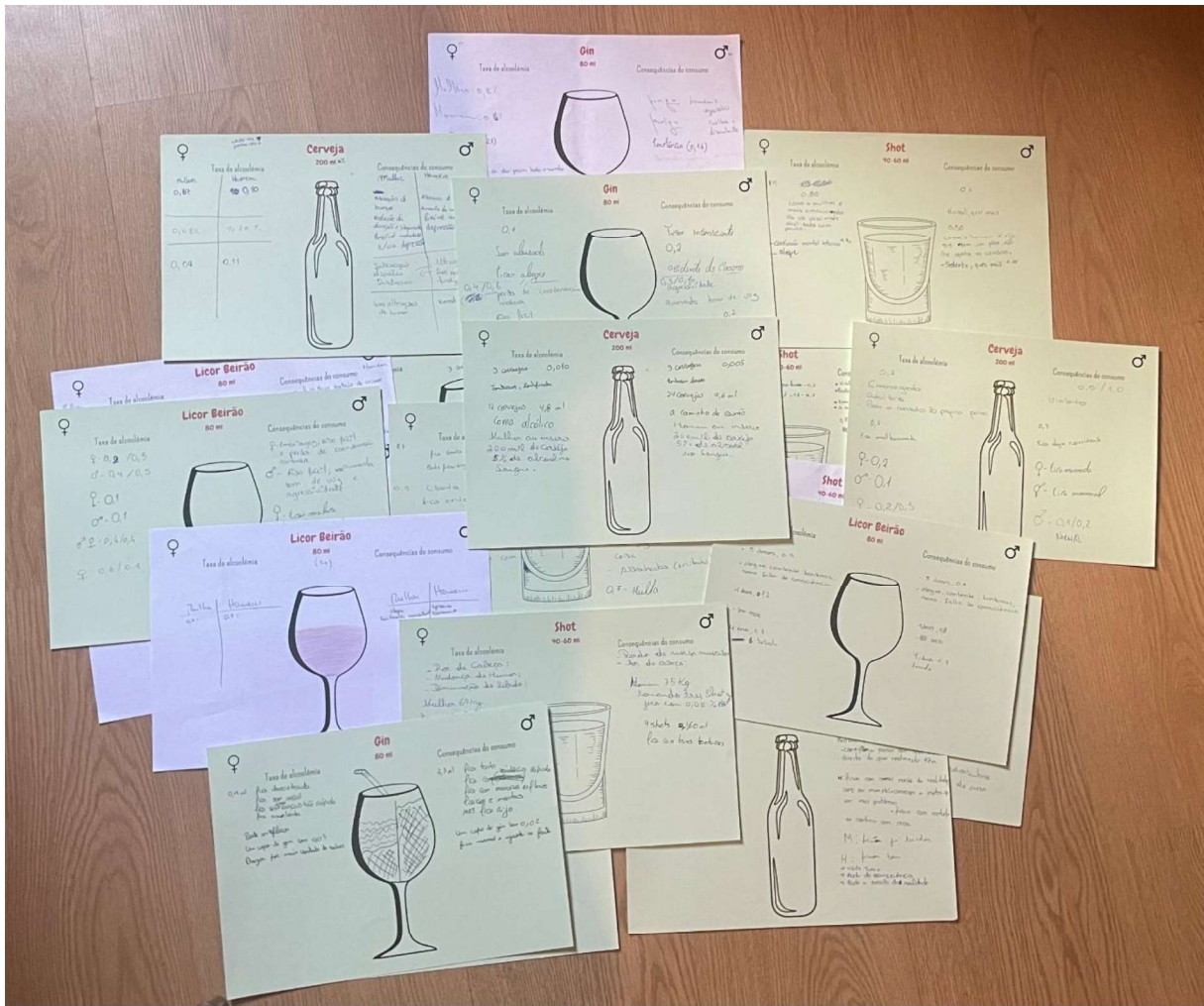
CONSUMO DE ÁLCOOL E VIOLÊNCIA SEXUAL

5 - Das seguintes afirmações, identifique as que considera verdadeiras e falsas

AFIRMAÇÕES	VERDADEIRA	FALSA
Ficar embriagado/a não me expõe ao risco de ser vítima de violência sexual		
Quando as mulheres são violadas, muitas vezes é porque não disseram "não" de forma clara		
Apenas as mulheres são vítimas de violência sexual		
Para ter relações sexuais com o/a parceiro/a íntimo/a, tenho de ingerir bebidas alcoólicas		
No nosso país, há poucas pessoas que têm problemas relacionados com o consumo de álcool		
A violência sexual pode ser impedida		
Uma mulher que se vista com roupas provocadoras, não deveria surpreender-se se um homem tentar forçar uma relação sexual		
As mulheres que provocam os homens merecem que lhes aconteça tudo		
As mulheres tendem a exagerar o quanto a violação as afeta		
As acusações de violência sexual, são frequentemente utilizadas como forma de vingança contra os homens		
Se não ingerir bebidas alcoólicas, não me consigo divertir		
Apenas os heterossexuais são agressores		
O álcool desinibe-me, por isso é mais fácil estabelecer relações íntimas		
Consumir álcool e/ou outras substâncias psicoativas, de vez em quando, em contexto recreativo, é inofensivo		
O consumo de álcool pode causar dependência		
O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias		
Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal		
Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura, reagem da mesma maneira, à mesma quantidade de álcool		
A cerveja é boa para matar a sede		
É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas, em grandes quantidades		

Apêndice 6 – Metodologia World Café





**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

Título do Estudo:

Do Prazer ao Abismo... O consumo de álcool em adolescentes e a vulnerabilidade a episódios de violência sexual"

Na qualidade de participante/representante legal do participante (~~riscar o que não interessa~~) no estudo acima referido, declaro que compreendi todos os objetivos da minha participação no mesmo, pelas informações verbais e escritas que me foram fornecidas pela equipa de investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimização dos dados, e a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Desta forma, aceito de livre vontade a participação / daquele que legalmente represento (~~riscar o que não interessa~~), neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação, aceitando também a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome Completo: _____

Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / ___

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE / INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: _____

BI/CC Nº: _____ DATA OU VALIDADE ___ / ___ / ___

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA _____