

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**O Processo Metacognitivo como Foco de Intervenção
Especializada do Enfermeiro de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

Sara Alexandra Varanda Serralheiro

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**O Processo Metacognitivo como Foco de Intervenção
Especializada do Enfermeiro de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

Sara Alexandra Varanda Serralheiro



Orientador: Professor Doutor Paulo Rosário de Carvalho Seabra



**Lisboa
Julho 2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Um abraço especial para o pai Ricardo e para a mãe Céu, grata pelos valores que me transmitiram. Foram a maior força, o maior incentivo para eu chegar aqui!

Ao meu filho Hugo que sentiu e percebeu este desafio. Ajudou me até aos últimos momentos na escrita deste relatório, por vezes com paciência de adolescente...!

À minha irmã Rute e aos seus momentos de escuta atenta...só nós é que sabemos!

Agradeço a disponibilidade, a orientação, o apoio e principalmente a serenidade e a tranquilidade transmitidas pelo Professor Doutor Paulo Seabra, ajudou-me a acreditar e por entre as dificuldades pessoais, prosseguir nesta caminhada.

Um agradecimento especial aos meus orientadores nos locais de estágio, grata pela confiança, disponibilidade, ensinamentos e contributos que os tornaram singularmente especiais neste percurso.

Aos atores deste projeto que com a sua individualidade, os seus sorrisos e as suas reclamações, fizeram me trabalhar... e fizeram me feliz em todos aqueles momentos!

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - American Psychiatric Association

BCIS - *Beck Cognitive Insight Scale*

EESMP - Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSM - Programa Nacional para a Saúde Mental

PSYRATS - *Psychotic Symptom Rating Scales*

RESUMO

O percurso formativo realizado e aqui relatado, norteou-se pela linha de investigação acerca de “O Processo Metacognitivo como Foco de Intervenção Especializada do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica.”

A razão para estudar este assunto impôs-se pela necessidade em entender o fenómeno da metacognição e do processo metacognitivo, do modo como a pessoa desenvolve estratégias para potencialização das competências metacognitivas.

Esta temática foi explorada no estágio elaborado em dois contextos distintos, numa unidade hospitalar, internamento de psiquiatria, e numa unidade de cuidados na comunidade, numa escola básica de segundo e terceiro ciclos, ambos na cidade de Lisboa. O objetivo primordial do estágio foi desenvolver competências de enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria

Na unidade de internamento da pessoa com patologia psiquiátrica, em fase aguda, a intervenção aconteceu no âmbito da doença mental através do campo de ação interventivo no tratamento, com a aplicação do programa “Treino Metacognitivo para a Psicose” de Steffen Moritz. Enquanto na unidade de cuidados na comunidade o projeto foi desenvolvido no âmbito da saúde mental através da ação de intervenção com contornos de prevenção, com a implementação de uma intervenção psicoeducativa intitulada de “Álcool, intervenção pela prevenção”.

Sobre a avaliação das intervenções podemos dizer que, no contexto hospitalar o resultado para as pessoas foi positivo na medida em que se promoveu aumento da consciência da pessoa sobre as distorções e se constatou mudança no seu modo de resolução de problemas. Quanto à aplicação do programa na escola podemos afirmar que o ganho para os jovens foi a clarificação e o aumento da perceção dos fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis em relação ao consumo de álcool.

O modelo de referência de cuidados de enfermagem que enriqueceu este percurso foi o modelo “O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças”, de Laurie Gottlieb.

O recurso à metodologia de projeto foi o eleito para arquitetar esta caminhada na procura da aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras chave: metacognição, adolescente, esquizofrenia, promoção da saúde mental

ABSTRACT

The training path taken and hereby described, was led by the research on the topic “The Metacognitive Process as the focus of intervention of the Mental Health and Psychiatry Specialized Nurse”.

The reason for this topic arose by the necessity of understanding the metacognition phenomenon and the metacognitive process. Moreover, understanding, how a person develops strategies to potentialize their metacognitive competencies.

This thesis’ main theme was explored and looked into during two distinctive clinical placements: a psychiatry ward (hospital setting), and a community care unit, located in a middle grade school, (community setting) – both in the city of Lisbon. The main purpose of the clinical placement was to develop competencies within the scope of practice of the mental health and psychiatry specialized nurse.

Whereas in the ward, the nursing intervention to the patient admitted with acute manifestation of psychiatric pathology, was focused on the treatment, applying the programme “metacognitive training for psychosis” by Steffen Moritz; the project in the community care setting was focused on the realm of prevention, with the implementation of the psychoeducational intervention called “Alcohol, intervention by prevention”.

Regarding the interventions, we can say that in the hospital setting, the outcome was positive. People became more aware of the biases but also, we were able to witness a change in their problem-solving skills.

Likewise, when it comes to the programme employed in the school, there was also gain through our intervention. This positive outcome amidst the younger population was mainly, the in-depth knowledge acquired, of the factors that influence the adoption of healthy behaviours in relation to alcohol consumption.

The Nursing care reference model that enriched this academic path was the model “Strengths-Based Nursing Care”, by Laurie Gottlieb.

The chosen project methodology had the intent of architect this journey in the search for the acquisition and development of skills within the scope of the master’s degree in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Keywords: metacognition, teenager, schizophrenia, mental health promotion

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS

SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO	9
1. ÁREA DE INTERVENÇÃO: JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	12
1.1. Sobre Metacognição	12
1.2. Sobre Adolescência.....	14
1.3. Sobre a Promoção da Saúde Mental em Contexto Escolar	16
1.4. Sobre Esquizofrenia	19
1.5. Sobre o Treino Metacognitivo para a Psicose	20
1.6. Modelo de Referência.....	22
2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS CONTEXTOS.....	24
2.1. Unidade de Internamento.....	24
2.2. Unidade de Cuidados na Comunidade	29
2.3. Considerações Éticas	35
3. EVIDÊNCIA SOBRE FATORES QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO DOS ADOLESCENTES	38
4. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE EESMP E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	42
4.1. Competência de Mestre em enfermagem.....	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49

ANEXOS

Anexo 1. XXXII Encontro Das Taipas - Alienação das Emoções

Anexo 2. III Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental

Anexo 3. Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool

APÊNDICES

Apêndice 1. Relação das competências específicas do EEESMP com os objetivos específicos e as intervenções e atividades a desenvolver

Apêndice 2. Estudo de caso

Apêndice 3. Cronograma da intervenção psicoeducativa

Apêndice 4. Intervenção psicoeducativa

Apêndice 5. Questionário de Satisfação

Apêndice 6. Análise estatística dos dados do questionário de satisfação

Apêndice 7. Análise estatística dos dados do “Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool”

Apêndice 8. Jornal de aprendizagem

Apêndice 9. *Scoping Review*

INTRODUÇÃO

Com o presente trabalho, de índole académica, tenho o intuito de fazer uma análise crítica e reflexiva acerca das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, assim como do processo que me permitiu a aquisição e mobilização das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Na Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi concretizado um estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Este estágio ocorreu em dois contextos, numa unidade de internamento psiquiátrico, num centro hospitalar e psiquiátrico no distrito de Lisboa e numa unidade de cuidados na comunidade, também no distrito de Lisboa. Aconteceu entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020.

Na enfermagem do século XXI é crucial a existência de um pensamento crítico, intencional, que seja direcionado a um objetivo, de modo a que as decisões tomadas sejam baseadas em evidência científica.

Ao longo dos tempos a enfermagem evoluiu como disciplina, aumentando o grau de complexidade de atuação e conseqüentemente as estratégias especializadas, levando a ganhos em termos de qualidade de vida (Amendoeira, 2009). Através do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros (2015) reconhece que este progresso levou a um reconhecimento do valor do papel desempenhado pelo enfermeiro na comunidade científica de saúde.

A atuação de enfermagem, com a sua complexidade, envolvida na evolução do conhecimento e na evolução da sociedade, implica uma aprendizagem constante e permanente. A aprendizagem proporciona ao enfermeiro manter-se preparado para lidar com as inúmeras situações com que se depara ao longo do seu

desempenho profissional. Ao conhecimento científico somam-se os saberes práticos, motivo pelo qual no ensino da profissão de enfermagem se privilegiam os ensinamentos clínicos.

Aquando da aprendizagem, é nos dois espaços formativos, a escola e as organizações de saúde, que se efetiva a formação em enfermagem. É no ensino clínico que “a teoria alimenta a prática e a prática é alimentada pela teoria” (Rodrigues, 2012). A mesma autora defende que o ensino clínico é o momento excepcional para a consolidação dos conhecimentos anteriormente obtidos assim como para a reflexão sobre as práticas (Rodrigues, 2012).

Benner (2001) menciona que a aquisição de competências do enfermeiro especialista é um processo que emerge da mobilização dos conhecimentos, das capacidades, das habilidades pessoais, sociais, acadêmicas e profissionais, num contexto de prática clínica, em situações complexas e inesperadas que exigem tomadas de decisão. Entendendo o estágio como contexto prático, ensaiam-se e aperfeiçoam-se fundamentos e princípios cientificamente comprovados, desenvolve-se a competência, a habilidade e a perícia dos cuidados de enfermagem (Benner, 2001).

No projeto de estágio o tema definido foi, “O Processo Metacognitivo como Foco de Intervenção Especializada do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica.” A motivação para esta temática surgiu da preocupação em compreender o fenômeno da metacognição e de perceber a pertinência da intervenção no processo metacognitivo de modo a encontrar estratégias para proporcionar uma capacitação e/ou modificação de comportamentos, ou seja, a potencialização das competências metacognitivas.

O processo metacognitivo pode ser relevante em todas as fases do ciclo de vida e em muitas situações de adoecimento, mas, posso justificar que as pessoas com patologia do espectro da esquizofrenia e pessoas na fase da adolescência estão envolvidas nesta procura, por se terem tornado particularmente interessantes e aliantes ao longo da minha vida, numa perspectiva pessoal e profissional. Por esta

razão considereei apropriada e desafiante a intervenção no processo metacognitivo deste grupo específico de pessoas, representadas em contextos de internamento hospitalar e escolar.

Na unidade de internamento da pessoa com patologia psiquiátrica, em fase aguda, a intervenção aconteceu no âmbito da doença mental através do campo de ação interventivo no tratamento. Enquanto na unidade de cuidados na comunidade o projeto foi desenvolvido no âmbito da saúde mental através da ação de intervenção com contornos de prevenção. Na unidade de internamento foi realizada a aplicação de um programa de intervenção, em grupo, a pessoas com esquizofrenia, com recurso ao Treino Metacognitivo para a Psicose. O programa de Treino Metacognitivo para a Psicose aplicado fez parte de um projeto de investigação de uma enfermeira doutoranda no qual colaborei fazendo a sua aplicação.

Na unidade de Cuidados na Comunidade o projeto implementado foi integrado no Programa Nacional de Saúde Escolar (2015) no eixo estratégico da saúde mental: Álcool - intervenção pela prevenção. Foi realizado numa escola básica de segundo e terceiro ciclos, de um agrupamento de escolas de um conselho do distrito de Lisboa.

Em relação à estrutura este documento inicia-se com a justificação da área de intervenção e o enquadramento concetual, segue com a descrição do percurso de aprendizagem nos contextos onde o estágio foi realizado, quais os objetivos, as intervenções e a avaliação dos projetos implementados. Por fim é feita uma análise a respeito das competências adquiridas e mobilizadas ao longo de todo este processo. A organização e formatação deste relatório de estágio obedecem aos critérios definidos pela Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association (6ª edição)* (2012). O texto encontra-se redigido cumprindo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. ÁREA DE INTERVENÇÃO: JUSTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Aquando do lançamento do projeto definiu-se como tema do estágio “O Processo Metacognitivo como Foco da Intervenção Especializada do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica”. Como objetivo, identificou-se a implementação do projeto de intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, em dois contextos, o da comunidade e o de internamento hospitalar, associando-se o objetivo académico do estágio, que é desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Sendo duas conjunturas diferentes, havia a necessidade de definir um campo de encontro dos dois contextos.

Assim, aquele que se define como fio condutor entre os dois contextos é o processo metacognitivo, sendo a intervenção o campo de ligação entre ambos. As intervenções na prevenção e no tratamento são o foco e o treino metacognitivo é o veículo para a tomada de decisão. Através do treino metacognitivo (em ambos os contextos), ensinando a refletir de forma crítica, serão propiciadas a capacitação e a modificação de comportamentos.

No enquadramento concetual retratado neste capítulo do relatório foram utilizados vários conceitos de modo a fazer a fundamentação da temática, nomeadamente a metacognição, a adolescência, a promoção de saúde mental em contexto escolar, a esquizofrenia, o treino metacognitivo para a psicose e sobre o modelo de referência de enfermagem.

1.1. Sobre Metacognição

Pensar é a atividade humana mais complexa. Pensar liberta a ação humana das restrições do seu ambiente imediato, envolve habilidades cognitivas como a perceção, a atenção, a simbolização, a seleção, a memória, a transferência, a avaliação, a cujo produto chamamos de pensamento (Davis, Nunes & Nunes, 2005).

Flavell, em 1970, foi o primeiro investigador a referir-se à metacognição, definindo-a como o conhecimento que o sujeito tem sobre o seu próprio conhecimento. O seu sentido nuclear é a "cognição da cognição", ou seja, o conhecimento dos próprios processos e produtos cognitivos (Figueira, 2003). "O nosso sétimo sentido", nas palavras de Nisbett e Shucksmith (1986) (Citado por Figueira, 2003).

A metacognição é a capacidade de refletir sobre uma determinada função e sozinho optar pelo melhor método para resolver essa função. É o conhecimento que a pessoa tem dos seus próprios processos cognitivos, fazendo a sua monitorização, organização e modificação, ou seja, a habilidade de controlar os processos cognitivos (Flavell, 1979).

Metacognição é a atividade mental através da qual outros processos mentais se tornam alvo de reflexão. Ao fazer uso da metacognição, a pessoa torna-se no observador dos seus próprios modos de pensar e das estratégias que utiliza para resolver os problemas. Identifica e monitoriza os processos de pensamento, regulando-os e orquestrando-os para alcançar um determinado objetivo (Davis, Nunes & Nunes, 2005). É a capacidade que o ser humano tem de controlar e autorregular os processos cognitivos. "A essência do processo metacognitivo parece estar no próprio conceito de self, ou seja, na capacidade do ser humano de ter consciência de seus atos e pensamentos" (Jou & Sperb, 2006). As mesmas autoras referem que de uma forma geral a metacognição é uma conquista evolutiva do ser humano, numa permanente missão de adaptação, que se desenvolve para responder às exigências do ambiente. Figueira (2003) considera que "a metacognição permitirá aos sujeitos tomarem consciência dos processos adoptados, seleccionarem as estratégias mais adequadas à realização da tarefa e monitorizarem a aplicação destas aos objectivos que pretendem atingir."

Um aspeto importante do processo metacognitivo é a conceitualização metacognitiva de uma tarefa, que consiste na reflexão metacognitiva presente no momento em que se inicia uma tarefa ou durante a sua execução. No dia a dia a

metacognição pode auxiliar na execução de muitas tarefas, inclusive na seleção de estratégias de memória que sejam mais adequadas em determinadas situações, possibilitando assim uma melhor aplicação do conhecimento adquirido (Ribeiro, 2003). Pela consciência do modo pelo qual o conhecimento é adquirido, a pessoa gere este processo, utilizando estratégias metacognitivas para a aprendizagem e resolução de problemas em situações quotidianas (Andretta et al, 2010).

O processo metacognitivo envolve os processos de pensamento, sendo estes os conhecimentos metacognitivos e as experiências metacognitivas, regulando-os de modo a alcançar um determinado objetivo. Os conhecimentos metacognitivos são o produto cognitivo, o conhecimento de que determinados conceitos, práticas e habilidades já dominados e a compreensão dos processos cognitivos, ou seja, da maneira pela qual o pensamento e as funções superiores, a atenção, a memória, o raciocínio, a compreensão, atuam na resolução de um problema. As experiências metacognitivas são os processos pelos quais se é capaz de exercer controlo e autorregulação durante a tarefa de resolução de um problema, permitindo que a pessoa tenha consciência do desenrolar da sua própria atividade (Davis, Nunes & Nunes, 2005).

A metacognição refere-se à capacidade geral de pensar, inclui a consciência dos seus próprios processos mentais, a consciência da falibilidade do pensamento, a compreensão cognitiva de ideias, a consciência da capacidade de inferir emoções pela linguagem, crenças e intenções de outras pessoas (Favrod et al, 2013).

1.2. Sobre Adolescência

A Organização Mundial de Saúde, por utilidade e comodidade estatística balizou a adolescência ao período do desenvolvimento humano que abrange os 10 e os 19 anos de idade (*World Health Organization, 1977*). A definição da faixa etária a que corresponde a adolescência difere de autor para autor. No entanto, há unanimidade quando se fala em a adolescência se iniciar com as alterações

psicobiológicas da puberdade e findar no período da inserção social e profissional da pessoa (Palacios, 1995).

A adolescência é o período em que se revoluciona o equilíbrio psíquico aparentemente estabelecido na latência. Nesta fase contemplamos no adolescente diferentes tipos de manifestações: no campo pessoal e interpessoal, pela reorganização das relações com os progenitores, com os pares, consigo mesmo e com o seu corpo e no campo psicopatológico, com a laboriosa fronteira entre a instabilidade normal da adolescência e os aspetos clínicos (Coimbra de Matos, 2002).

Paiva et al (2015) definem adolescência como sendo “uma fase marcada por grandes descobertas e instabilidade emocional, período crítico para o desenvolvimento de competências sociais e interpessoais, aquisição de habilidades para tomar decisões, consubstanciando a personalidade”. É uma fase de investigação natural, de crises, de conflitos, de ambivalências, de independência familiar e de ligação ao grupo de pares. É ainda uma etapa marcada por novas oportunidades, às quais os adolescentes aderem pela sua perceção de invulnerabilidade e necessidade de desafios e confronto com o perigo (Araújo, Blankb, & Ramos, 2009). É uma fase definida por uma “multiplicidade de condutas, de tentativas e erros, que determina a socialização e individualização nesta faixa etária” (Cabral, 2004).

Nesta fase iniciam-se amplas mudanças, o adolescente inicia a definição da sua identidade e a tomada das suas decisões, mostra-se simultaneamente inseguro e vulnerável. É influenciado pelo ambiente familiar, pelo grupo de amigos e até mesmo pelos meios de comunicação social (Braconnier & Marcelli, 2000). A adolescência corresponde a uma fase do ciclo de vida onde ocorrem grandes transformações. Nas transformações a nível físico começa-se a delinear o tão ansiado corpo de adulto. Há transformações na capacidade de raciocínio e transformações a nível comportamental, com a adoção de novas posições sociais. A procura da identidade pessoal, autonomia e independência do controlo parental, associada à curiosidade pelas novas experiências, situa o adolescente numa posição

frágil, vulnerável a comportamentos de risco. Entre muitos exemplos, o envolvimento em situações de violência, consumo de tabaco, consumo de álcool e substância ilícitas, atividade física reduzida, hábitos alimentares desadequados. Estes comportamentos são marcados pela inovação e diferença, assumindo como consequência condutas menos adequadas e por vezes perigosas (Murteiro, 2012).

A adolescência é a fase do ciclo vital propícia à experimentação e eventual início do consumo de substâncias psicoativas (Sloboda, 2014). No adolescente, o uso de substâncias é um comportamento e não uma doença. No entanto, com a progressão para o abuso e dependência, ocorrem alterações neurobiológicas associadas e outros problemas de saúde e sociais (Flay & Petraitis, 2006).

Pela consciência do modo pelo qual o conhecimento é adquirido, o adolescente enquanto aluno gere este processo, utilizando estratégias metacognitivas para a aprendizagem e resolução de problemas em situações quotidianas (Andretta et al, 2010). Assim, a prática da metacognição conduz a uma melhoria da atividade cognitiva e motivacional e, portanto, a uma potencialização do processo de aprender. O conhecimento que o aluno adolescente tem sobre o que sabe e o que desconhece acerca do seu conhecimento e dos seus processos, é fundamental. Por um lado, para o entendimento da utilização de estratégias, pois o conhecimento ajuda o aluno adolescente a decidir quando e que estratégias utilizar e, por outro, ou conseqüentemente, para a melhoria do desempenho (Ribeiro, 2003).

1.3. Sobre a Promoção da Saúde Mental em Contexto Escolar

Os adolescentes geralmente são uma parte relativamente saudável da população. No entanto, a adolescência, como um período exigente de transição, marcado por mudanças físicas, emocionais, psicológicas e interpessoais e sociais, é o período propício para o início de grande parte dos problemas de saúde mental (Peres & Rosenberg, 1998).

Loureiro e colaboradores (2013) evidenciam as estimativas que indicam que uma em cada cinco crianças e adolescentes venham a desenvolver perturbações na

sua saúde mental com expressão antes dos 18 anos de idade. Tem-se constatado um avolumar de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, observando-se valores de aumento entre 15% e 30%, o que constitui um problema de saúde pública, considerando uma verdadeira pandemia dado que muitos dos problemas desta índole terão continuidade na vida adulta. Na presença de evidência científica percebe-se que se existir uma intervenção precoce está presente um valor preventivo e uma maior resolução dos mesmos problemas (Santos, 2015).

No Programa Nacional para a Saúde Mental uma das metas definidas para 2020 é a realização de "mais 30% de ações de promoção de saúde mental e de prevenção das doenças mentais" (PNSM, 2017). A Promoção de Saúde Mental é um tema prioritário no que diz respeito à Educação para a Saúde. Inverteu-se a visão com a procura das causas que conduzem à saúde, secundarizando as causas que levam à doença. Seja, a dimensão positiva da saúde, assente na salutogénese, pretende descobrir diferentes perspetivas, sob intervenção da Saúde Escolar (Tomás & Gomes, 2014).

A saúde mental diz respeito a toda a população, tanto a nível individual como em grupo. A saúde mental tem a influência de fatores socioeconómicos e culturais, e é tida como pressuposto básico de qualidade em abordagem global nas políticas de promoção da saúde e do bem-estar. A literacia sobre saúde mental é uma prioridade, e neste sentido, identificar e compreender os problemas que habitualmente ocorrem a crianças e jovens é, já em si, uma medida de promoção e de prevenção (Ministério da Educação et al, 2017). Através das intervenções na prevenção, pretende-se dotar a pessoa e o grupo de conhecimentos e capacidades para lidarem com os fatores de risco e os fatores de proteção associados ao consumo de substâncias psicoativas e outros comportamentos aditivos e de dependências. Na evolução, ou não, de comportamentos aditivos e de dependências nos jovens, a vinculação familiar, escolar e social, a influência dos pares, a vulnerabilidade e a resiliência estão entre os fatores de influência. Assim, é preconizada uma abordagem aos jovens, que intervenha na alteração dos

comportamentos e das práticas pessoais e sociais, na criação de um clima positivo, informado, no qual o jovem se sente envolvido, seguro e reforçado, facilitando assim a aprendizagem e a promoção do seu desenvolvimento integral. Nesse sentido, a escola tem um papel preventivo privilegiado e indispensável (Ministério da Educação et al, 2017).

A abordagem da temática tem por base o Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão a 2020), com principal incidência no Programa Nacional de Saúde Escolar (2015), no eixo estratégico da saúde mental e competências socioemocionais, a que correspondem estratégias de intervenção para o quinquênio 2015-2020. No quadro conceptual do programa nacional de saúde escolar (2015),” a promoção da saúde, em particular da saúde mental, constitui o núcleo central das intervenções da saúde escolar, apoiadas por métodos ativos e trabalho por projeto, que valorizem a promoção de competências sociais e emocionais” (DGS, 2015). O ciclo de vida escolar, que acontece dos 3 aos 18 anos, é um marco para a formação da saúde física e mental. “Capacitar as crianças e jovens para a tomada de decisão contribui para a adoção de um estilo de vida mais saudável, tornando-os mais competentes, mais confiantes e mais habilitados no desempenho dos seus papéis sociais” (DGS, 2015). No domínio da capacitação da comunidade educativa para a adesão a estilos de vida saudáveis são desenvolvidas atividades para a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (DGS, 2015).

Atendendo a que a adolescência é uma etapa de descoberta e transformação, onde a busca de novas sensações pode tornar-se crucial na adoção de comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool, é fundamental focar uma intervenção preventiva em meio escolar. Prevenção essa que pressupõe a ligação da componente técnica, científica e metodológica, baseada na evidência científica.

1.4. Sobre Esquizofrenia

O termo esquizofrenia foi concebido pelo psiquiatra Eugen Bleuler em 1908. No entanto a descrição das condições desta patologia já havia sido feita em 1896 pelo psiquiatra Emil Kraepelin, que a designava de demência precoce. Hoje em dia não se pensa em psicopatologia sem pensar em esquizofrenia, um dos maiores enigmas de estudo na psiquiatria (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2003). A esquizofrenia é uma perturbação mental complexa e grave (Lambert et al, 2019). Os sintomas psicóticos constantes representam um desafio relevante no cuidar a pessoa com esquizofrenia (Favrod et al, 2014).

A esquizofrenia é uma patologia que se apresenta de distintas formas. É uma perturbação do tratamento e da integração da informação. A pessoa com esquizofrenia pode mostrar sintomas de distorção da realidade que se apresentam como ideias delirantes e alucinações. Manifesta-se também através da diminuição das capacidades de expressão, dificuldade em executar as atividades da vida diária bem como isolamento social (Favrod & Maire, 2012). É uma forma de sofrimento psíquico categorizado entre as psicoses, é também denominado de transtorno psíquico (APA, 2014). Os síndromas psicóticos apresentam sintomas atípicos como alucinações e delírios, pensamento desorganizado, comportamento bizarro como por exemplo fala e risos imotivados. A pessoa com esquizofrenia na fase psicótica vive fora da realidade, perde o controlo sobre si própria, sente uma invasão do mundo externo sobre o seu íntimo (Favrod & Maire, 2012). Existe complexidade no estabelecimento da distinção entre a experiência interna e externa. Dos sintomas observados evidenciam-se os delírios, as alucinações, comportamento desorganizado ou catatónicos, embotamento afetivo. A pessoa apresenta uma cisma entre o pensamento, o comportamento e a emoção. A apresentação de sintomas paranóides é muito comum, a pessoa apresenta-se com ideias delirantes e alucinações auditivas. A desorganização da forma de se expressar surge nos planos verbal e comportamental. Estas manifestações podem surgir ou não em simultâneo e com diferentes intensidades (Resende, 2009).

Townsend (2011) refere que a esquizofrenia é uma patologia que resulta de uma associação variável de fatores como a predisposição genética, fatores psicológicos, de pressão psicossocial e de alterações bioquímicas. O suicídio é a causa primária de morte prematura das pessoas com esquizofrenia. “O potencial de é uma das principais preocupações entre pacientes com esquizofrenia” (Townsend, 2011). Os sintomas da esquizofrenia são agrupados em negativos e positivos. Os negativos caracterizam-se pelos défices, a incapacidade de sentir emoções e prazer, o embotamento ou rigidez afetiva, a pobreza de conteúdo do pensamento e da fala, a diminuição da vontade e da iniciativa, o isolamento social. Os positivos são os mais exuberantes, as alucinações (mais frequentes as auditivas e visuais e menos frequentes as táteis e as olfativas), as perturbações da forma e do curso do pensamento (incoerência, prolixidade e desagregação), os delírios (persecutórios, de grandeza, de ciúmes, somáticos, místicos), o comportamento desorganizado, bizarro, agitação psicomotora e mesmo negligência nos cuidados pessoais (Silva, 2014). Os sintomas surgem geralmente no final da adolescência, princípio da idade adulta, embora se constate por vezes surgimento em meados ou fim da idade adulta (APA, 2014).

A etiologia da esquizofrenia não foi ainda esclarecida. Não existem exames complementares ao diagnóstico pelo que impera a importância na observação do quadro clínico sintomático apresentado e na narrativa da própria pessoa. Até agora não existe um tratamento único para a esquizofrenia. O tratamento passa por um empenho multidisciplinar onde se associa a farmacoterapia e intervenções psicossociais como a recapacitação para as atividades de vida diária e treino de competências sociais e terapia familiar (Townsend, 2011).

1.5. Sobre o Treino Metacognitivo para a Psicose

A procura de estratégias de tratamento psicoterapêuticas e cognitivas complementares à psicofarmacologia, atualmente está a revelar-se importante (Wykes et al, 2008). O treino metacognitivo baseia-se nos fundamentos do modelo

cognitivo - comportamental da esquizofrenia, fazendo, no entanto, uma abordagem terapêutica diferente (Rocha et al, 2017). Foi desenvolvido pelos investigadores Moritz e Woodward no ano de 2007, com a apresentação de resultados de estudos sobre processos cognitivos sujeitos ao treino metacognitivo (Oosterhout, 2017), como nova forma de abordar o tratamento de sintomas psicóticos (Favrod et al, 2014). O treino metacognitivo para a psicose é uma variação do método cognitivo - comportamental, particularmente direcionada à redução cognitiva dos preconceitos (Moritz & Woodward, 2007).

O treino metacognitivo para a psicose é um programa psicoeducativo centrado em tarefas cujo principal objetivo é modificar a “infraestrutura cognitiva” da ideação delirante. Está organizado em oito módulos nucleares, que abordam erros cognitivos comuns e vieses na resolução de problemas na esquizofrenia. Com o treino metacognitivo pretende-se aumentar a consciência da pessoa sobre as distorções e ensinar a refletir de forma crítica, a complementar e a mudar o seu modo de resolução de problemas. A psicose não é um acontecimento súbito e instantâneo. O seu aparecimento é, frequentemente, precedido por uma mudança progressiva na avaliação das próprias cognições e do ambiente social (Klosterkötter, 1992).

O treino metacognitivo foi aplicado em vários países, geralmente como complemento da intervenção psicofarmacológica (Pinho et al, 2020). O efeito imediato do treino metacognitivo na redução dos delírios em doentes com esquizofrenia está bem demonstrado (Eichner & Berna, 2016; Liu et al, 2018), citados por (Pinho et al, 2020), mas os efeitos a longo prazo são ainda pouco claros. O contexto cultural parece influenciar os efeitos do treino metacognitivo, mas são necessários mais estudos, em diferentes culturas, de modo a avaliar a sua eficácia (Liu et al, 2018), citados por (Pinho et al, 2020).

Pinho et al, 2020 defendem que o treino metacognitivo é importante para o tratamento de múltiplos fatores associados aos sintomas de esquizofrenia, uma vez

que o tratamento objetiva a mudança da meta-estrutura do julgamento e do pensamento.

1.6. Modelo de Referência

O modelo de referência de cuidados de enfermagem é o modelo de Laurie Gottlieb, “O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças”.

“O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças”, designado de SBC, é uma abordagem que considera a pessoa na sua totalidade. Centra-se no que está a funcionar bem, naquilo que a pessoa faz de melhor e nos recursos de que a pessoa dispõe, que a ajuda a lidar de forma eficaz com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde. A abordagem baseada nas forças é caracterizada por um foco sobre as capacidades, competências e recursos da pessoa. As forças podem ser biológicas, psicológicas e sociais. São qualidades únicas e recursos da pessoa, que definem a sua personalidade e que contribuem para a saúde. São recursos de poder e energia de que a pessoa faz uso para enfrentar os desafios (Gottlieb, 2016). A mobilização das forças pessoais contraria a tradicional abordagem baseada nos défices.

Gottlieb (2016) argumenta que as forças são qualidades únicas, da pessoa e da família, definem a sua personalidade “são aptidões, ... aparecem de muitas formas, ...capacidades, competências, recursos, habilidades, talentos e dons... podem ser biológicas, emocionais, psicológicas ou sociais...internas (motivação, coragem, resiliência), ... assim como externas (relações, suporte, religião, espiritualidade)”. A pessoa nasce com capacidades e forças definidas, no entanto ao longo do crescimento os processos de desenvolvimento impulsionam a pessoa para desafios que obrigam a formas de aprendizagem, “as forças desenvolvem-se primariamente através da interação da pessoa com o seu ambiente ...”. (Gottlieb,2016).

É um modelo focado nas potencialidades únicas de cada pessoa: as forças de Gottlieb. A saúde é o que as pessoas e as famílias pretendem, mas a pessoa é um todo que existe de forma integrada. O ambiente tem forças que impõem a sua

promoção ou o seu déficit e que os enfermeiros lidando com as pessoas e os seus ambientes desenvolvem forças que promovem a cura e a saúde (Rosa, 2018).

Na relação enfermeiro - pessoa o enfermeiro necessita ter noção das suas próprias forças, fraquezas e vulnerabilidade. Gottlieb agrupa estas forças em quatro categorias, forças de mentalidade, forças de conhecimento e saber, forças de relação e forças de defesa. O enfermeiro procura identificar as forças existentes dentro e à volta da pessoa, na família e comunidade. Destaca-se a relação de parceria entre o enfermeiro e a pessoa na definição de metas positivas e na opção por cuidados que se ajustem aos valores de cada pessoa, família e situação. O enfermeiro trabalha com a pessoa estimulando os seus pontos fortes, ajudando a lidar com as preocupações, na procura de soluções para os problemas e na escolha de como viver com eles (Gottlieb, 2016).

Numa metodologia contínua, de desenvolvimento pessoal e profissional, e usando o processo metacognitivo para o cuidar baseado nas forças, é primordial estar ciente do porquê do que faço e ter controlo no que digo e faço.

2. PERCURSO DE APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS CONTEXTOS

O ensino clínico em ambos os contextos, internamento e comunidade, contribuiu para a implementação das atividades planeadas no projeto de estágio. A vivência nestas duas realidades trouxe a consequente escrita e partilha deste relatório.

Neste relatório são evidenciadas as intervenções e as atividades, nos dois contextos de estágio, e as competências mobilizadas e desenvolvidas. Deste modo, são relacionados os objetivos traçados para o estágio com o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Apêndice 1).

2.1. Unidade de Internamento

O exposto acerca da metacognição e da pessoa com esquizofrenia fazem jus à minha adesão e investimento no projeto de investigação de doutoramento de uma enfermeira, na pretensão de melhor atingir o objetivo geral do meu estágio, desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O programa Treino Metacognitivo para a Psicose, faz parte de um projeto de investigação de doutoramento de uma enfermeira de uma escola superior de enfermagem do norte do país. Este programa visa avaliar a eficácia do treino metacognitivo para a população portuguesa em pessoas com esquizofrenia.

Delineei, como **objetivo geral do estágio** em contexto de internamento, **adquirir competências na intervenção psicoterapêutica com a pessoa com esquizofrenia em fase aguda**. E, como **objetivos específicos**, 1: **avaliar a eficácia do treino metacognitivo para a psicose na redução dos sintomas positivos**, 2: **avaliar a eficácia do treino metacognitivo para a psicose no insight para a doença** e 3: **realizar um acompanhamento clínico individual**.

O treino metacognitivo para a psicose é um programa psicoeducativo centrado em tarefas cujo principal objetivo é modificar a “infraestrutura cognitiva” da ideação delirante. Está organizado em oito módulos nucleares, que abordam erros cognitivos comuns e vieses na resolução de problemas na esquizofrenia. Durante as sessões, pretende-se aumentar a consciência da pessoa sobre as distorções e ensinar a refletir de forma crítica, a complementar e a mudar o seu modo de resolução de problemas.

Inicia-se cada módulo com elementos psicoeducativos e de “normalização”. Utilizando exemplos e exercícios faz-se a introdução de um determinado domínio (por exemplo, tirar conclusões precipitadas) sendo discutida e ilustrada a falibilidade da cognição humana. Posteriormente são realçados os extremos patológicos de cada viés cognitivo, mostrando a forma como a exacerbação dos vieses (normais) de pensamento podem conduzir a problemas na vida diária, podendo inclusivamente culminar em delírios. Os erros e vieses podem, sozinhos ou em conjunto, culminar no estabelecimento de crenças falsas, ou mesmo de delírios (Freeman, 2007; Garety & Freeman, 2013; Moritz & Woodward, 2007; Moritz et al 2010).

Existem dois módulos adicionais sobre autoestima e sobre lidar com o estigma. Estes módulos são opcionais. Podem complementar ou substituir a versão principal. Nestes módulos são abordados a autoestima, o estigma e os preconceitos. Muitas pessoas com esquizofrenia manifestam problemas afetivos e a melhoria do bem-estar emocional é considerada uma das maiores prioridades de tratamento nestas pessoas. Dependendo do contexto e do grupo de participantes cabe ao terapeuta a decisão da utilização/substituição por estes módulos (Rocha, Queirós, Rocha & Pereira, 2017).

Trata-se de um programa de intervenção em grupo. O principal objetivo do treino metacognitivo é alterar a “infraestrutura cognitiva” da ideação delirante. É enfatizada a relação entre os estilos de pensamento, os delírios e a psicose. Existe a preocupação com o facto de uma abordagem excessivamente confrontativa e orientada para os sintomas poder pressionar os participantes em excesso. Contudo

os autores do programa não obtiveram sustentação para esta preocupação (Rocha, Queirós, Rocha & Pereira, 2017). No entanto recomendam que os temas relacionados com os delírios individuais sejam abordados em sessões terapêuticas individuais. Nas sessões procura-se captar a atenção dos participantes de uma forma interativa e lúdica e exercer um impacto sustentado. Para tal foram incorporadas tarefas do tipo “exercício e prática”. As disfunções cognitivas básicas, como os problemas de atenção, não são abordadas no programa. Estes défices são comuns em diversos grupos de perturbações mentais, não se tendo a certeza se constituem fatores de vulnerabilidade específicos da psicose (Rocha, Queirós, Rocha & Pereira, 2017).

A aplicação do Treino Metacognitivo para a Psicose aconteceu no primeiro período do estágio, numa unidade de internamento (doravante designada de clínica) de um centro hospitalar psiquiátrico no distrito de Lisboa. Compreendeu o período de 23 de setembro a 15 de novembro de 2019. Esta clínica tem capacidade de internamento para 24 pessoas, de ambos os géneros sendo que a gestão do tipo de ocupação das camas é adequada às necessidades do momento. A proveniência dos doentes para internamento acontece após observação em consulta externa, no hospital de dia ou no serviço de urgência, em internamento consentido ou em internamento compulsivo. Na incidência da patologia de internamento encontramos um elevado número de pessoas com esquizofrenia.

Por se tratar de um estudo experimental controlado, o original no âmbito do doutoramento referido em cima, fez-se a aplicação das sessões com o apoio do enfermeiro de serviço e do enfermeiro orientador do estágio, atendendo a que estes profissionais têm experiência prévia de condução de sessões de grupo.

A população alvo são pessoas com esquizofrenia. Como critério de inclusão devem ter entre 18 e 65 anos e estar internados na clínica. Excluem-se as pessoas com esquizofrenia internadas que tenham dependência de substâncias e/ou sintomatologia psicótica severa (critérios originais do estudo). O tamanho do grupo varia entre 3 e 10 elementos. Cada sessão tem a duração de 45 a 60 minutos.

Atendendo aos critérios de inclusão e exclusão existiam no universo das pessoas internadas 6 com características possíveis de englobar no grupo, mas 3 recusaram a participação pelo que a seleção do grupo foi organizada com 3 participantes.

No primeiro dia do programa procedeu-se à obtenção do consentimento informado de cada participante e ao protocolo de colheita de dados. No que respeita ao protocolo de colheita de dados, foi efetivada uma entrevista estruturada em duas fases, uma de autopreenchimento e outra de hétero preenchimento, com o participante, o enfermeiro orientador do meu estágio e comigo. Na primeira fase da entrevista foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico e a avaliação com a escala WHODAS, que avalia a funcionalidade e o insight. Na segunda fase da entrevista, a de hétero preenchimento, foram utilizados instrumentos de avaliação, a escala *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS), que é uma escala de avaliação de sintomas psicóticos, a escala *Beck Cognitive Insight Scale* (BCIS), que avalia a crítica para a doença e a *Personal and Social Performance Scale* (PSP) que avalia o desempenho pessoal e social. Em relação aos instrumentos de avaliação, estes foram elaborados no âmbito da investigação de doutoramento, não participei da sua construção ou tradução, fiz apenas a sua aplicação.

No projeto de estágio, havia sido programada a aplicação das escalas PSYRATS e BCIS diretamente pela enfermeira doutoranda, com a minha colaboração. No entanto, por questões de logística temporal, tal não foi possível e foram executadas por mim e pelo enfermeiro orientador do estágio.

As sessões foram implementadas num gabinete isolado do resto do serviço, onde foi possível proporcionar um ambiente tranquilo, estivemos “sem pressa”, em ambiente amigável e humorado, com partilha e interação social. O gabinete tinha uma mesa grande, cadeiras suficientes e um computador que, pelo tamanho do grupo, permitia a projeção de *slides* no seu ecrã, não necessitando por isso a utilização do projetor. Foi utilizado o método expositivo - participativo. Realizaram-se 8 sessões com apresentação do módulo em *powerpoint*, com a introdução do domínio a abordar. Na primeira sessão, foi feita a introdução ao programa do treino

metacognitivo com a explicação do significado do termo metacognição, quais os objetivos de aprendizagem e a sua relação com a vida diária. No início de todas as sessões foi gerada uma breve discussão acerca do módulo precedente e conversámos sobre o trabalho individual da última sessão.

No final de cada sessão, foram distribuídas brochuras com o trabalho individual e foi feita a avaliação através de um questionário de satisfação e das intervenções livres dos participantes. Em nenhuma das sessões foi necessário ultrapassar os 60 minutos preconizados pelo programa.

A avaliação do programa foi planeada para ser feita no final de cada sessão, no final do programa e três meses após o seu término. Nesta altura repetir-se-ia tanto a implementação do questionário como das escalas. A avaliação no final de cada sessão e no final do programa foi efetivada como planeado. A avaliação dos três meses após o programa devia ter acontecido na terceira semana do mês de fevereiro de 2020, altura em que o país se viu envolvido pela infeção SARS CoV2. Não foi feita, dois dos participantes encontravam-se internados no mesmo centro hospitalar, numa unidade de transição/reabilitação, não tive autorização para com eles contactar. A terceira participante havia tido alta para o domicílio, também não tive oportunidade de dar continuidade à avaliação, em comum acordo entre nós as duas e o seu filho.

Em concordância com a enfermeira doutoranda, planeamos a avaliação para os seis meses decorridos do programa, maio de 2020. Tal não foi possível, pois nesta altura encontrávamos em período de pandemia da Covid19. Demos assim por terminada a colheita de dados para os nossos "estudos". Os dados recolhidos até então não foram utilizados no doutoramento da enfermeira, por estarem por completar.

No início do estágio, foi feita a apresentação do projeto à equipa multiprofissional do serviço, com o objetivo de o dar a conhecer, promovendo a participação da equipa no mesmo. Ao longo do estágio, foram realizadas orientações tutoriais com o enfermeiro e professor orientadores, o que permitiu a

perceção da evolução do meu trabalho. Na consulta dos processos informáticos individuais de cada participante e nas conversas informais com os enfermeiros do serviço, obtive informações que também ajudaram a perceber se os cuidados e a atuação enquanto aluna caminhavam ao encontro dos objetivos.

Aliado ao desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica, foi elaborado um estudo de caso (Apêndice 2), fazendo apreciação clínica em saúde mental e perspetivando cuidados em parceria, centrados na pessoa e baseado nas forças. Deste estudo de caso podemos destacar que, lenta, mas progressivamente, notaram-se alterações no processo de pensamento e no comportamento da pessoa que teve o acompanhamento. Em relação à perturbação do processo de pensamento (manifestado por delírios de grandeza), com o desenrolar da intervenção percebeu-se melhoria na capacidade de reconhecer um delírio assim como na manifestação de pensamentos, sem conteúdo delirante. Pode-se também vivenciar, de forma gradual espontaneidade do contacto visual e a mobilização mais expressiva dos afetos.

2.2. Unidade de Cuidados na Comunidade

O segundo período de estágio foi cumprido numa Unidade de Cuidados na Comunidade do distrito de Lisboa, compreendeu o período de 18 de novembro de 2019 a 7 de fevereiro de 2020.

A intervenção implementada foi inserida no Programa Nacional de Saúde Escolar (2015), no eixo estratégico da saúde mental: Álcool - intervenção pela prevenção. Esta intervenção durante o ano letivo de 2019/2020 deu continuidade ao programa iniciado no ano letivo anterior, foi abrangida pelas estratégias de intervenção para o quinquénio 2015-2020. Foi aplicada numa escola básica de segundo e terceiro ciclos, de um agrupamento de escolas do concelho.

A necessidade de enfermagem de saúde mental foi identificada e expressa pela enfermeira orientadora do estágio no que diz respeito às atividades desenvolvidas na unidade de cuidados na comunidade, dando continuidade ao

projeto que no ano letivo transato foi iniciado, tabagismo, intervenção na prevenção. Assim, foi projetada e implementada uma intervenção em saúde mental em contexto escolar, consignado à temática da prevenção de comportamentos de risco do adolescente em relação ao consumo de álcool.

No Programa Nacional para a Saúde Mental, uma das metas definidas para 2020 é a realização de "mais 30% de ações de promoção de saúde mental e de prevenção das doenças mentais" (PNSM, 2017).

Olhando à participação na capacitação por parte do adolescente foi planeada uma intervenção psicoeducativa dirigida aos alunos, perspetivando a abordagem à metacognição enquanto contributo para o desenvolvimento da capacidade de pensar sobre o próprio pensamento, envolver a habilidade de monitorizar a própria compreensão. O aluno tem uma atitude consciente do seu processo de aprendizagem, através da reflexão acerca da maneira como aprende, repensa sobre os processos de pensamento individual. Desenvolver a metacognição melhora a aplicação de conhecimentos, habilidades e qualidades, para além do contexto imediato em que foram aprendidos.

No domínio da capacitação da comunidade educativa para a adesão a estilos de vida saudáveis são desenvolvidas atividades para a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (DGS, 2015). Alusivos ao ano de 2015, estudos epidemiológicos acerca da população portuguesa, revelam a idade de início do consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool e *cannabis*) entre os 12 e os 14 anos. O álcool, consumido em bebidas alcoólicas ou alcoolizadas, é a substância psicoativa mais consumida pelos jovens em Portugal. Nestes estudos são referidas as prevalências de consumo ao longo da vida de uma qualquer bebida alcoólica, 31% aos 13 anos e 91% aos 18 anos. As prevalências no consumo recente de uma qualquer bebida alcoólica variam entre 20% aos 13 anos e 86% aos 18 anos. No que se refere ao consumo atual de uma qualquer bebida alcoólica, o predomínio varia entre 9% aos 13 anos e 67% aos 18 anos (ESPAD, 2016, SICAD, 2018 e SICAD, 2019).

Pelo exposto, foi empreendida a intervenção psicoeducativa intitulada de “Álcool, intervenção pela prevenção”, focada na questão da prevenção de comportamentos de risco do adolescente em relação ao consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente o álcool. Delineei, como **objetivo geral do estágio**, a **promoção de comportamentos saudáveis em meio escolar**, e como **objetivos específicos**, 1: aumentar os conhecimentos do adolescente acerca do álcool e do seu consumo, 2: consciencializar para os riscos associados ao consumo do álcool na adolescência, 3: capacitar para o processo de tomada de decisão e 4: incentivar e colaborar na criação de uma página no *site* do agrupamento de escolas.

Aquando da elaboração do projeto de estágio foi definida como população alvo, os alunos inscritos nas turmas do 8º ano. No entanto, com o intuito de dar continuidade à intervenção na prevenção de comportamentos de risco do adolescente em relação ao consumo de substâncias psicoativas, iniciada pela enfermeira orientadora nesta escola, no ano letivo transato, fez sentido modificar a população alvo, alargando-a a todas turmas que iniciaram o projeto no ano letivo de 2018/2019, quatro turmas de 8º ano, uma de 9º ano e uma turma do curso profissional do 2ª ciclo.

Como critérios de inclusão, pertencer a uma turma inscrita no projeto E-STOP´S. O tamanho do grupo variou entre 25 e 30 elementos, que corresponde ao total de alunos da turma.

As sessões decorreram nas salas de aula onde originalmente existia equipamento que permite a projeção de *slides*, projetor e computador.

Foi utilizada uma metodologia de ação/reflexão. “A reflexão é um momento especial de integração e partilha de todo um conjunto de informações produzidas durante a atividade nos diversos domínios da comunicação, relação e estratégias.” (DGS, 2016).

O cronograma (Apêndice 3) para a concretização das sessões foi acordado em reunião da enfermeira orientadora do estágio com o conselho diretivo do agrupamento de escolas, atendendo à calendarização das atividades do programa

letivo/educativo. Na implementação da intervenção psicoeducativa, foram realizadas 3 sessões em cada turma (Apêndice 4).

Em relação ao protocolo de colheita de dados, na semana que antecedeu a primeira sessão, foi implementado um questionário que visa a avaliação dos conhecimentos dos alunos acerca do álcool e do seu consumo. Foi aplicado o “Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool” (Barroso, Mendes e Barbosa, 2009), (Anexo 4). Foi pedida autorização aos autores para a utilização do referido questionário.

Nas primeira e segunda sessões foram implementadas dinâmicas lúdico-pedagógicas adequadas à média da faixa etária, aplicando treino de situações que permitam lidar com episódios de eventual consumo/vida livre de consumo.

Na primeira sessão foi feita a introdução à temática e a abordagem dos objetivos de aprendizagem. Com recurso a um jogo de dramatização como mediador expressivo, fazendo uso de *Role Playing* e *Role Creating*, (com a escrita individual de uma história sobre uma festa que envolve álcool e que afinal já não vai acontecer), foram explorados o reconhecimento do EU e do Outro, num clima descontraído e de confiança, de modo a estimular a interação entre os participantes e o conhecimento mútuo. Foi criado um espaço seguro e protegido, que fomentou a interação social, a expressão de sentimentos e a exploração de forma mais espontânea do imaginário de cada participante sobre do álcool. No final da sessão, em momento interativo, originou-se uma discussão com reflexão em grupo sobre a atividade.

A segunda sessão iniciou com a introdução da temática e a abordagem dos objetivos de aprendizagem e discutiu-se acerca dos pontos tratados na sessão anterior. À semelhança da primeira sessão, com recurso a um jogo de dramatização como mediador expressivo, fazendo uso de *Role Playing* e *Role Creating*, (representação de uma pequena história que teve por base a suposta festa, da sessão anterior, com álcool e música), foram explorados o reconhecimento do EU e do Outro, promovendo a compreensão das atitudes de cada um face ao álcool, foi fomentada a expressão emocional. Foram exploradas as expectativas individuais e

do grupo em relação aos objetivos da sessão e deste modo foi aprofundado o conhecimento mútuo dos participantes. No final da sessão houve espaço de reflexão e partilha sobre os momentos da atividade.

Na fase inicial da última sessão foram abordados alguns pontos tratados nas sessões anteriores. Foi partilhada informação baseada na evidência científica sobre o álcool e os efeitos do seu consumo pelos jovens, com suporte informático usando apresentação de slides em *powerpoint*. Foi promovida a reflexão e a literacia acerca do álcool. Exploraram-se as expectativas individuais e do grupo em relação aos objetivos da sessão. Despertou-se assim a tomada de decisão responsável. Terminámos a atividade com intervenções livres dos alunos e com uma discussão reflexiva. Foi aplicado um questionário de satisfação acerca da intervenção psicoeducativa (Apêndice 5).

Na intervenção psicoeducativa foram predominantemente explorados indicadores de Forças de Gottlieb, as “Habilidades de Participação no Jogo” e as “Habilidades de Interação Social” (Gottlieb, 2016). Nas “Habilidades de Participação no Jogo” perceberam-se o uso de atividades conforme as necessidades de alegria, entretenimento e desenvolvimento por parte do aluno através do grau de participação, do desempenho de papéis, do uso da imaginação durante o jogo, da expressão de emoções e do uso de habilidades sociais. As “Habilidades de Interação Social” são o uso que a pessoa faz de comportamentos eficazes de interação, através da revelação, da recetividade, da cooperação, da estabilidade e da positividade.

A avaliação da intervenção psicoeducativa do estágio foi feita com recurso à avaliação do questionário de satisfação (feito no final da terceira sessão) e à avaliação do “Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool”, implementado antes e uma semana após a intervenção. A avaliação dos conhecimentos após a intervenção aconteceu no final do ano letivo, altura em que o estágio já tinha terminado, pelo que foi a enfermeira orientadora que cumpriu esta última etapa, contando para tal com a minha colaboração.

Como enquadramento metodológico, podemos entender esta abordagem como um estudo quantitativo com uma abordagem longitudinal, antes e após a intervenção. Foi feita a análise estatística dos dados dos questionários com recurso à ferramenta informática "*Google Forms*".

Da análise do inquérito de satisfação do programa "Álcool, intervenção pela prevenção", implementado nas 6 turmas, percebemos que cerca de 55% dos alunos classificou globalmente o programa como "Bom", 35% como "Muito Bom" e 9% como "Suficiente". A pergunta que teve maior percentagem de classificação "Muito fraco" foi a referente à duração do programa, sendo que cerca de 7% dos alunos responderam negativamente (Apêndice 6).

O "Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool" é um instrumento de autopreenchimento composto por 40 itens com alternativa de resposta dicotómica, falso ou verdadeiro, e avalia os conhecimentos uteis acerca do álcool. Nas opções de respostas existem 21 afirmações verdadeiras (1,2,3,7,8,10,12,13,17,19,21,25,26, 27,30,33,35,37,38,39 e 40) e 19 falsas (4,5,6,9,11,14,15,16,18,20,22,23,24,28,29,31,32, 34 e 36).

Atendendo aos resultados da análise estatística dos dados deste questionário (Apêndice 7), pode se constatar que no final da intervenção psicoativa 20% dos alunos não mostraram melhoria no nível de conhecimento acerca do tema. Destes dados também se retira que 32,5% dos alunos mostraram ligeira regressão no nível de conhecimentos acerca do álcool e 47,5% aumentaram o seu nível de conhecimentos.

Apesar do tratamento estatístico não ter revelado alterações estatisticamente expressivas, é possível perceber que com a intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, através da realização desta intervenção, foi atingido o objetivo da promoção da melhoria dos conhecimentos do adolescente acerca do álcool e do seu consumo, consciencializando para os seus riscos e capacitando o seu processo de tomada de decisão.

No início do estágio o projeto da intervenção foi apresentado à equipa multiprofissional da unidade com o objetivo de o dar a conhecer, promovendo a participação da equipa no mesmo. Ao longo do estágio foram feitas orientações tutoriais com a enfermeira e professor orientadores, para adequação em relação à evolução e para obtenção de ajuda no esclarecimento de questões e dúvidas que foram surgindo. Foi produzido um jornal de aprendizagem com reflexões escritas tendo como base o modelo reflexivo de Gibbs, com vista ao autoconhecimento, à análise das práticas bem como de situações geradoras de *stress* e ao trabalho realizado (Apêndice 7).

No projeto de estágio havia planeado, antes do estágio, fazer uma revisão *scoping* da literatura acerca do processo de tomada de decisão, de modo a complementar a fundamentação teórica. No entanto a *Scoping Review* foi elaborada depois de terminado o estágio.

Assim, com vista aos objetivos da intervenção psicoeducativa “Álcool, intervenção pela prevenção”, promoção de comportamentos saudáveis em meio escolar (geral) e aumentar os conhecimentos do adolescente acerca do álcool e do seu consumo, consciencializar para os riscos associados ao consumo do álcool na adolescência e capacitar para o processo de tomada de decisão (específicos) foi elaborada uma *scoping review* (Apêndice 8), com base na estrutura proposta pelo *Joanna Briggs Institute*.

2.3. Considerações Éticas

Na prática da profissão de enfermagem é fundamental atender ao direito da pessoa, centro das ações de enfermagem (Silva, Fletcher & Sorrell, 2011), o exercício da profissão enquadra princípios éticos e deontológicos que devem ser considerados em todos os aspetos da prática profissional (Nunes, 2008).

O princípio geral da defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana, é garantido pelo consentimento informado do Código Deontológico do Enfermeiro,

onde vemos que o enfermeiro tem o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa. Também no Código Deontológico do Enfermeiro é enaltecida a necessidade de se garantir o anonimato da pessoa em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados. “O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do cliente, que é o titular do interesse juridicamente protegido” (Nunes, 2008).

Na obediência dos princípios éticos e morais aceites pela comunidade científica, conforme mostrados por Fortin (1999), e reconhecendo a sua importância nas intervenções de enfermagem, foram considerados os direitos fundamentais da pessoa, como sendo: o direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo.

No estágio em unidade de internamento, a autorização para a implementação do programa “Treino Metacognitivo para a Psicose” foi pedida pela enfermeira doutoranda à Comissão de Ética para a Saúde e ao Conselho de Administração do centro hospitalar. No primeiro dia da implementação do programa procedeu-se à obtenção do consentimento informado, devidamente esclarecido, por escrito e assinado, junto de todos os participantes.

No que diz respeito ao estágio na comunidade, não foi necessário pedir autorização específica (à comissão de ética nem à direção do agrupamento de escolas) para a implementação da intervenção pelo facto de esta fazer parte do programa nacional de saúde escolar. A autorização estava já concedida desde o início da implementação do programa, 2015. Importa também referir que a intervenção aconteceu em parceria com enfermeira da unidade de cuidados na comunidade, orientadora do meu estágio, que pela razão acima referida está autorizada a intervir. O pedido de autorização de participação no programa, por parte dos encarregados de educação dos alunos, está feito igualmente desde o início do programa. Pelo facto de não haver identificação dos participantes nesta intervenção não está preconizado nenhum pedido acrescido.

Foi feito o pedido para obtenção de autorização para utilização do “Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool” (Barroso, Mendes e Barbosa, 2009) junto dos autores.

3. EVIDÊNCIA SOBRE FATORES QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO DOS ADOLESCENTES

Para a elaboração desta *scoping review*, foi definida a questão de investigação, “Quais são os fatores que influenciam os adolescentes na tomada de decisão em relação ao consumo de álcool?”. Após a formulação da questão de partida, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica com o intuito de reunir os conhecimentos necessários para definir o quadro conceitual, essencial para a compreensão do fenómeno em estudo, bem como para a determinação das palavras-chave para a procura de artigos nas diferentes bases de dados. Procedeu-se à pesquisa de artigos primários e secundários, publicados nas bases de dados PubMed e na plataforma EBSCOhost: CINAHL Complete e MEDLINE Complete, e também na OpenGrey. Foi feita a seleção dos artigos elegíveis para este estudo. Por último realizou-se a extração dos dados dos artigos selecionados.

Assim foram identificados 979, dos quais 4 se encontravam duplicados, tendo restado 975 artigos. Posteriormente procedeu-se à leitura do título e do *abstract* dos 975 artigos (*screening*), tendo sido excluídos 911 artigos pelo facto de não corresponderem aos critérios de inclusão e ao objetivo. Após o *screening* foi lido o texto integral dos 64 artigos restantes (*eligibility*), tendo sido excluídos 58 artigos. O resultado final saldou-se em 6 artigos eleitos para esta *scoping review*. Para se efetuar a colheita de dados utilizou-se a ferramenta “*Data extraction instrument*”, tendo em conta os níveis de evidência apresentados pelo *Joanna Briggs Institute*.

Dos conceitos e interpretações retirados dos artigos analisados, importa referir que, Loose e Acier (2017) realizaram um inquérito por questionário com o objetivo de validar psicometricamente quais os cinco fatores que influenciam o consumo de álcool entre os jovens franceses, explorando as diferenças nos endossos médios dos motivos ao longo da idade e sexo e as suas associações com os seus hábitos de consumo de álcool. Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que os estudantes do ensino médio se sentem mais motivados

para beber para estarem em conformidade com os colegas, do que os estudantes universitários. Além disso, os homens bebem mais por motivos sociais do que as mulheres, e também para se destacarem. Assim, os resultados deste estudo, no que se refere ao que motiva os jovens a consumirem álcool, pode ser utilizado para prevenir o uso problemático de álcool pelos adolescentes.

D'Amico et al (2018), realizaram um teste controlado e aleatório com a finalidade de avaliar o uso de álcool e de outras drogas por adolescentes no ambiente de atenção primária, tendo concluído que uma breve entrevista motivacional, entregue por via informática, reduziu as consequências negativas do uso de álcool um ano depois do início da intervenção. Os resultados enfatizam que os adolescentes podem beneficiar de intervenções com acesso informático que abordem de forma breve e eficaz o uso de álcool e marijuana.

Norman et al (2018) conduziram um teste controlado e aleatório para testar se a combinação de mensagens que visam as crenças chave da teoria do comportamento planeado (TPB), que fundamentam o consumo excessivo de álcool, uma manipulação de autoafirmação para reduzir o processamento defensivo e intenções de implementação (planos para evitar consumo excessivo de álcool) conseguem reduzir o consumo de álcool nos primeiros 6 meses na universidade. Os participantes desse teste que receberam as mensagens TPB tiveram cognições significativamente menos favoráveis sobre o consumo excessivo de álcool, consumiram menos unidades de álcool, envolveram-se em situações de consumo excessivo de álcool com menos frequência e tiveram padrões menos prejudiciais de consumo de álcool durante os primeiros 6 meses na universidade. Os autores deste estudo concluíram que o uso de intervenções baseadas em TPB ajuda a reduzir o consumo de álcool dos alunos. Uma breve intervenção online entregue aos alunos antes de eles entrarem na universidade pode reduzir o consumo de álcool. A teoria do comportamento planeado pode ser usada para informar o desenho de intervenções para mudar o comportamento de saúde.

Meerker e van Straaten (2019) efetuaram uma pesquisa longitudinal em 3 fases, com 12 e 24 meses de intervalo, com o objetivo de estudar a relação entre a exposição à propaganda de álcool e o início do consumo de álcool entre alunos do ensino médio, e identificar subgrupos de alunos que podem ser mais vulneráveis à influência do marketing do álcool do que outros. Este estudo confirma estudos longitudinais anteriores que demonstraram que existe uma associação entre a exposição ao marketing de álcool e o início do consumo excessivo de álcool entre adolescentes. Os alunos dos níveis de escolaridade mais baixos podem, portanto, ser o grupo alvo mais apropriado para os esforços de prevenção seletiva e devem ser levados em consideração ao formular políticas para reduzir e prevenir o consumo de álcool por menores.

Linkenbach et al (2021) implementaram um projeto de intervenção ao longo de 5 anos, com o objetivo de avaliar o impacto da abordagem das Normas Comunitárias Positivas (PCN) em corrigir percepções equivocadas das normas de uso de álcool por pares e reduzir a prevalência do uso mensal de álcool, entre uma amostra de estudantes do ensino do 8º ao 12º ano. Os resultados obtidos mostraram que existe evidência para a utilização da abordagem PCN para corrigir efetivamente as percepções errôneas das normas e integrar estratégias para reduzir e prevenir o uso de álcool por adolescentes em níveis populacionais da comunidade.

Assim, a *scoping review* realizada permite concluir que o que motiva os jovens a consumirem álcool pode ser utilizado para prevenir o uso problemático de álcool pelos adolescentes, pode haver benefício em intervenções com acesso informático que abordem o consumo de álcool. Os alunos dos níveis de escolaridade entre o 8º e o 12º podem ser o grupo-alvo adequado para os esforços na prevenção e necessitam ser considerados quando se desenvolvem políticas para reduzir e prevenir o consumo de álcool por menores.

Deste modo e apesar da revisão da literatura ter sido feita após a implementação da intervenção psicoeducativa “Álcool, intervenção pela prevenção”,

os níveis de evidência científica apresentados reforçaram os encontrados na pesquisa bibliográfica realizada aquando do planeamento da intervenção.

4. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE EESMP E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Com o intuito de adquirir e desenvolver as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, previstas pela OE e já utilizadas na escrita deste relatório, foi concebido um projeto de estágio, um documento orientador no qual foram incluídos os objetivos e as atividades a desenvolver ao longo do estágio. O projeto de estágio foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto, atendendo a que um projeto é um esforço provisório e exclusivo, empreendido para produzir um bem, serviço ou resultado, envolvendo uma visão antecipadora do real, que objetiva uma resposta a uma questão inicial. Não sendo uma antecipação inocente, está repleta de motivações, interesses e desejos de realização, “o que coloca a pessoa como principal ator daquilo que pessoalmente antevê concretizar. Um projeto consiste numa ação de projeção, partindo de um desejo, algo muito pessoal, que se passa para o exterior, possibilitando através da ação a sua materialização” (PIRES, 1995).

A realização do projeto de estágio e sua efetivação nos contextos da prática, um percurso com caráter prolongado e faseado, permitiu vivências e consecutiva reflexão acerca das competências específicas do EEESMP.

O Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), preconiza como 1ª competência - **detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.** - Esta primeira competência é promovida pela autorreflexão das experiências vividas nos contextos de estágio. No meu caso importavam, pelo modo como me emocionavam, os sentimentos que afloravam e a influência no meu comportamento, nomeadamente na tomada de decisão. As reflexões aconteceram maioritariamente em momentos espontâneos quase constantes, individuais, mas também surgiram nos momentos de partilha das temáticas profissionais com os diferentes elementos

das equipas com que me cruzei durante o estágio. As passagens de turno e as reuniões multidisciplinares foram momentos reflexivos, voluntários e intencionais. As orientações tutoriais com o professor e os enfermeiros orientadores foram espaços de reflexão onde principalmente com comunicação verbal foram ponderados momentos vividos na prática. Engrandeci a já existente noção da importância do significado da comunicação não verbal. A reflexão também aconteceu em modo papel. O jornal de aprendizagem, desenvolvido segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs, foi uma forma de reflexão e tomada de consciência sistematizada, ordenada e clarificada elaborada em linguagem escrita.

“A utilização de enquadramentos para a reflexão usados de modo sistemático e continuado nos ensinamentos clínicos (...) têm expressão positiva no processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional” (SANTOS, 2009). A autora defende o valor da atitude reflexiva durante a construção do conhecimento, sendo um processo identitário “no domínio da complexidade enquanto construção de si” (Santos, 2009).

É relevante que o terapeuta tenha um conhecimento profundo de si, consciente dos seus sentimentos e aceitando-os, participando assim no desenvolvimento da relação terapêutica (Chalifour, 2009). A consciência emocional consentiu a percepção das minhas emoções e sentimentos, fenómenos de transferência e contratransferência provocando alteração no desempenho pessoal e profissional e na possibilidade em entender as emoções do outro. Numa progressão gradual, fui ampliando os momentos de reflexão crítica da forma como estou comigo e com o outro. Reconheço que na relação terapêutica fortaleci a capacidade de perceber situações que me provocaram sentimentos negativos e que despertaram a necessidade de dedicar energia às minhas próprias forças, perspectivando metas positivas na opção dos cuidados e na relação terapêutica.

Na relação enfermeiro - pessoa o enfermeiro necessita ter noção das suas próprias forças, fraquezas e vulnerabilidade (Gottlieb, 2016).

Apesar de reger a minha vida pessoal e profissional com uma postura

reflexiva, entendo que o percurso ao longo do estágio foi um processo de desenvolvimento progressivo no que respeita ao identificar emoções e sentimentos e que foi um contributo significativo para o meu desempenho no estágio, e em consequência para a aquisição e desenvolvimento das competências do EEESMP. Confio que uma atitude reflexiva tida como exercício contínuo no desempenho pessoal e profissional contribui de modo significativo para o seu crescimento.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), preconiza para a 2ª competência - **assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental**. - Esta competência foi desenvolvida de modo colateral, em ambos os contextos de estágio.

Em momento de relação, a comunicação apresenta um papel elementar. É necessário diferenciar as suas duas vertentes, a verbal e a não verbal. A verbal, é formada por trocas aquando do uso de palavras, que dão sentido ao que se quer exteriorizar, sejam sentimentos, emoções, informações, opiniões. O uso da palavra permite a comunicação e o gerar de relações. Na comunicação não verbal, há permuta sem palavras. Abrange o espectro das expressões corporais que conduzem e suportam a comunicação verbal e enaltecem o seu significado. A comunicação não verbal não tem um código organizado. No entanto, “esta linguagem é em si mesma, de maneira intencional, portadora de sentido” (PHANEUF, 2005).

A mesma autora defende que a entrevista é o ponto de partida para a relação terapêutica. É fundamental que o enfermeiro desenvolva a habilidade em fazer questões, ouvir/escutar e observar, concebendo a sustentação de uma relação positiva (PHANEUF, 2005).

A prática da entrevista permitiu reconhecer necessidades, capacidades e recursos para a otimização dos objetivos da relação. O enfermeiro procura identificar as forças existentes dentro e à volta da pessoa, na família e na comunidade. Destaca-se a relação de parceria entre o enfermeiro e a pessoa na definição de metas positivas e na opção por cuidados que se ajustem aos valores de cada pessoa, família e situação (Gottlieb, 2016).

No estágio da unidade de internamento de psiquiatria foi elaborado o estudo de um caso individual. Foi feita consulta ao processo clínico da pessoa alvo do estudo, possibilitando um complemento no conhecimento da mesma e foram realizadas posteriores entrevistas em diferentes circunstâncias, de forma formal e informal. Todas constituíram momentos de evolução e reflexão da relação terapêutica. Foi estabelecida uma relação que se desenvolveu por fases e que possibilitou potenciar o impacto das intervenções planeadas. Percebi que o treino das entrevistas se tornou significativo, pois constatei que era uma competência em que precisava investir. O momento de supervisão por parte do orientador de estágio nas entrevistas foi relevante para a minha segurança.

A família é uma parte importante na construção do processo terapêutico psicossocial em saúde mental. No entanto, em nenhum momento do estágio houve oportunidade de acompanhar atividades relacionadas com a família. Esta competência é explorada na minha realidade profissional.

Embora não fizesse parte dos objetivos inicialmente planeados, durante a estadia na unidade de cuidados na comunidade tive oportunidade de, sob supervisão da orientadora de estágio e com autorização de cada interveniente, participar na “consulta do adolescente”. Esta consulta dá resposta a diversas situações da vida do adolescente, que a ela recorre sem necessidade de se fazer acompanhar de um adulto.

A minha participação direta foi como observadora. Foi uma vivência muito enriquecedora, na perspetiva pessoal e profissional. Pude presenciar que a relação que o enfermeiro estabelece com o adolescente é primordial para garantir a sua motivação na procura de ajuda. A habilidade em comunicar é preponderante para o estabelecimento dessa relação empática, baseada no respeito pela individualidade, pela privacidade, na confidencialidade e na autonomia do adolescente. Tal como a motivação, o envolvimento é um aspeto relevante para a adoção de comportamentos saudáveis.

Em relação à 3ª competência diz a Ordem dos Enfermeiros (2018) que - **ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.** - Também esta competência foi desenvolvida de modo contínuo nos dois contextos de estágio.

Incluída na equipa multiprofissional, foi-me permitido participar em reuniões de grupo e na consequente avaliação global das pessoas em várias fases do seu processo terapêutico ou escolar, atentando à autonomia tanto nas intervenções em grupo como pelas dirigidas individualmente. Foi fundamental para ter uma perspetiva abrangente da realidade das duas unidades. Destaco a importância destas reuniões na minha realidade, pois, na unidade de internamento, durante as reuniões foi discutido um caso individual de uma participante do programa “Treino Metacognitivo para a Psicose”. Percebi como consequência a modificação e a adequação da intervenção direta com a interveniente. Percebi que estas reuniões multidisciplinares foram facilitadoras da aquisição e desenvolvimento da destreza na comunicação.

No que à promoção da saúde mental diz respeito penso ter sido otimizadora das intervenções planeadas aquando da sua implementação bem como de situações que surgiram para além do planeado. Exemplos são, as questões descontextualizadas na intervenção psicoeducativa na escola. Os diferentes assuntos que os alunos quiseram abordar, para além do tema do álcool, foram considerados importantes e dadas respostas com o intuito final de aumentar a autonomia, capacitar para a tomada de decisão e em consequência aumentar a literacia em saúde mental.

No que diz respeito à 4ª competência, a Ordem dos Enfermeiros (2018) preconiza - **presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar**

e recuperar a saúde. - Esta competência foi desenvolvida através da implementação do projeto de estágio.

Na unidade de internamento foi concretizada com o programa de “Treino Metacognitivo para a Psicose”, uma intervenção socio terapêutica, que engloba a consciencialização, particularmente direcionada à redução cognitiva dos preconceitos, modificando a “infraestrutura cognitiva” da ideação delirante capacitando a regulação emocional.

Na unidade de cuidados na comunidade foi empreendida a intervenção psicoeducativa intitulada “Álcool, intervenção pela prevenção”, focada na questão da prevenção de comportamentos de risco do adolescente em relação ao consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente o álcool. Dirigida aos alunos, perspetivando a abordagem à metacognição enquanto contributo para o desenvolvimento da capacidade de pensar sobre o próprio pensamento, envolve a habilidade de monitorizar a própria compreensão. O aluno tem uma atitude consciente do seu processo de tomada de decisão.

Foi feita uma *Scoping Review* com base na estrutura proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Esta revisão da literatura não atempou o planeamento das intervenções, mas consolidou a evidência científica explorada na fase do projeto de estágio.

As duas principais intervenções implementadas no estágio foram dirigidas a um grupo. Percebi que a gestão de um grupo terapêutico se envolve numa complexidade de competências. Considero que a influência dos enfermeiros orientadores do estágio foi de suprema importância para a perceção dos aspetos a melhorar na intervenção em grupo, assim como no desenvolvimento desta competência. A discussão após as intervenções permitiu perspetivar melhoria para atividades futuras.

4.1. Competência de Mestre em enfermagem

A atribuição do grau de mestre é concedida a quem possui conhecimentos e capacidade de compreensão, baseados em conhecimentos adquiridos no 1º ciclo de estudos, que pesquise e os desenvolva em contextos de investigação. Que empregue os conhecimentos, a compreensão e resolução de problemas em condições desconhecidas, em acontecimentos multidisciplinares de forma a dar resposta a situações complexas, propondo soluções, sendo a informação insuficiente. Deve possuir capacidade de reflexão sobre as consequências e deveres éticos e sociais obtidas dos seus juízos e respostas, de modo a enfrentar situações de elevada complexidade. O mestre deve ser detentor de capacidades em transmitir conclusões e simultaneamente demonstrar competências que possibilitem aprendizagens de forma autónoma e auto-orientada ao longo da vida (Diário da República, 2016).

O grau de mestre é certificado numa especialidade, o ciclo de estudos, que integra “Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados”. Integra ainda a referência à “elaboração da dissertação ou do trabalho de projeto e a realização do estágio são orientadas por doutor ou por especialista de mérito reconhecido” (Diário da República, 2016).

Como tentei mostrar no presente relatório, considero adquiridas e mobilizadas as competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alcançado o final da escrita deste documento, é pertinente fazer um apontamento ao que nele foi relatado. A sua elaboração corporizou um processo de evolução profissional e pessoal almejando o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, conforme a Ordem dos Enfermeiros indica.

Neste relato narraram-se as vivências ao longo do estágio. Objetivando uma atitude reflexiva, foram enunciadas as intervenções desenvolvidas e de que modo participaram na aquisição e mobilização das competências necessárias à obtenção do grau de mestre na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Esta fase do percurso começou com a conceção de um projeto de estágio, depois de identificados os temas/problemáticas a investigar, nos dois contextos de estágio, subjacente ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Na implementação do projeto de estágio nas unidades de internamento e de cuidados na comunidade houve ocasião para o desenvolvimento de atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento dessas competências específicas.

A integração das aprendizagens e a aquisição das competências foi facilitada pela interação com os profissionais que mediarão todo o processo, em ambos os contextos. Antes e durante o planeamento das intervenções foi consumada pesquisa bibliográfica sobre as temáticas em dedicação. Toda a pesquisa bibliográfica realizada, associada à partilha de saberes e experiências dos elementos das equipas e a promoção da prática fundamentada e refletida, permitiu uma modificação enquanto profissional e enquanto pessoa. A referida modificação pessoal e profissional foi ao encontro de um conjunto de saberes inerentes ao perfil de competências desejado.

No final da implementação do programa de “Treino Metacognitivo para a Psicose” de Steffen Moritz, restou a dúvida da sua eficácia nas pessoas

intervenientes. Os dados recolhidos antes da “era Covid19” não foram ao encontro dos necessários para o tratamento estatístico conclusivo. No entanto, foi um desafio terminado com uma enorme satisfação. A vivência de um grupo terapêutico permitiu perceber em todos os intervenientes (enfermeira e as pessoas internadas) a tomada de consciência do meu eu individualmente e em grupo. Os participantes reviveram e reenquadraram situações passadas, de forma terapêutica. Conferiram-lhes novos significados e favoreceram a aceitação intergrupala.

O desempenho baseado nas forças é caracterizado por um foco sobre as capacidades, competências e recursos da pessoa. O enfermeiro que atenta nesta perspetiva procura identificar as forças existentes dentro e em torno da pessoa (Gottlieb, 2016).

A escola é um dos contextos mais importantes para a promoção de intervenções em crianças e jovens. A evidência científica revela que os programas exercidos nas escolas induzem uma visão mais positiva da saúde mental e podem reduzir fatores de risco e problemas emocionais e comportamentais potenciadores da doença mental (OMS, 2001).

Com a experiência da aplicação da intervenção psicoeducativa em turmas com idade compreendida entre os 13 e os 20 anos, atrevo-me a concluir que a contribuição para a promoção da saúde mental dos adolescentes em contexto escolar é absolutamente importante. Capacitar o adolescente para a tomada de decisão consciente é um dos principais fatores protetores da saúde mental.

Como nota final, esta fase de formação académica revelou-se um desafio, com inúmeros obstáculos que foram sendo ultrapassados. No entanto, com a redação deste relatório, fazendo um percurso reflexivo, sinto e percebo uma relevante alteração na prática profissional. Atento uma maior consciência sobre mim própria, quer enquanto pessoa quer como enfermeira.

Em contínuo concebo a necessidade do desenvolvimento do processo de autoconhecimento, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem Perspectivas de Desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13 (1). Disponível em: <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009.pdf>.
- American Psychological Association (2012). Manual de publicação da APA (6ª edição). Porto Alegre, Brasil: Penso Editora.
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andretta, I., Silva, J., Susin, N. & Freire, S. (2010). Metacognição e aprendizagem, como se relacionam? *Psico*, vol.41, nº1, pg. 7 - 13, Porto Alegre.
- Araújo, E., Blankb, N. & Ramos, J. (2009). Comportamentos de risco à saúde de adolescentes do ensino médio. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 22(3), 164-171. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40812007006>.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). As mil faces da adolescência. Lisboa: Climepsi.
- Cabral, L. (2004). Alcoolismo juvenil. *Revista Millenium*. 30. 172-188. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/557>.
- Chalifour, J. (2009). A intervenção terapêutica - Estratégias de intervenção. Loures. Lusodidata.
- Código Deontológico do Enfermeiro, aprovado pelo Decreto-Lei nº. 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.
- Coimbra de Matos, A. (2002). Adolescência. Lisboa: Climepsi.
- D'Amico, E. J., Parast, L., Shadel, W. G., Meredith, L. S., Seelam, R., & Stein, B. D. (2018). Brief motivational interviewing intervention to reduce alcohol and marijuana use for at-risk adolescents in primary care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(9), 775–786. <https://doi.org/10.1037/ccp0000332>.

- Davis, C., Nunes, M. & Nunes, C. (2005). Metacognição e sucesso escolar, articulando teoria e prática. *Cadernos de Pesquisa*. Vol.35, nº 125, pg. 205 - 230.
- DGS (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>.
- DGS, (2015), Programa Nacional de Saúde Escolar. Norma 015/2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saudeescolar/programa-nacional-saude-escolar.pt>.
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, nº176 Série I. Diário da República nº 176/2016, Série I. Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/63/2016/09/13/p/dre/pt/html>.
- ESPAD Group (2016). *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: EMCDDA.
- Favrod, J. e Maire, A. (2012). Recuperar da esquizofrenia. Guia prático para profissionais. Loures: Lusociência.
- Favrod J, et al (2014). *Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: A randomized- controlled study*. *European Psychiatry* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.08.003>.
- Feijão, F. (2015). Estudo sobre o consumo de álcool, Tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências (ECATD-CAD). Síntese dos resultados: A situação em 2015, Análise Comparativa 2003/2007/2011/2015, Resultados Preliminares. Apresentação online não publicada: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Flavell, J. H. (1979). *Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry*. *American Psychologist*, 34, 906 – 911.
- Figueira, A. (2003). Metacognição e seus contornos. *Revista Iberoamericana De Educación*, 33 (1), 1-20. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.35362/rie3312947>
- Flay, B. & Petraitis, J. (2006). *Bridging the gap between substance use prevention – theory and practice*. In Sloboda, Z., Bukoski, W. (Eds.), *Handbook of Drug*

- Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. (pp. 289-301). New York: Springer.
- Fortin, M. (1999). O Processo de Investigação. Da concepção à realidade. Loures: Lusociência.
- Freeman, D. (2007). *Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. Clinical Psychology Review, 27*.
- Garety, P., & Freeman, D. (2013). *The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. British Journal of Psychiatry, 203*.
- Gottlieb, L. (2016). O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças. Loures: Lusodidata.
- Jou, G. & Sperb, T. (2006). A metacognição como estratégia reguladora da aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 19* (2), pg. 177 - 185.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (2003). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica (7ª ed.)*. Portoalegre: Artmed.
- Klosterkötter J. (1992). *The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome. Japanese Journal of Psychiatry and Neurology, 46*, 609-630.
- Lambert, M. et al (2019). *Innovative care models for people with schizophrenia. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 62*(2), 163–172. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2868-y>.
- Linkenbach, J. W., Bengtson, P. L., Brandon, J. M., Fredrickson, A. J., Kilmer, J. R., Lubbers, D. T., Ooms, J. D., Roche, V. S., & Thompson, S. J. (2021). Reduction of Youth Monthly Alcohol Use Using the Positive Community Norms Approach. *Child & Adolescent Social Work Journal, 38*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00666-4>.
- Loose, T., & Acier, D. (2017). Drinking motives and alcohol consumption behaviors among young French people. *Addictive behaviors, 72*, 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.04.009>.
- Loureiro, L., Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013). Mental

- health literacy about depression: A survey about Portuguese youth. *Bio Med Central Psychiatry*, 13(129), 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-129>.
- Meerkerk, G. J., & van Straaten, B. (2019). Alcohol Marketing and Underage Drinking: Which Subgroups Are Most Susceptible to Alcohol Advertisements? *Substance use & misuse*, 54(5), 737-746. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1536719>.
- Ministério da Educação, Direção Geral da Educação. Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, (2017). Referencial de Educação para a Saúde. ISBN 978-972-742-414-6.
- Moritz, S., & Woodward, T. (2007). *Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention*. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 619-625.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., & Woodward, T. (2010). *Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia*. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 561-569.
- Murteiro, A. (2012). Consumo de álcool nos adolescentes - Capacitação de um grupo de promotores de saúde. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dissertação para obtenção do grau de Mestre. Lisboa. Disponível no Repositório Comum da ESEL: <http://hdl.handle.net/10400.26/15818>.
- Norman, P., Cameron, D., Epton, T., Webb, T. L., Harris, P. R., Millings, A., & Sheeran, P. (2018). A randomized controlled trial of a brief online intervention to reduce alcohol consumption in new university students: Combining self-affirmation, theory of planned behaviour messages, and implementation intentions. *British journal of health psychology*, 23(1), 108-127. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12277>.
- Nunes, L. (2008). Responsabilidade Profissional. VIII Seminário de Ética. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº29, maio 2008.
- Oosterhout V., Smit F., Krabbendam L., Castelein S., Staring A. & Gaag M. (2016). Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis

on outcome studies. *Psychological Medicine* (2016), 46, 47–57. © Cambridge University Press. doi:10.1017/S0033291715001105

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Diário da República, 1.ª série - N.º 181*, pg. 8059 - 8105.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República, 2.ª série - N.º 151*, pg.21427 - 21430.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série - N.º 26*, pg. 4744 - 4750.

OMS (2001). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf.

Paiva, P., Paiva, H., Lamounier, J., Ferreira, E., César, C. & Zarzar, P. (2015). Consumo de álcool em binge por adolescentes escolares de 12 anos de idade e sua associação com sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(11), 3427-3435. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413812320152011.18792014>.

Palacios, J. (1995). *Que es la adolescencia? Desarrollo psicológico y educación*. Madrid: Alianza Editorial.

Peres, F. & Rosenburg, C. (1998). Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*. 7(1), 53-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n1/04.pdf>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Pinho L., Sequeira C., Sampaio F., Rocha N., Ozaslan Z. e Ferre-Grau C. (2020). *Assessing the efficacy and feasibility of providing metacognitive training for patients with schizophrenia by mental health nurses: A randomized controlled trial.* *J Adv Nurs.* 2020;00:1– 14. <https://doi.org/10.1111/jan.14627>.
- PIRES, A. (1995) – A pedagogia do projecto. *Formar*, nº16. Lisboa.
- Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (2015). Norma DGS 015/2015 de 12/08/2015. Lisboa: DGS.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) (2017). Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em:
http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Resende, A. (2009). Esquizofrenia e avaliação psicológica. Tese de Doutoramento em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Ribeiro, C. (2003). Metacognição, um apoio ao processo de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), pg. 109 - 116.
- Rocha, N., Queirós, S., Rocha, S. & Pereira, S., (2017). Treino Metacognitivo para Psicose, manual versão 6.3 portuguesa. DOI: 10.13140/RG.2.2.19289.57447.
- Rodrigues, N. (2012) *Contratos de Aprendizagem em Enfermagem*. Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Rosa, A. (2018). *Intervenções de Enfermagem Baseadas na Promoção das Forças Pessoais de Crianças com Perturbação do Comportamento Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre. Lisboa. Disponível no Repositório Comum da ESEL: <http://hdl.handle.net/10400.26/28395>.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), pg.1 - 37.
- SANTOS, E. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.

- Santos, M. (2015). Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes Identificar, Avaliar e Intervir. Disponível em:http://www.silabo.pt/Conteudos/7943_PDF.pdf.
- SICAD (2019). Sinopse Estatística 2017 -Álcool. www.sicad.pt/PT/estatisticainvestigação/Pagina/default.aspx.
- Silva, M. (2014), Esquizofrenia, Psicologado, (9ªed.), disponível em: <http://psicologado.com.br/psicopatologia/transtornos-psiquicos/esquizofrenia>
- Silva, M., Fletcher, J., & Sorrell, J. (2011). Aplicação da Ética na Comunidade. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ªed.). Loures: Lusodidacta.
- Sloboda, Z. (2014). *Forging a Relationship between Drug Abuse Epidemiology and Drug Abuse Prevention. In Sloboda, Z., Bukoski, W. (Eds.), Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice. (pp. 45-74). New York: Springer.*
- Tavares, A. (2018). Prevenção do consumo de substâncias nos adolescentes. A intervenção em contexto escolar: validação de um programa preventivo. Tese doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Tomás, C. & Gomes, J. (2014). Avaliação da Eficácia de um Programa de Desenvolvimento de Competências em Adolescentes com Vista à Promoção da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 2. fevereiro de 2015.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseados na Evidência* (6 ed.). Loures: Lusociência.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). *Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537.

World Health Organization (1977). *Health needs of adolescents: Report of a WHO expert committee. Technical Report Series 609*. Geneva: Author.

ANEXOS



XXXII Encontro das Taipas

Alienação das Emoções

PROGRAMA

3 e 4 outubro 2019

Fórum Lisboa – Av. de Roma, 14P

Anexo 2. III Seminário Internacional de Investigação em Saúde
Mental

2019 Congresso Internacional ASPESM

“Desafios em Saúde Mental”

III Seminário Internacional de
Investigação em Saúde Mental



Sociedade
Portuguesa
de Enfermagem
de Saúde Mental



ordem dos
enfermeiros
secção regional
sul

POLITÉCNICO
DE PORTALEGRE

Instituto
Politécnico
de Portalegre
Campus
Politécnico
29. 30. 31
de Outubro



www.aspesm.org
dir.aspesm@gmail.com

Anexo 3. Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool

Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool
Barroso, Mendes e Barbosa (2009)

As questões relacionadas com o álcool são do conhecimento público, para podermos ajudar-te no sentido de melhorar os teus conhecimentos queríamos saber o que hoje já sabes acerca do álcool.

Por favor lê as frases que se seguem acerca do álcool **assinalando com uma cruz (X)** no VERDADEIRO “V” se consideras que a frase é verdadeira ou colocando uma cruz (X) no FALSO “F” se consideras que a frase é falsa.

		V	F
1	O álcool das bebidas alcoólicas é “álcool etílico” como o álcool que usamos para desinfetar a pele e que se vende nas farmácias.		
2	O consumo de álcool pode causar dependência.		
3	O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool que a bebida tem.		
4	O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias.		
5	Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.		
6	O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.		
7	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um ou dois copos de bebidas sem ser bebidas destiladas, repartidas pelas principais refeições.		
8	As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.		
9	As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque o álcool ajuda a fazer a digestão.		
10	O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória.		
11	O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.		
12	O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água.		
13	Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.		
14	Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma maneira à mesma quantidade de álcool.		
15	Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool.		
16	O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerido.		
17	O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.		

Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (continuação)

		V	F
18	A idade não tem influência na capacidade do fígado “queimar” o álcool.		
19	É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.		
20	Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.		
21	As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebê.		
22	O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.		
23	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira a não se sentir tonto ou mal disposto.		
24	A cerveja é boa para “matar” a sede.		
25	O álcool das bebidas alcoólicas é “queimado” no fígado.		
26	Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.		
27	O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.		
28	O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem dispostas.		
29	Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.		
30	O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool.		
31	As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam com moderação.		
32	No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.		
33	Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade de se vir a ter problemas relacionados com o álcool ao longo da vida.		
34	As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.		
35	O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações nos reflexos.		
36	O fígado está preparado para “queimar” qualquer quantidade de álcool.		
37	Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.		
38	O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.		
39	Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas diferentes.		
40	O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, afogamentos, queimaduras, quedas e outros acidentes.		

Apêndice 1. Relação das competências específicas do EEESMP
com os objetivos específicos e as intervenções e atividades a
desenvolver

Relação da competência F1 do EEESMP com os objetivos específicos e as intervenções e atividades a desenvolver

<p>Competência F1: Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.</p>			
<p>Nos dois contextos de estágio: Unidade de internamento e Unidade de Cuidados na Comunidade.</p>			
<p>Data de início: 23 de setembro de 2019</p>		<p>Duração da tarefa: 18 semanas</p>	
Unidade de competência	Objetivos específicos	Metodologia e modo de concretização	Resultados esperados
<p>F1.1 Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas</p>	<p>Identificar sentimentos, emoções, valores, crenças, que possam interferir com a relação terapêutica; Gerir limites da relação profissional; Gerir fenómenos de transferência e contra transferência</p>	<p>Mobilizar conhecimentos a nível relacional que permitam aprofundamento do autoconhecimento; Reflexão crítica das intervenções de enfermagem; Partilha das reflexões com os orientadores; Supervisão por parte dos enfermeiros orientadores; Pesquisa da evidência científica para suportar a prática; Registo escrito de um momento de interação.</p>	<p>Auto consciência como elemento participativo da relação terapêutica; Consciência dos limites da intervenção de enfermagem; Aumento gradual no controlo dos mecanismos de transferência e contra transferência.</p>

Relação da competência F2 do EEESMP com os objetivos específicos e as intervenções e atividades a desenvolver

Competência F2: Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.			
No contexto de estágio: Unidade de Cuidados na Comunidade.			
Data de início: 18 de novembro de 2019		Duração da tarefa: 10 semanas	
Unidade de competência	Objetivos específicos	Metodologia e modo de concretização	Resultados esperados
F2.1 Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.	Aumentar os conhecimentos do adolescente acerca do álcool e seu consumo; Conscientizar para os riscos associados ao consumo de álcool; Capacitar para o processo de tomada de decisão.	Intervenção psicoeducativa - prevenção de comportamentos de risco do adolescente em relação ao consumo de álcool. 5 Sessões; Método expositivo - participativo; Uso suporte informático, apresentações em <i>powerpoint</i> . Dinâmicas lúdico pedagógicas; Pesquisa da evidência científica para suportar a prática.	Avalia a repercussão da saúde mental da interface entre o aluno, grupos e o sistema escolar; Implementa programas de promoção da saúde mental na escola, visando a redução de fatores de stresse, a gestão de conflitos e comportamento abusivo como a violência, o assédio moral, álcool, drogas; Avalia a satisfação do adolescente com a presença nas sessões; Promove a capacidade de decisão em adolescentes.

Relação da competência F3 do EEESMP com os objetivos específicos e as intervenções e atividades a desenvolver

<p>Competência F3: Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.</p>			
<p>No contexto de estágio: Unidade de internamento</p>			
<p>Data de início: 23 de setembro de 2019</p>		<p>Duração da tarefa: 8 semanas</p>	
Unidade de competência	Objetivos específicos	Metodologia e modo de concretização	Resultados esperados
<p>F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.</p> <p>F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental;</p> <p>F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.</p>	<p>Avaliar a eficácia do treino metacognitivo para a psicose na redução dos sintomas positivos;</p> <p>Avaliar a eficácia do treino metacognitivo para a psicose no insight para a doença;</p> <p>Realizar um acompanhamento clínico individual.</p>	<p>Reconhecer o espaço físico e as regras do serviço;</p> <p>Integrar a equipa multiprofissional;</p> <p>Observação das intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica;</p> <p>Participação nas reuniões da equipa;</p> <p>Implementar o programa de treino metacognitivo para a psicose a um grupo de pessoas com esquizofrenia internadas no serviço;</p> <p>8 Sessões;</p> <p>Método expositivo - participativo;</p> <p>Uso suporte informático, apresentações em <i>powerpoint</i>;</p> <p>Pesquisa da evidência científica para suportar a prática.</p>	<p>Identificação dos problemas e das necessidades específicas da pessoa, no âmbito da saúde mental;</p> <p>Identificação, descrição e monitorização dos resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental;</p> <p>Comprometimento com o trabalho desenvolvido na equipa multiprofissional que integra e parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se pelas áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal;</p> <p>Implementação de um plano de cuidados a desenvolver com o grupo de forma a aumentar e manter as competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade e de exclusão social;</p> <p>Concretiza um acompanhamento individual em oito semanas e garante continuidade de cuidados.</p>

Relação da competência F4 do EEESMP com os objetivos específicos e as intervenções e atividades a desenvolver

Competência F4: Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Nos dois contextos de estágio: Unidade de internamento e Unidade de Cuidados na Comunidade.

Data de início: 23 de setembro de 2019

Duração da tarefa: 18 semanas

Unidade de competência	Objetivos específicos	Metodologia e modo de concretização	Resultados esperados
<p>F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental;</p> <p>F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação;</p> <p>F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.</p>	<p>Todos os objetivos específicos delineados para os dois contextos de estágio, descritos nos quadros das competências F2 e F3.</p>	<p>Desenvolvimento das intervenções de enfermagem planeadas com a:</p> <p>Implementação do programa de treino metacognitivo para a pessoa com psicose;</p> <p>Intervenção psicoeducativa - prevenção de comportamentos de risco do adolescente em relação ao consumo de álcool.</p>	<p>Promoção da adesão ao tratamento em pessoas com esquizofrenia;</p> <p>Implementação de intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doença mental;</p> <p>Que a pessoa consiga fazer a avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas;</p> <p>Demonstrar sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos como o abuso de substâncias e comportamentos de risco;</p> <p>Implementação de intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais e de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde doença mental e às transições;</p> <p>Utilizar técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o <i>insight</i> da pessoa, permitindo elaborar novas razões para o problema;</p> <p>Utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem a pessoa a desenvolver e integrar a doença mental e os défices por ela causados, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida;</p> <p>Envolver outros profissionais na definição de projetos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa;</p> <p>Consciencialização do meu “eu” na relação terapêutica.</p>

Apêndice 2. Estudo de caso



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO
(Centro Hospitalar [REDACTED])

Discente: Sara Alexandra Varanda Serralheiro, nº 8899

Docente Orientador: Professor Doutor Paulo Rosário de Carvalho Seabra

Enfermeiros de Referência: [REDACTED]

Lisboa
Novembro
2019

1 – INTRODUÇÃO

Este trabalho académico surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório. Trata-se de um Estudo de Caso Clínico de um Cliente de Enfermagem ao qual fiz o acompanhamento ao longo do estágio no Centro Hospitalar [REDACTED]

O estudo de caso é uma análise aprofundada de uma pessoa, de uma família, de um grupo, de uma organização, de uma comunidade ou mesmo de uma nação (Coutinho & Chaves, 2002). No estudo de caso é feita uma investigação aberta, que contempla uma diversidade de fontes e técnicas de recolha de informação (Alvarez & Maroto, 2012).

No estudo de caso é promovida uma condição hipotética a partir do levantamento de um problema e é feita uma orientação para a tomada de decisão. No estudo de caso é feita uma entrevista formal durante a qual se obtém a narrativa da pessoa. Esta entrevista é essencial para a colheita de dados. Este momento relacional é de enorme importância, pois é através desta entrevista que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica faz a avaliação diagnóstica, estabelece e consolida a interação terapêutica.

A seleção do cliente de enfermagem cujo caso clínico é objeto de estudo foi feita em acordo com o enfermeiro de referência. O cliente escolhido foi o senhor Rui (**nome fictício**), de 27 anos, tem o diagnóstico de esquizofrenia.

Os dados contidos neste trabalho resultam de um processo contínuo, composto de entrevistas informais e uma entrevista formal aquando da colheita de dados para a integração do grupo para o programa de Treino Metacognitivo para a Psicose, bem como da consulta quer do processo clínico quer dos profissionais que contactam diretamente com o senhor Rui. Foi realizado o exame físico e do estado mental do cliente. Foi utilizado o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary para a colheita de dados relativos à história social e caracterização familiar e habitacional.

A análise do caso clínico tem por base o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman o qual relaciono com a Teoria das Transições de Afaf Meleis por considerar que as transições de vida que o senhor Rui experienciou tiveram impacto tanto na sua história de vida como na situação de saúde/doença.

Foi elaborado um plano de cuidados individualizado com base no Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, que compreende diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e respetivos resultados de enfermagem. Foi utilizada a Taxonomia NANDA-NOC-NIC.

Identificação do cliente de enfermagem

O senhor Rui (**nome fictício**) tem 27 anos, é de nacionalidade portuguesa, solteiro. Completou o 12º ano de escolaridade após o qual fez formação profissional de Técnico de Logística. Trabalhou numa tipografia como auxiliar de produção até quatro meses antes do internamento, altura em que ficou desempregado. Habita numa moradia em [REDACTED]. É utente do Sistema Nacional de Saúde. Refere como pessoa significativa a mãe. Foi internado na [REDACTED] [REDACTED] setembro de 2019.

2 - CARACTERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

Mais de 20 milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas pela esquizofrenia, uma doença mental grave incapacitante (WHO, 2019). Atinge pessoas de qualquer classe social ou raça, apresenta maior prevalência no sexo masculino, manifestando-se por norma na transição da adolescência para a vida adulta (Queirós et al 2019). Os mesmos autores referem que a sua etiologia tem a contribuição de múltiplos fatores, biológicos e psicossociais. Nesta doença constata-se um elevado grau de incapacidade que pode afetar o desempenho educativo, ocupacional e social (WHO, 2019). Na sua definição descreve-se a presença de alucinações, dois ou mais sintomas de delírios, discurso não organizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico e/ou sintomas negativos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Para que seja diagnosticada esquizofrenia dois destes sintomas devem estar presentes durante pelo menos um mês, e pelo menos um deles deverá ser delírios, alucinações ou discurso desorganizado. Além dos sintomas já referidos, o nível de funcionamento da pessoa em uma ou mais áreas relevantes como o autocuidado, o trabalho, e as relações interpessoais deverão estar significativamente diminuídos comparando com o período anterior à manifestação da perturbação. Os sinais e sintomas deverão perdurar num período mínimo de seis meses (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Sintomas como défice de atenção e da linguagem, alterações cognitivas, défices marcados na memória verbal, na memória de trabalho e das funções executivas encontram-se frequentemente presentes. A sintomatologia afetiva, é também frequente nestas pessoas, concretamente a depressiva, em cerca de 40% dos casos (Queirós et al, 2019).

3 - HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

3.1 - Antecedentes Pessoais

O senhor Rui não apresenta antecedentes médico cirúrgicos relevantes. Desconhece alergias. Manifestou presença de consumo de substâncias aditivas, nomeadamente canabinóides. Refere ter iniciado os consumos cerca dos seis anos de idade, com a mãe. Conta que abandonou o consumo de canabinóides por incapacidade económica, na altura em que ficou desempregado. O motivo de internamento foi um episódio psicótico inaugural, desconhecendo se até então patologia psiquiátrica.

3.2 - Antecedentes Familiares

Na história familiar não há notificação de antecedentes familiares, médico cirúrgicos, relevantes. No entanto o facto de ter iniciado o consumo de canabinóides com a mãe parece me ser um antecedente familiar importante.

3.3 - Caracterização Familiar e Habitacional segundo o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary

História Social

O senhor Rui tem 27 anos, completou o 12º ano de escolaridade após o qual fez formação profissional de Técnico de Logística. Refere ter desempenhado funções como auxiliar de produção em várias empresas. À data do internamento encontrava-se desempregado há cerca de quatro meses.

Avaliação Estrutural

O senhor Rui é uma pessoa do sexo masculino, tem 27 anos de idade. Habita sozinho pelo que constitui uma família unitária. A família alargada é formada pelo pai, mãe e por um irmão (Apêndice 1).

Na entrevista quando abordado o tema da relação de proximidade que tem com estes familiares o senhor Rui explicou que não fala com o pai há alguns anos, não mostrando interesse em expor os motivos. No que diz respeito ao irmão diz que têm “uma boa relação, mas só conversamos ocasionalmente...” (sic). Quanto à mãe, diz ser a pessoa mais próxima com quem “sinto que posso contar, em caso de necessidade” (sic). Esta visitou-o duas vezes durante o

internamento. Os pais moram na mesma cidade que o senhor Rui e o irmão vive numa cidade a cerca de vinte quilómetros de distância. Em relação ao círculo de amigos, diz que não tem amigos, “apenas alguns conhecidos do trabalho ou amigos de ocasião” (sic).

O apêndice 1 representa o genograma da família do senhor Rui e o ecomapa onde são apresentadas as relações que estabelece com os familiares e sistemas mais amplos.

Quanto ao contexto, o senhor Rui explica que habita num quarto alugado numa moradia em Algueirão. Em relação à tipologia da moradia diz, “não sei, mas é muito grande” (sic). Salaria boas condições habitacionais, com saneamento básico, água, luz e gás. Diz estar localizada numa zona calma, de moradias. Em relação à acessibilidade de transportes o senhor Rui refere não saber pois não é utilizador dos mesmos.

Avaliação do Desenvolvimento

Atendendo aos estádios do Ciclo de Vida Familiar de Mc Goldrick, a família unitária do senhor Rui encontra-se no estágio Jovem Adulto Independente, habita separado dos progenitores e mora sozinho. Em relação aos vínculos familiares, estes são moderados pois referiu relação de proximidade com a mãe e distante com o irmão. Com o pai não tem qualquer tipo de relação.

Avaliação da Funcionalidade

Em relação ao funcionamento instrumental, que inclui a realização de tarefas domésticas e rotinas da vida quotidiana, como é uma família unitária o funcionamento instrumental é assegurado pelo único elemento. No que diz respeito ao funcionamento expressivo, este não tem relevância pois no agregado familiar não há outro elemento com quem interagir.

4 - HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL

4.1 - Motivo do Internamento

O senhor Rui foi conduzido ao serviço de urgência pela polícia de segurança pública no dia 23 de setembro de 2019. Aquando da observação inicial estava orientado no tempo, espaço e pessoa, auto e alopsiquicamente. Vígil, muito tenso, pouco comunicativo. Mostrava um olhar perplexo. Vestia excesso de roupa, desajustado à época do ano. Apresentava discurso incoerente com alterações do conteúdo do pensamento, ideação delirante de grandiosidade, dizia ter várias propriedades, pertencer a uma família real e ser templário, e alterações de pensamento com

neologismos, referindo nomes de casas reais que não existem. Tinha discurso incoerente. Não tinha alterações do ritmo do pensamento nem alterações da percepção. Sem insight nem juízo crítico para a sua situação clínica.

Fez eletrocardiograma e tomografia axial computadorizada cranioencefálica que não revelaram alterações. Os valores analíticos mostraram ligeiro aumento dos valores da enzima creatinofosfoquinase. Foram também investigadas as serologias que estavam negativas.

No dia 24 de setembro de 2019 foi transferido para o serviço de urgência do Centro Hospitalar e [REDACTED]

4.2 - História do Internamento Atual

Na admissão na [REDACTED] o senhor Rui estava consciente, orientado na pessoa e no tempo. Sabia que estava hospitalizado, mas não sabia em que instituição. Idade aparente correspondente à real, aparentava estado nutricional adequado. A apresentação e higiene aparentemente pouco cuidadas. Mostrava atitude desconfiada, não estabelecia contacto visual, com uma postura tensa, acompanhada de marcha lentificada. Hemodinamicamente normotenso e normocárdico. Na Escala de Coma de Glasgow foi avaliado no score 15.

Ao longo do internamento o senhor Rui mostrou-se orientado na pessoa, auto e alopsiquicamente. Orientado no espaço e com períodos de desorientação temporal, em relação ao dia da semana e do mês.

No início do internamento o senhor Rui apresentava humor deprimido, a expressão facial espontânea estava diminuída, com embotamento afetivo. O seu discurso era provocado e circunstancial. Tinha delírios de grandeza que foram diminuindo ao longo do internamento, (nos últimos dias em que o acompanhei já não apresentava atividade delirante). Não se observaram alterações do fluxo do pensamento, mas este não era concordante com o humor, pois os delírios de grandeza eram manifestados com humor apático e deprimido. Não foram constatadas alterações da percepção. Ao longo do internamento o insight e o juízo crítico para a sua situação clínica mantiveram-se ausentes.

Quanto aos padrões de eliminação vesical e intestinal estes mantiveram-se dentro da sua referência habitual. O padrão de sono não sofreu alterações e o padrão nutricional manteve-se adequado ao longo do internamento.

4.3 - Regime Terapêutico no Internamento

FÁRMACO	GRUPO FARMACOLÓGICO	FORMA	DOSE	VIA ADMIN.	FREQUÊNCIA
Risperidona	Antipsicótico	COMP.	3mg	ORAL	Pequeno Almoço e Jantar
Diazepam	Ansiolítico Benzodiazepinas	COMP.	5mg	ORAL	Pequeno Almoço e Almoço
		COMP.	10mg	ORAL	Deitar
		Sol. Inj.	10mg	IV	SOS até 2 id
Prometazina 50mg/2ml	Anti histamínico	Sol. Inj.	50mg	IM	SOS até 2id

5 - AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL E FÍSICA

Realizada no dia 7 de outubro de 2019, decimo terceiro dia de internamento.

5.1 - Exame do Estado Mental

Avaliação do Funcionamento Global

O senhor Rui tem 27 anos, idade aparente correspondente à real. Tem uma aparência cuidada. O vestuário que utiliza está adequado à temperatura ambiente.

Mantém fácies hipomímico, tal como no início do internamento, sem expressão de emoções. Não faz uso de contacto visual. No entanto notei ao longo das entrevistas, desde o aumento da capacidade em estabelecer, momentaneamente, o contacto visual. Mostra-se calmo e tranquilo, colabora nos cuidados prestados. Tem postura isolada, esquivo e às vezes percebe-se o olhar desconfiado

Exame das Funções Mentais

A. Nível de Consciência: Encontra-se consciente, vígil.

B. Estado Cognitivo: Está consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa, auto e alopsiquicamente. Tem capacidade de atenção, tenacidade e concentração mantidas. A memória sensorial, imediata, recente e remota não apresenta alterações. Percebe-se o raciocínio lógico, tem capacidade de fazer contas. Sabe ler e escrever. Mostra competência na generalização e abstração. Não tem juízo crítico quanto ao seu estado de saúde. Foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental.

C. Humor/Afeto: Humor apático, deprimido, expressão facial espontânea diminuída, com embotamento afetivo. Comportamento congruente com o seu humor.

D. Discurso e Pensamento: Mostra discurso provocado, perceptível, mas circunstancial. O pensamento é coerente e lógico, sem apresentar alteração do fluxo do mesmo. Apresenta alterações do conteúdo do pensamento, tem delírios de grandeza dizendo, “sou proprietário de vários terrenos e empresas, por exemplo a RedBrick que é uma empresa imobiliária” (sic), “fui eu que vendi as ideias para a produção do Matrix, foi com esse dinheiro que montei a minha empresa, aos 6 anos” (sic), “sou cavaleiro, templário” (sic). Sou da “Saxe-Coburgo-Gota, uma casa real da dinastia alemã” (sic). O pensamento não é congruente com o humor. Exibe delírios de grandeza, mas mostra humor apático e deprimido.

E. Percepção: Não tem alterações da percepção.

F. Psicomotricidade: Observa-se ligeira lentificação da marcha. Apresenta postura tensa, tem contacto esquivo, isolado dos pares e dos profissionais de saúde.

G. Insight/Juízo Crítico: O senhor Rui não tem juízo crítico para fazer a separação entre o que é a realidade e o seu “mundo interior”, resultante da doença mental. Não entende o seu quadro clínico.

5.2 - Avaliação das Funções Psicofisiológicas

Sono: O senhor Rui tem o padrão de sono normalizado. Menciona que não tem dificuldade em adormecer. Não refere insónia inicial, intermédia ou terminal. Faz medicação ansiolítica ao deitar.

Dieta: Ingera a totalidade das refeições e, segundo diz, com apetite.

Sexualidade: O senhor Rui que não tem um relacionamento amoroso desde há 5 anos e que desde então não teve relações sexuais. Respondendo à questão de como isso o afeta, diz ser uma situação que não tem impacto na sua vida.

5.3 - Exame Físico

Dados Antropométricos

Peso: 74Kg; altura: 1,78m; índice de massa corporal: 23.4 kg/m² (peso adequado, segundo o Programa Nacional de Combate à Obesidade).

Sinais Vitais

Tensão Arterial: 113/60 mmHg – normotenso.

Frequência Cardíaca: 98 bpm - normocárdico. Pulso regular, cheio.

Frequência Respiratória: Não foram avaliados ciclos respiratórios por não apresentar alterações ao nível da respiração. Respiração mista, simétrica e de média amplitude.

Temperatura: parâmetro não avaliado pela inexistência de termómetro no serviço.

Dor: *Score* 0, segundo a Escala Numérica da Dor.

Exame físico (céfalo - caudal)

O senhor Rui tem idade cronológica que condiz com a que aparenta ter, 27 anos. Apresenta pele e mucosas coradas, íntegras e hidratadas. Cabelo castanho escuro, liso e curto, adequadamente higienizado. Cabeça e couro cabeludo sem alterações. A acuidade auditiva está mantida. Tem astigmatismo, faz uso de óculos de correção. Pescoço simétrico, sem massas palpáveis, cicatrizes ou lesões, com mobilidade mantida. Tórax anterior, posterior e lateral simétricos. Apresenta respiração mista, simétrica e de média amplitude, sem sinais de dificuldade respiratória. Eupneico em ar ambiente. O abdómen está mole e depressível, sem massas abdominais palpáveis. Os membros superiores têm mobilidade articular e força mantidas. Apresenta unhas cortadas e higienizadas, leitos ungueais com coloração rosada. Cristas ilíacas aparentemente simétricas. As zonas genital e retal não foram observadas, não apresenta queixas. Os membros inferiores têm temperatura, sensibilidade e coloração mantidos, assim como a mobilidade e força.

6 - MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Em concordância com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o cliente é encarado como um sistema aberto e único sendo composto por “core, or basic structure, and surrounding protective concentric rings” (Neuman & Fawcett, 2011). Este cliente pode ser representado por uma pessoa, um grupo, uma comunidade, uma família que efetua trocas recíprocas com o ambiente, objetivando a manutenção de um estado de equilíbrio (Neuman & Fawcett, 2011).

O sistema pode defrontar-se com desequilíbrios causados por stressores. Os stressores são identificados como intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, e são definidos por “estímulos que produzem tensões e têm o potencial de causar a instabilidade do sistema” (George et al., 2000). O modo como o cliente lida com os stressores é decisivo para que consiga, ou não, alcançar a reconstituição. São cinco as variáveis que constituem o sistema, e que

interagem entre si. Estas variáveis designam se por fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e do desenvolvimento. O modo como as variáveis se manifestam vai levar a uma maior ou menor facilidade do sistema em manter ou restaurar o equilíbrio, sendo este o objetivo na prática de enfermagem.

Fazendo a relação do Modelo de Sistemas de Betty Neuman com o caso clínico do cliente, reconhece se o senhor Rui como sendo o sistema (*core*), influenciado por stressores internos e externos a si. Fazendo atenção a sua história de vida e ao contexto de saúde/doença, reconhecem se como stressores intrapessoais a falta de crítica quanto à doença, a inexistência de mecanismos de *coping* eficazes para lidar com a condição de internamento hospitalar, que levam a um aumento da ansiedade, e a existência de psicopatologia com provável etiologia no consumo de substâncias. Identifica se o desemprego como sendo um stressor extrapessoal e a rede social para suporte emocional débil constitui um stressor interpessoal.

Em relação às alterações nas cinco variáveis do sistema Cliente, que contribuíram para que o sistema se encontre em desequilíbrio, descrevem se:

Variável Fisiológica: Durante o internamento os sinais vitais mantiveram-se estabilizados. Em relação aos valores antropométricos, o índice de massa corporal encontra-se dentro dos parâmetros de peso normal para este cliente. O exame físico não revelou alterações. Coloca se em apêndice uma tabela descritiva das necessidades humanas fundamentais que se encontram comprometidas.

Variável Sociocultural: O senhor Rui não mostra relações afetivas fortes com os seus familiares, ainda que considere a sua mãe como pessoa significativa, e com quem pode contar em caso de necessidade. Não tem relações sociais com amigos. Durante o internamento teve um comportamento isolado, não estabelece contacto com o grupo de pares. A avaliação do estado mental foi feita no ponto 5.1.

Variável Psicológica: Foi feita no ponto 5.1, exame do estado mental.

Variável Espiritual: O senhor Rui menciona não praticar qualquer religião.

Variável do Desenvolvimento: O senhor Rui relata, “tive uma infância feliz”, “andei na natação e no karaté, mas tive que deixar por causa dos horários de trabalho da minha mãe que não conseguia ir me buscar” (sic). Depois de ter feito o terceiro ciclo fez formação técnico profissional, sendo profissionalmente técnico auxiliar de produção.

Relativamente às Transições de Vida experienciadas, segundo Afaf Meleis, o senhor Rui está a passar por duas Transições, de Saúde/Doença, relacionada com o internamento por episódio psicótico, e Organizacional, devido ao quadro de desemprego. Atendendo às fases do Ciclo de Vida Familiar de Mc Goldrick a família unitária do senhor Rui identifica se na fase Jovem Adulto Independente pois habita sozinho, separado dos progenitores.

Variáveis Stressores	Fisiológica	Psicológica	Sociocultural	Desenvolvimento	Espirituais
Intrapessoais	<ul style="list-style-type: none"> » psicopatologia - psicose (-) » padrão de sono normal (+) » autónomo no autocuidado (+) 	<ul style="list-style-type: none"> » ausência de insight (-) » inexistência de mecanismos de coping eficazes para lidar com a situação (-) » embotamento afetivo (-) 	<ul style="list-style-type: none"> » isolamento social (-) 	<ul style="list-style-type: none"> » até aos 6 anos, infância saudável (+) » início do consumo de substâncias estupefacientes aos 6 anos, com a mãe (-) 	
Interpessoais		<ul style="list-style-type: none"> » negligência da mãe ao motivar consumos aditivos (-) 	<ul style="list-style-type: none"> » sem identificação com os pares na unidade de internamento » apoio familiar e social fraco(-) 		
Extrapessoais	<ul style="list-style-type: none"> » consumo de substâncias estupefacientes (-) 			<ul style="list-style-type: none"> » desemprego (-) » rotinas e regras do serviço (-) 	

Legenda: (-) stressores negativos; (+) stressores positivo

7 - TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE VIDA DE AFAF MELEIS

Conforme a Teoria das Transições de Afaf Meleis existem quatro tipos de transições, atendendo à sua natureza, organizacional, situacional, saúde/doença e desenvolvimento (Meleis et al, 2000).

Transição é “A passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra”, e refere - se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre a pessoa e o ambiente”, Chick & Meleis (1986).

Com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis as transições de saúde/doença representam mudanças súbitas de papel, que são originadas pela passagem de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda ou crónica. Perante esta definição, olhando os eventos

críticos na vida do senhor Rui, compreende-se que esta é uma transição que o cliente está a vivenciar pois encontra-se atualmente numa situação de doença – Psicose, em episódio inaugural. Pelo facto de estar desempregado, com base nesta Teoria, está a experienciar uma Transição Organizacional, estas transições “caracterizam-se por serem desencadeadas pelas mudanças do contexto social, político ou económico, e ainda por mudanças na estrutura e dinâmica da organização, como por exemplo uma promoção laboral ou uma situação de desemprego (Meleis et al, 2000).

A interação enfermeiro/cliente acontece na finalidade de regular a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2007). O enfermeiro interage com a pessoa que faz parte de uma condição sociocultural, em situação de saúde/doença e vive uma transição real ou por antecipação.

8 - PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados foi organizado segundo a Taxonomia NANDA-NOC-NIC, tendo sido feitos os Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem personalizados. Os diagnósticos de enfermagem foram estabelecidos segundo o que mais compromete o bem-estar do senhor Rui.

<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p>	<p>Processo do Pensamento Perturbado R/C patologia psiquiátrica M/P delírios de grandeza</p>
<p>RESULTADOS ESPERADOS</p>	<p>Curto Prazo: que tenha capacidade de reconhecer um delírio. Médio Prazo: que demonstre pensamentos apoiados na realidade, com conteúdo pertinente, e que consiga diferenciar pensamentos da realidade e pensamentos delirantes.</p> <p>Longo Prazo: que não tenha pensamentos delirantes.</p>
<p>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> » identificar a presença de delírios e/ou comportamento sugestivo da presença de atividade delirante; » evitar comportamentos junto do Rui que provocar desconfiança (atividade delirante persecutória): falar em sussurro, rir; » evitar fortalecer as ideias delirantes do Rui; » reconhecer e aceitar os pensamentos delirantes do Rui; » promover a presença do Rui em atividades que impliquem habilidade e atenção; » Fornecer, e vigiar a toma, medicação antipsicótica conforme prescrição médica.
<p>AVALIAÇÃO</p>	<p>Durante cerca de sete dias o Rui mostrou (não por iniciativa, mas quando estimulado o discurso) ideias delirantes de grandeza. Passada a primeira semana de internamento, mesmo quando estimulado, verbalmente não expressava delírios. No entanto mostrava diminuição da atenção, olhar perplexo e alguma tensão muscular, o que sugeria atividade delirante.</p> <p>Foi-se percebendo adequação gradual do comportamento, sem aparente alteração do conteúdo do pensamento.</p> <p>As intervenções de enfermagem implementadas associadas à medicação antipsicótica foram fundamentais para a diminuição da atividade delirante.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Regulação do humor prejudicada R/C isolamento social e patologia psiquiátrica M/P humor deprimido, embotamento afetivo e fâcies hipomímico
RESULTADOS ESPERADOS	Curto Prazo: que gradualmente se manifeste mais expressivo; Médio Prazo: que mostre humor eutímico e mobilização de afetos.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> » avaliar o estado do humor do Rui; » vigiar o comportamento do Rui; » fomentar relação terapêutica eficaz, para que o Rui consiga expressar sentimentos, emoções no sentido de um progressivo desenvolvimento de crítica para a doença; » incentivar o Rui na identificação de estratégias que possibilitem a alteração do estado de humor.
AValiação	Notou-se alteração de comportamento lenta e gradual. O Rui está menos isolado do grupo de pares, apesar de não ter iniciativa no contacto. Humor apático, com embotamento afetivo e com momentos em que apresenta contacto visual espontâneo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Ansiedade R/C alterações do pensamento e internamento inaugural M/P postura tensa, pouco contacto visual e olhar desconfiado
RESULTADOS ESPERADOS	Curto Prazo: que o Rui estabeleça contacto visual com os Profissionais, que adote uma postura menos tensa e que aos poucos se vá mostrando mais expressivo; Médio Prazo: que o Rui desenvolva capacidade de se relacionar com os pares, que com os mesmos consiga contacto visual, que progressivamente altere para uma postura mais descontraída; Longo Prazo: que o Rui estabeleça relação terapêutica com os profissionais, que desenvolva capacidade crítica para a doença, que consiga expressar sentimentos, emoções e medos, de modo a diminuir a ansiedade.
	» demonstrar disponibilidade e interesse na relação terapêutica com o Rui;

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> » proporcionar ambiente calmo e seguro para o favorecimento da relação terapêutica, apoiada na empatia e escuta ativa; » Estimular o Rui a participar em atividades que impliquem técnicas de relaxamento;
AVALIAÇÃO	<p>Durante as semanas de contacto com o Rui foi estabelecida uma relação terapêutica que foi reforçada pelos momentos de contacto nas sessões do programa “Treino Metacognitivo para a Psicose”. Percebeu-se diminuição gradual da ansiedade ao longo das sessões bem como melhoria na espontaneidade do contacto visual com os profissionais e com os pares da atividade.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Risco de Obstipação R/C administração terapêutica obstipante e atividade física insuficiente
RESULTADOS ESPERADOS	Que o Rui mantenha o padrão de eliminação intestinal habitual, anterior ao internamento
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> » monitorizar eliminação intestinal (turnos da tarde - rotina do serviço); » fazer a avaliação das características das fezes segundo a Escala de Bristol; » Incentivar a atividade física nomeadamente as caminhadas; » Reforçar a importância do reforço hídrico; » Administrar laxante em caso de necessidade.
AVALIAÇÃO	<p>O padrão de eliminação intestinal manteve-se regular, com dejeção diária, fezes acastanhadas, moldadas, em moderada quantidade (Tipo 3, segundo a Escala de Bristol).</p> <p>Sem recurso a medicação laxante.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Risco de não adesão ao regime terapêutico M/P episódios de renitência quanto à toma da medicação
RESULTADOS ESPERADOS	Curto Prazo: que o Rui mostre boa adesão à medicação
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> » explicar o objetivo terapêutico de cada medicamento a administrar; » esclarecer das consequências da má adesão à terapêutica; » Administrar os remédios sob toma assistida.
AValiação	Algumas vezes o Rui mostrou-se renitente na toma dos remédios, mas depois de esclarecido acerca do nome e da função aderiu à toma.

9 - DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

Ao longo do internamento foi-se percebendo uma melhoria lenta, mas gradual no estado clínico do senhor Rui. Percebem-se momentos de espontaneidade no seu contacto visual com os profissionais e com os pares. Mantém períodos de isolamento, no entanto nota-se melhoria no contacto quando é incentivado pelos profissionais ou por companheiros do internamento a participar de atividades de rotina. Foi perceptível uma melhoria na atividade física, concretamente na caminhada. Nos dias, durante a semana, em que não havia “Treino Metacognitivo para a Psicose” iniciou atividade na unidade de terapia ocupacional, a qual funciona num pavilhão distante do internamento. Nos últimos dias do estágio pude constatar períodos de humor eutímico, manifestação mais expressiva das suas vontades, sem se perceberem alterações do pensamento. Deste modo entendo ter havido um ganho em saúde.

Os cuidados planeados deram resposta aos comprometimentos do bem-estar do senhor Rui, na medida em que se percecionam melhorias significativas do seu estado de saúde. São observadas mudanças de comportamento e postura (contacto visual, postura menos tensa, adesão às atividades da terapia ocupacional), indicadores de que o senhor Rui sente-se motivado para a adesão a mecanismos de coping que vão ajudar a lidar com a situação de doença e no desenvolvimento da crítica para a mesma.

Os diagnósticos de enfermagem abordaram as principais situações de comprometimento do senhor Rui. As intervenções de enfermagem efetivadas facilitaram a conquista de resultados

positivos. O estabelecimento da relação terapêutica com o senhor Rui possibilitou o aumento do seu nível de confiança em mim, mostrou melhoria na mobilização de afetos.

A merecer atenção na evolução da situação do senhor Rui é a consciencialização por parte do mesmo quanto à sua doença. O desenvolvimento de insight e do juízo crítico são elementares para a efetiva melhoria da sua saúde mental.

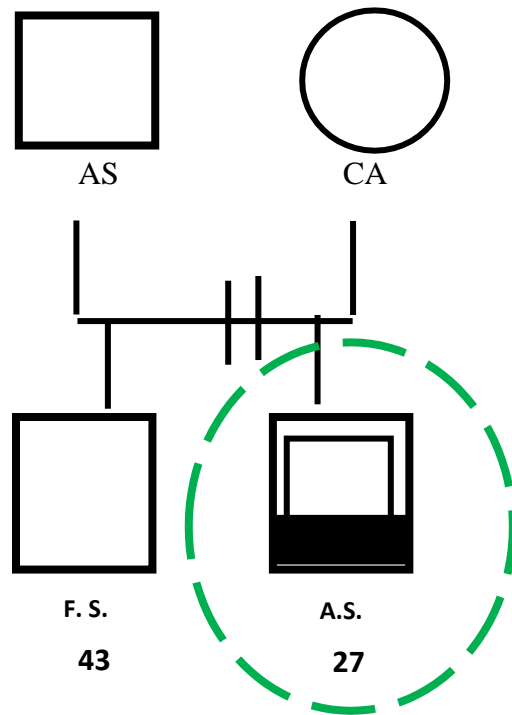
A abordagem holística da pessoa que o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman permite foi o que impulsionou este estudo de caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

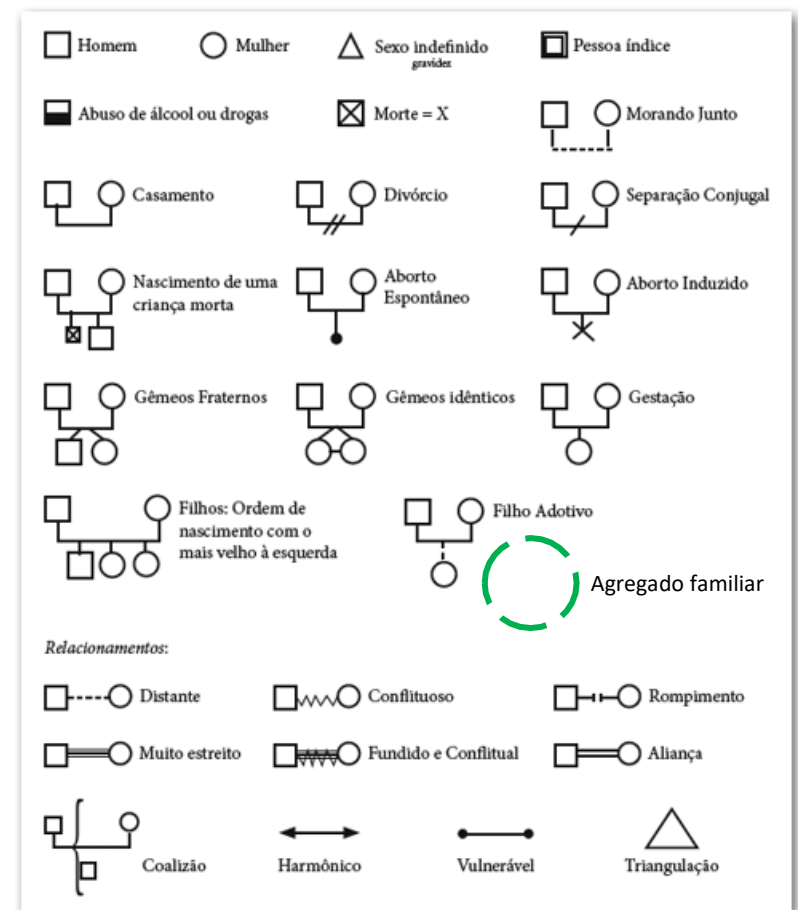
- Alvarez C., Maroto J. (2012). *La eleccion del estudio de caso en investigation educativa*. Gazeta de Antropologia. ISSN 0214-7564, nº 28.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). *DSM-5*. Artmed.
- CHICK, N., MELEIS A. (1986) *Transition: a nursing concern*. In Chinn, P. L., *Nursing research Methodology*. Reckeville: aspen, p. 237-257;
- Coelho, N. (2014). *Intervenções de Enfermagem na Gestão da Ansiedade num Grupo de Pessoas com Doença Mental*. Curso de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- Coutinho, C. & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*. 15 (1) pg. 221-244, CIED Universidade do Minho.
- George M. et al. (2000). *A Controlled Trial of Daily Left Prefrontal Cortex TMS for Treating Depression*. *Biological Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)01048-9](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)01048-9).
- Harrison, P. et al. (2002). *Introdução à Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Herdman T.H. & Kamitsuru S. (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Johnson M., Maas M. & Moorhead S. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- McGoldrick M., Petry S. e Gerson R. *Genogramas, avaliação e intervenção familiar (3ª Edição)* Artmed Editora. ISBN: 9788536326443.
- MELEIS, A (2007) *Theoretical Nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- MELEIS, A. et al. (2000) *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*. Vol 23, nº 1, p. 12-28.
- McCloskey J. & Bulechek G. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *O modelo de sistemas Neuman (5ª ed)*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L., & TELLES-CORREIA, D. (2019). Esquizofrenia: O que o médico não psiquiatra precisa de saber. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 70-77.
- Raimundo, M. (2015). *Promoção do conforto na pessoa com doença mental: Uma proposta de intervenção em Enfermagem especializada*. Curso de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- WHO. (2019). *World Health Organization*. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

APÊNDICE I - GENOGRAMA E ECOMAPA DA FAMÍLIA

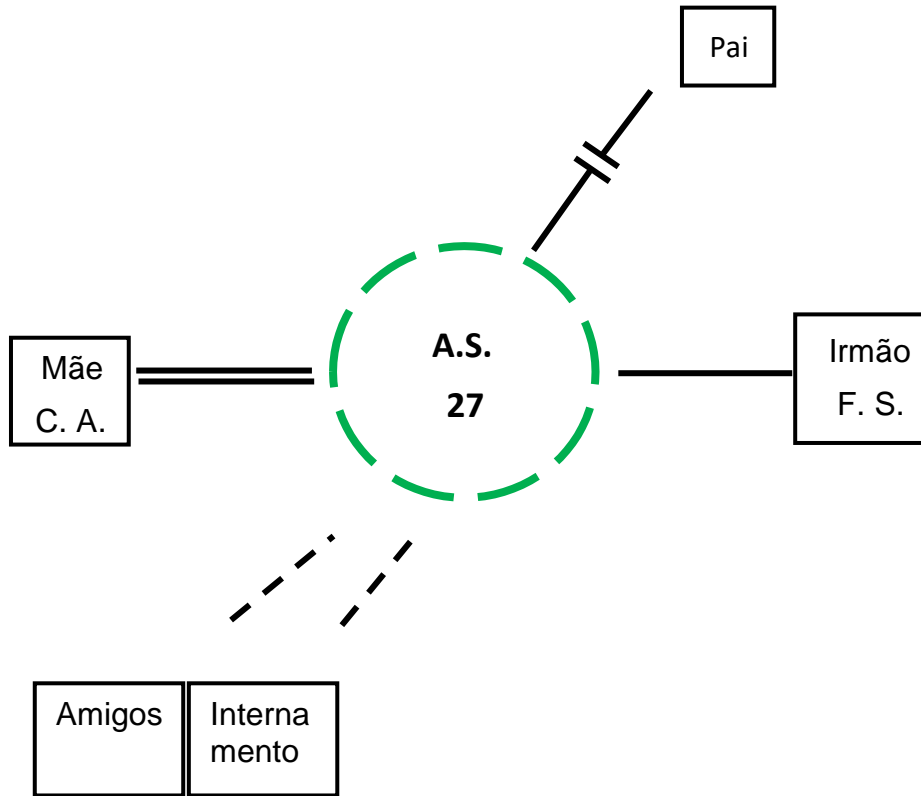
Genograma da Família do Rui



Legenda:



Ecomapa




Vínculos Muito Fortes 

Vínculos Moderados 

Vínculos Superficiais 

Relação distante 

Rompimento de relação 

Apêndice 3. Cronograma da intervenção psicoeducativa

Cronograma da intervenção psicoeducativa

SESSÕES

Sessão n° 1: Intervenção psicoeducativa com recurso à dramatização como mediador expressivo

Data/turma/hora:

18 novembro 2019	{	9° A - 13:15h → 14:05h (25 alunos)
		8° D - 14:15h → 15:05h (19 alunos)
		8° C - 15:15h → 16:05h (16 alunos)
19 novembro 2019	{	2° CEF - 14:15h → 15:05h (13 alunos)
		8° B - 15:15h → 16:05h (20 alunos)
20 novembro 2019 - 8° A		12:20h → 13:10h (20 alunos)

Sessão n° 2: Intervenção psicoeducativa com recurso à dramatização como mediador expressivo

Data/turma/hora:

13 janeiro 2020	{	9° A - 13:15h → 14:05h
		8° D - 14:15h → 15:05h
		8° C - 15:15h → 16:05h
14 janeiro 2020	{	2° CEF - 14:15h → 15:05h
		8° B - 15:15h → 16:05h
15 janeiro 2020 - 8° A		12:20h → 13:10h

Sessão n° 3: Intervenção psicoeducativa

Data/turma/hora:

3 fevereiro 2020	{	9° A - 13:15h → 14:05h
		8° D - 14:15h → 15:05h
		8° C - 15:15h → 16:05h
4 fevereiro 2020	{	2° CEF - 14:15h → 15:05h
		8° B - 15:15h → 16:05h
5 fevereiro 2020 - 8° A		12:20h → 13:10h

Apêndice 4. Intervenção psicoeducativa

Título: “Álcool, intervenção pela prevenção”
Objetivo geral: Promoção de comportamentos saudáveis em meio escolar

Data: 18, 19 e 20 de novembro de 2019; **Duração:** 50 minutos; **Local:** escola básica 2,3 **Enfermeiras:** e Sara Serralheiro (aluna da especialidade SMP)

Sessão nº 1: Intervenção psicoeducativa com recurso à dramatização como mediador expressivo: jogo dramático					
Fases	Objetivos específicos	Intervenção	Técnica pedagógica	Recursos humanos e materiais	Duração
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar a sessão e as dinamizadoras • Definir as regras de interação da actividade 	<ul style="list-style-type: none"> • Receber os alunos • Dar a conhecer a intervenção • Explicar os objetivos da mesma 	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • enfermeiras • alunos • mesas • cadeiras • envelope papel • folha papel em branco • caneta 	2 minutos
Aquecimento inespecífico	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o EU e o Outro • Criar um clima descontraído e de confiança • Favorecer o conhecimento mútuo 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do colega do lado fazendo referência ao nome e identificando duas qualidades da personalidade do outro 	Role taking		12 minutos
Aquecimento específico	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o EU e o Outro • Favorecer a interação entre os participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Circulam por toda a sala, enviando sorrisos de cumprimento aquando do cruzamento com os pares 	Role playing		2 minutos
Aquecimento específico	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o EU e os Outros • Reconhecer o EU com todos • Fomentar a interação social 	<ul style="list-style-type: none"> • Associação livre em grupos para sair à noite numa festa onde vai haver música e álcool 	Role playing		5 minutos
Desenvolvimento (dramatização)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o EU e os Outros • Reconhecer o EU • Criar um espaço seguro e protegido 	<ul style="list-style-type: none"> • Dá-se uma ordem. “Aqui e agora aconteceu um sismo”: escolham um local para se protegerem 	Role playing		2 minutos
Desenvolvimento (dramatização)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o EU e os Outros • Reconhecer o EU • Reconhecer o EU com todos • Promover a expressão de sentimentos • Explorar de forma mais espontânea o seu imaginário do álcool 	<ul style="list-style-type: none"> • Estão isolados a aguardar ajuda • Recebem um envelope com um papel em branco onde vão escrever uma história sobre a festa que envolve álcool, que estavam a combinar e que já não vai acontecer • No final colocam o papel dentro do envelope 	Role creating		17 minutos
Partilha e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a reflexão em grupo sobre a atividade 	<ul style="list-style-type: none"> • Chegou ajuda, foram todos salvos, regressam aos seus lugares na sala • Comentários sobre a sessão 	Interativa		10 minutos

Título: “Álcool, intervenção pela prevenção”

Objetivo geral: Promoção de comportamentos saudáveis em meio escolar

Data: 13, 14 e 15 de janeiro 2020; **Duração:** 50 minutos; **Local:** escola básica 2,3 ; **Enfermeiras:** e Sara Serralheiro (aluna da especialidade SMP)

Sessão nº 2: Intervenção psicoeducativa com recurso à dramatização como mediador expressivo: Jogo dramático					
Fases	Objetivos específicos	Intervenção	Técnica pedagógica	Recursos humanos e materiais	Duração
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar a sessão • Definir as regras de interação da actividade 	<ul style="list-style-type: none"> • Receber os alunos e a docente • Dar a conhecer a intervenção • Explicar os objetivos da mesma 	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • enfermeiras • alunos • mesas • cadeiras • adereços de caracterização 	2 minutos
Aquecimento inespecífico	<ul style="list-style-type: none"> • Definir as regras para a interação e cooperação no grupo de representação 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação de três grupos que irão representar as 3 diferentes histórias (que são distribuídas aleatoriamente) 	Role playing		3 minutos
Aquecimento específico	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o EU com todos • Reconhecer o EU e os outros 	<ul style="list-style-type: none"> • Leitura em grupo do script e escolha dos personagens em cada história 	Role playing		10 minutos
Desenvolvimento (dramatização)	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a compreensão das atitudes de cada um e em grupo face ao álcool • Fomentar a expressão emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Representação de uma pequena história (5') que tem por base a suposta festa com álcool e música 	Role creating		20 minutos
Partilha e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimento mútuo dos participantes • Explorar as expectativas individuais e do grupo em relação aos objetivos da sessão 	<ul style="list-style-type: none"> • Comentários 	Interativa		10 minutos

Título: “Álcool, intervenção pela prevenção”

Objetivo geral: Promoção de comportamentos saudáveis em meio escolar

Data: 3,4 e 5 de fevereiro de 2020; **Duração:** 50 minutos; **Local:** escola básica 2,3; **Enfermeiras:** e Sara Serralheiro (aluna da especialidade SMP)

Sessão nº 3: Intervenção psicoeducativa					
Fases	Objetivos específicos	Intervenção	Técnica pedagógica	Recursos humanos e materiais	Duração
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> Promover conhecimento acerca da intervenção psicoeducativa 	<ul style="list-style-type: none"> Receber os alunos Dar a conhecer a intervenção Explanar os objetivos da mesma 	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> enfermeiras alunos mesas cadeiras data show 	3 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Promover literacia acerca do álcool Promover tomada de decisão responsável 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação em powerpoint de slides com evidência científica sobre os efeitos do consumo do álcool nos jovens 	Expositiva e Interativa		32 minutos
Partilha e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> Promover a reflexão Explorar as expetativas individuais e do grupo em relação aos objetivos da sessão Promover literacia acerca do álcool 	<ul style="list-style-type: none"> Discussão acerca do significado e da importância da atividade Preenchimento do questionário de satisfação 	Interativa		15 minutos

Apêndice 5. Questionário de Satisfação

Questionário de satisfação do programa “Álcool, intervenção pela prevenção”

Com este questionário pretendemos saber a tua opinião acerca do programa em que participas te, sobre a promoção de comportamentos saudáveis em relação ao álcool.

Assinala com uma cruz (X) o item que corresponde à tua opinião.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Fraco	Muito Fraco
1. Apreciação global do programa					
2. Interesse do tema abordado					
3. Foi atividade motivadora					
4. Métodos e recursos utilizados					
5. Duração do programa					
6. Resultados e expectativas					

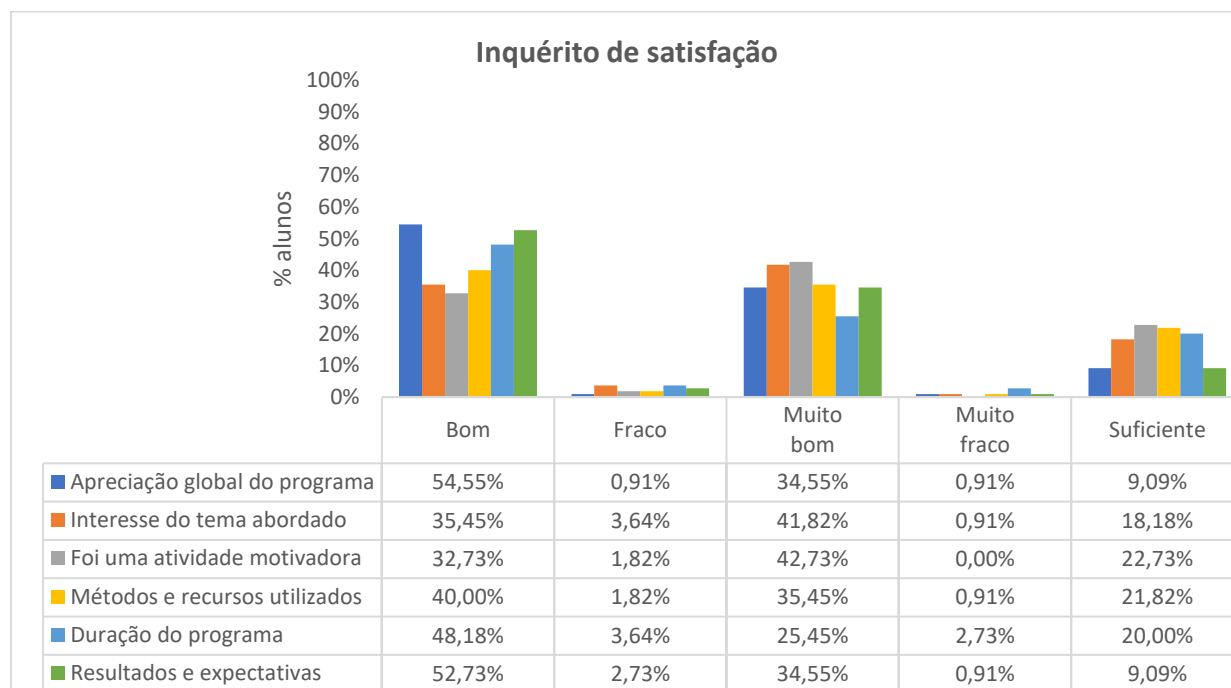
Obrigada pela tua colaboração!

**Apêndice 6. Análise estatística dos dados do questionário de
satisfação**

Análise do inquérito de satisfação do programa “Álcool, intervenção pela prevenção”

Os alunos das 6 turmas foram questionados sobre o nível de satisfação do programa.

Os resultados obtidos foram os seguintes:



Analisando o gráfico, percebemos que cerca de 55% dos alunos classificou globalmente o programa como “Bom”, 35% como “Muito Bom” e 9% como “Suficiente”.

A pergunta que teve maior percentagem de classificação “Muito fraco” foi a referente à duração do programa, sendo que cerca de 7% dos alunos responderam negativamente.

Apêndice 7. Análise estatística dos dados do “Questionário de
Conhecimentos Acerca do Álcool”

Análise estatística dos dados do “Questionário de Conhecimentos Sobre o Álcool”

Foi implementado o “Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool” (Barroso, Mendes e Barbosa, 2009). É um questionário de autopreenchimento organizado em 40 itens com possibilidade de resposta dicotômica, falso ou verdadeiro, e avalia os conhecimentos essenciais acerca do álcool.

O questionário foi efetuado a 4 turmas de 8º, 1 turma de 9º ano e uma turma do curso profissional do 2º ciclo (CEF). As respostas foram anonimizadas e as turmas foram identificadas de A a F, com a seguinte distribuição de nº de alunos:

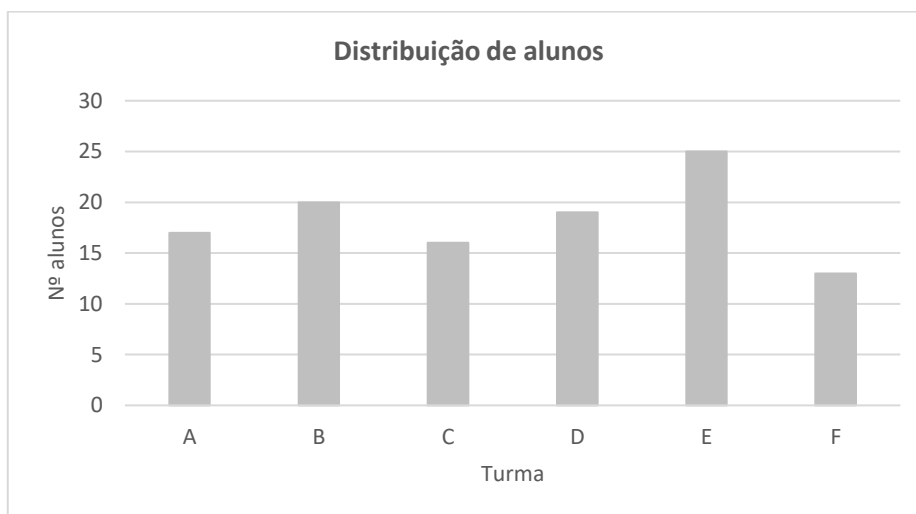


Gráfico 1 - Distribuição da amostra por turmas

Na distribuição da amostra por turmas, percebemos 17 alunos na turma A, 20 alunos na turma B, 16 alunos na turma C, 19 alunos na turma D, 25 alunos na turma E e 13 alunos na turma F, sendo no total de 110 alunos.

Análise da amostra por Género

Turma	Nº alunos	Nº alunos sexo masculino	Nº alunos sexo feminino
A	17	10	7
B	20	12	8
C	16	8	8
D	19	11	8
E	25	9	16
F	13	7	6
6	110	57	53

Tabela1: Distribuição da amostra por género

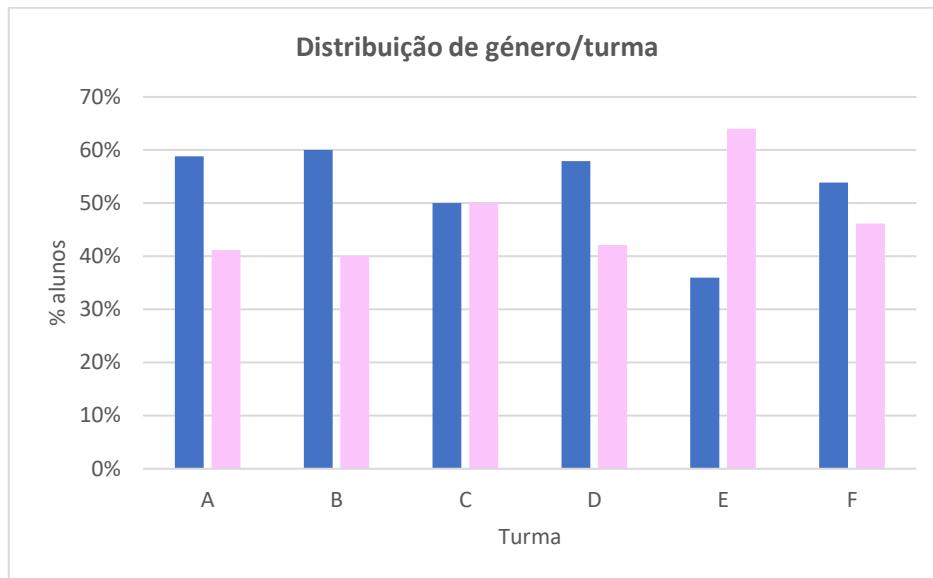


Gráfico 2 - Distribuição da amostra por género

Relativamente ao género, verifica-se que dos 110 alunos inquiridos, 57 são do sexo masculino (53%) e 53 são do sexo feminino (47%).

Analisando esta distribuição por turma (gráfico 2), observa-se que a turma E é aquela que tem uma distribuição diferente da distribuição da amostra, sendo que 64% dos alunos são do sexo feminino, e apenas 36% são do sexo masculino.

Análise dos Itens do Questionário

Os alunos responderam a um conjunto de 40 questões de falso ou verdadeiro, sobre a temática do álcool.

O primeiro questionário foi implementado em novembro de 2019 e o segundo em fevereiro de 2020.

Pretendeu-se comparar o nível de conhecimento, entre turmas, nos diferentes períodos de tempo.

Relativamente à comparação dos dados em todos os itens obtiveram-se os seguintes resultados:

1. O álcool das bebidas alcoólicas é “álcool etílico” como o álcool que usamos para desinfetar a pele e que se vende nas farmácias.

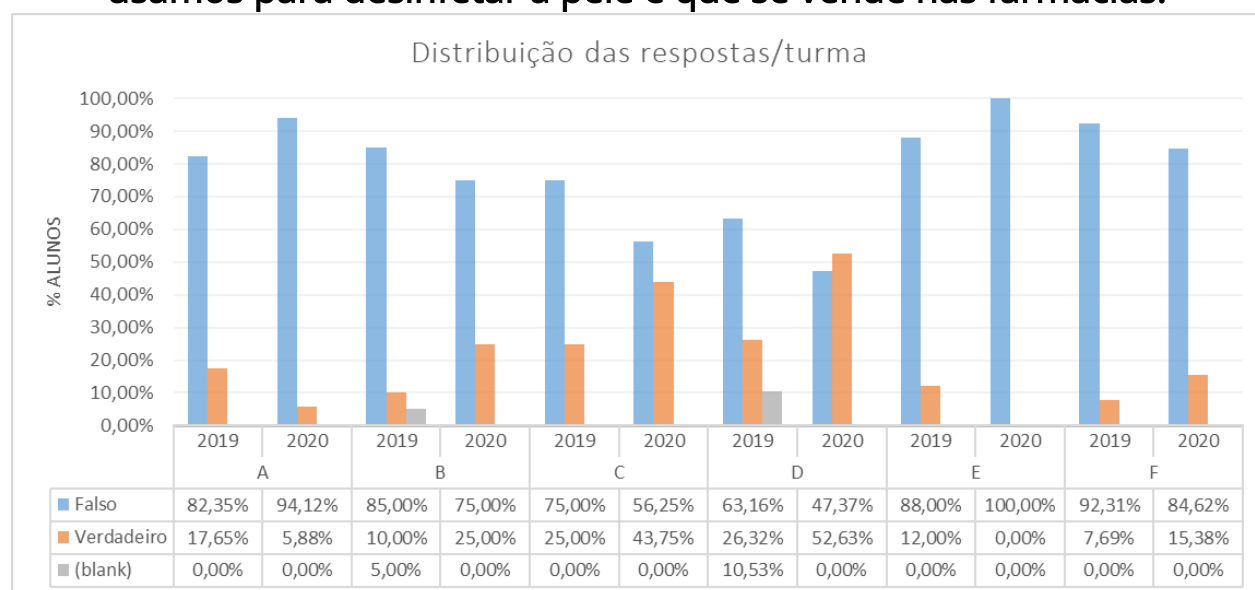


Gráfico 3 - Respostas da pergunta 1 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 3 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o álcool das bebidas alcoólicas não é igual ao álcool etílico” como o que usamos para desinfetar a pele e que se vende nas farmácias.

No período de fevereiro de 2020 esta percentagem aumentou nas turmas A e E, contrariamente ao que aconteceu nas restantes turmas.

Em quatro turmas, B, C, D e F a percentagem da resposta verdadeira, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma D, apresentou aumento de 26,31% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos melhoraram o seu conhecimento nesta questão.

2. O consumo de álcool pode causar dependência.

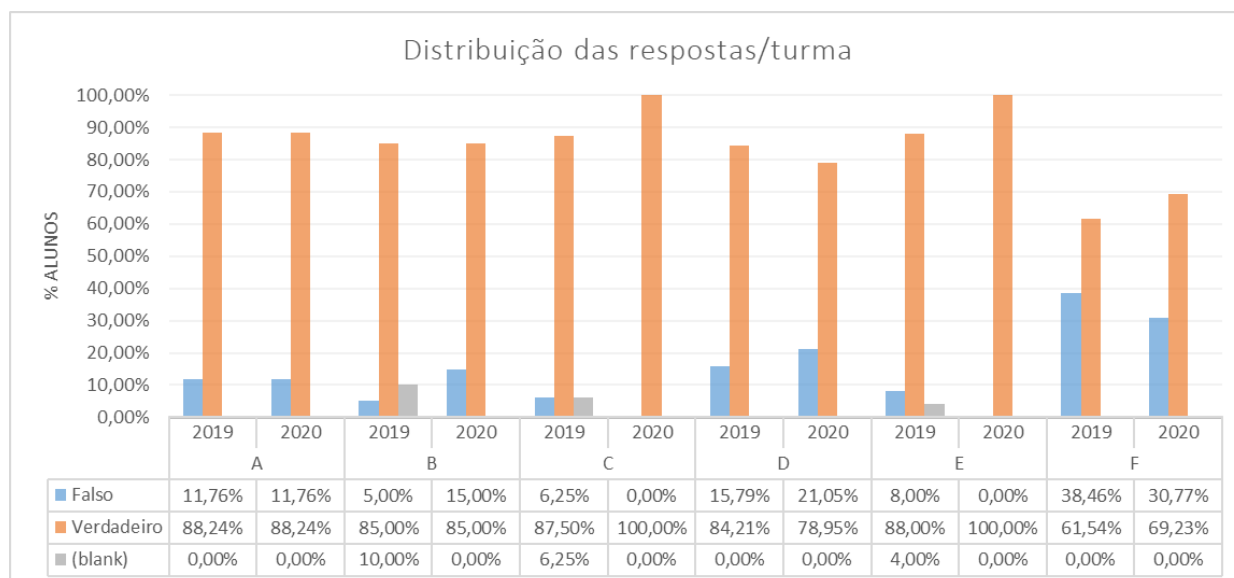


Gráfico 4 - Respostas da pergunta 2 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 4 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o consumo do álcool pode causar dependência.

No período de fevereiro de 2020 as turmas A e B mantiveram o mesmo nível de conhecimento, uma vez que a percentagem de respostas verdadeiras se manteve igual para os diferentes períodos temporais.

As turmas C, E e F aumentaram a percentagem de respostas verdadeiras de um período para o outro, contrariamente ao que aconteceu na turma D, em que essa percentagem de respostas verdadeiras diminuiu.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma C, apresentou aumento de 12,5% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos melhoraram o seu conhecimento nesta questão.

3. O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool que a bebida tem.

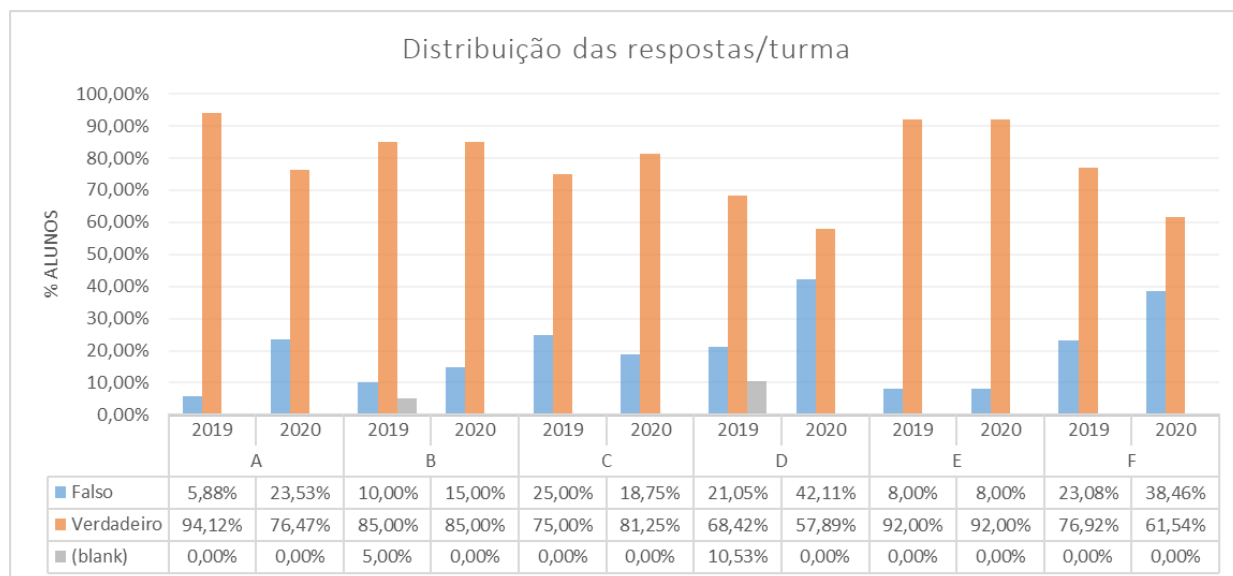


Gráfico 5- Respostas da pergunta 3 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 5 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool que a bebida tem.

No período de fevereiro de 2020 as turmas B e E mantiveram o mesmo nível de conhecimento, uma vez que a percentagem de respostas verdadeiras se manteve igual para os diferentes períodos temporais.

A turma C aumentou a percentagem de respostas verdadeiras de um período para o outro, contrariamente ao que aconteceu nas turmas A, D e F em que a percentagem de respostas verdadeiras diminuiu.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma C, apresentou aumento de 6,25% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que não houve melhoria de conhecimento nesta questão.

4. O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias.

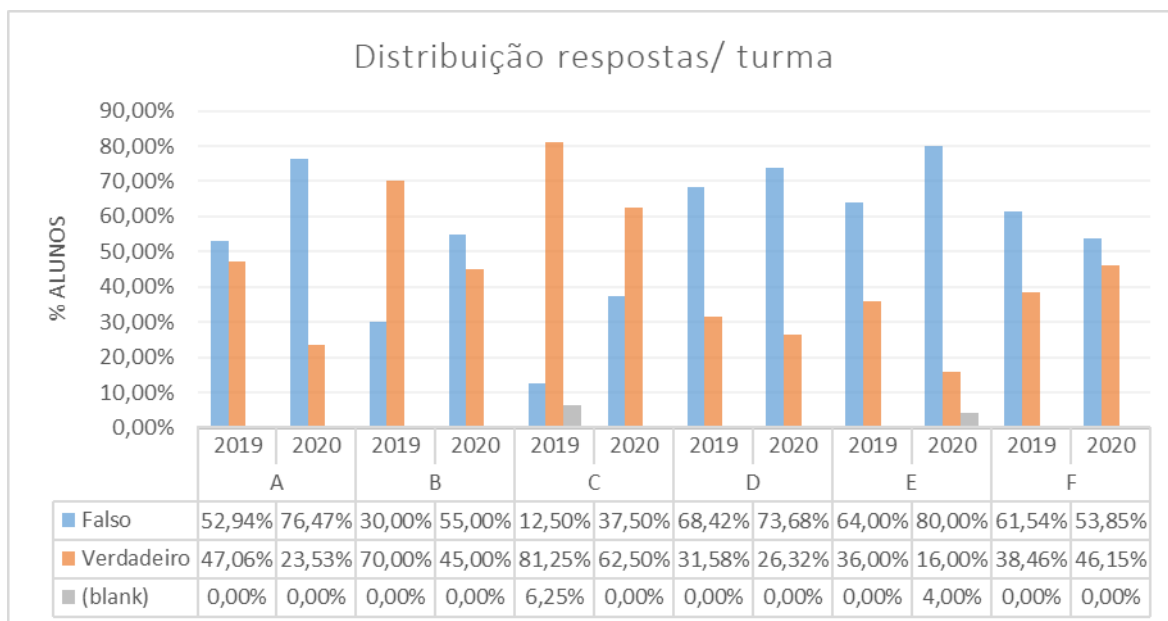


Gráfico 6- Respostas da pergunta 4 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 6 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 as turmas A, D, E e F possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o consumo do álcool não é só prejudicial se as pessoas beberem todos os dias.

Em 5 turmas, A, B, C, D, e E a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

Contrariamente, a percentagem de respostas corretas, na turma F, diminui 7,69%.

As turmas com maior desempenho nesta questão foram as turmas B e C, que apresentaram aumento de 25% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos melhoraram o seu conhecimento nesta questão.

5. Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.

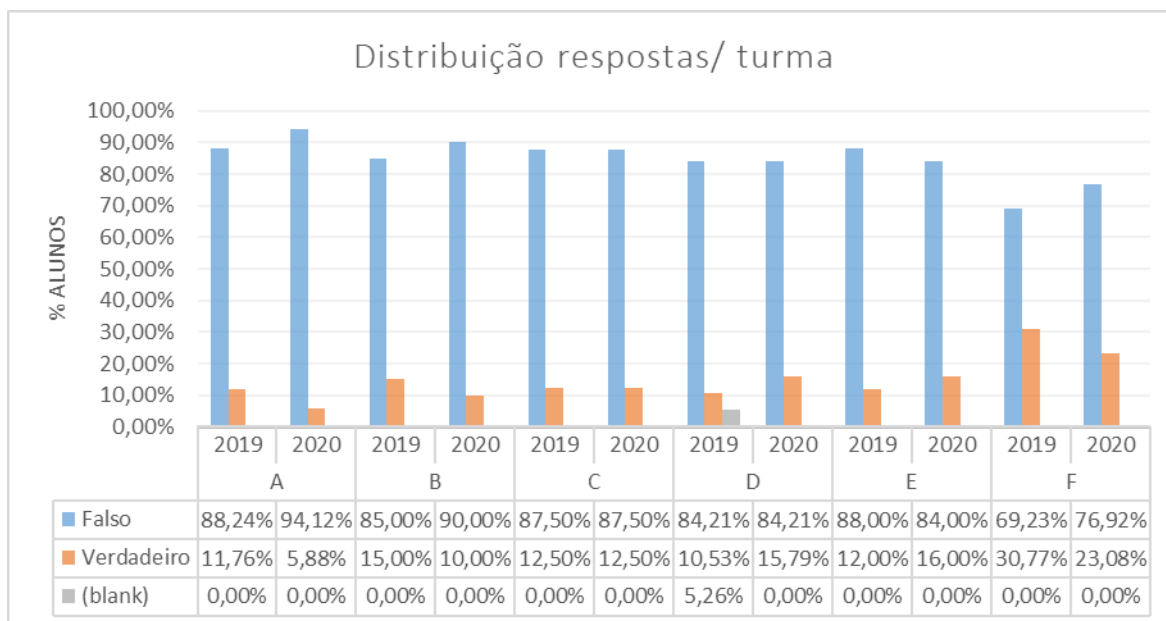


Gráfico 7- Respostas da pergunta 5 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 7 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que todas as bebidas alcoólicas contêm álcool. No período de fevereiro de 2020 esta percentagem aumentou nas turmas A, B e F contrariamente ao que aconteceu na turma E, que diminuiu.

Em duas turmas, C, e D a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

A percentagem de respostas corretas, na turma E, diminuiu 4%.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou aumento de 7,69% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos melhoraram o seu conhecimento nesta questão.

6. O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.

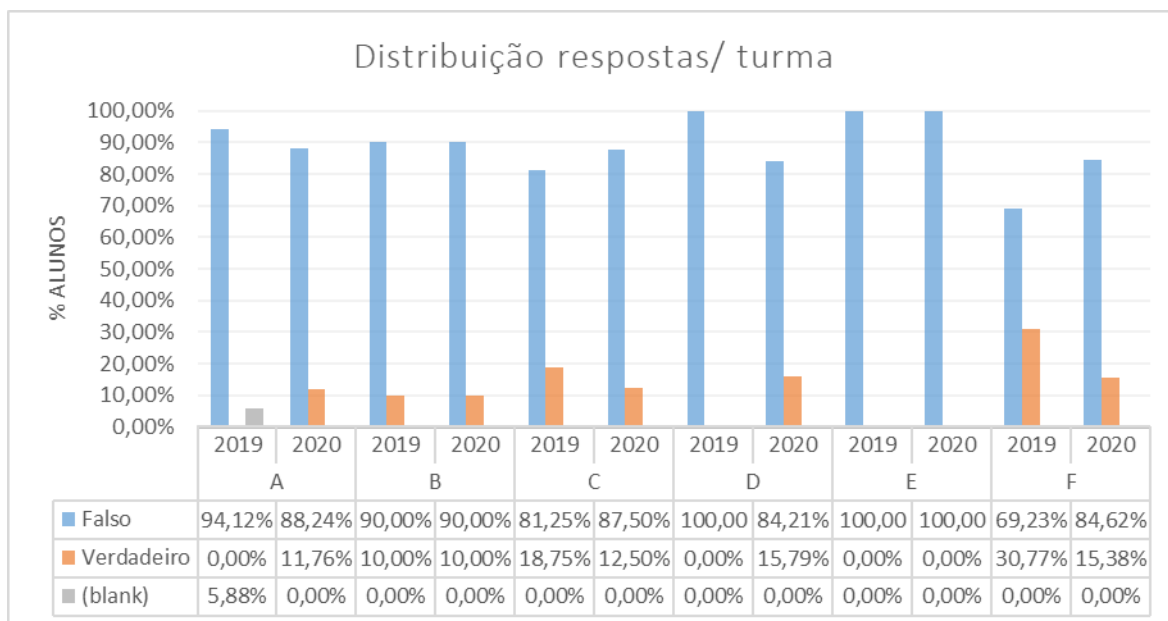


Gráfico 8- Respostas da pergunta 6 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 8 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o álcool não faz com que as pessoas fiquem com maior força para trabalhar.

No período de fevereiro de 2020 esta percentagem nas turmas B e E manteve-se. Nas turmas A e D a percentagem da resposta correta diminuiu.

Em duas turmas, C, e F a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou aumento de 15,39% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos mantiveram o nível de conhecimento nesta questão.

7. Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um ou dois copos de bebidas sem ser bebidas destiladas, repartidas pelas principais refeições.

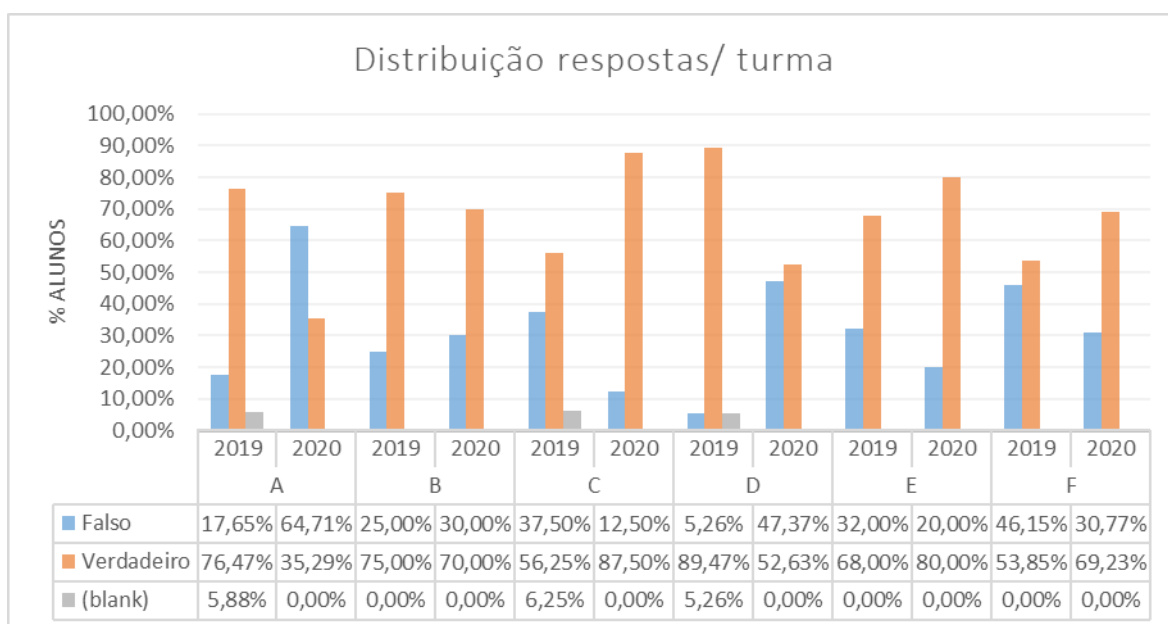


Gráfico 9- Respostas da pergunta 7 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 9 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que beber com moderação, significa um adulto saudável beber um ou dois copos de bebidas sem ser bebidas destiladas, repartidas pelas principais refeições.

As turmas C, E e F aumentaram a percentagem de respostas verdadeiras de um período para o outro, contrariamente ao que aconteceu nas turmas A, B e D em que a percentagem de respostas verdadeiras diminuiu.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma C, apresentou aumento de 6,25% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que houve melhoria de conhecimento nesta questão, nas turmas C, E e F.

8. As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.

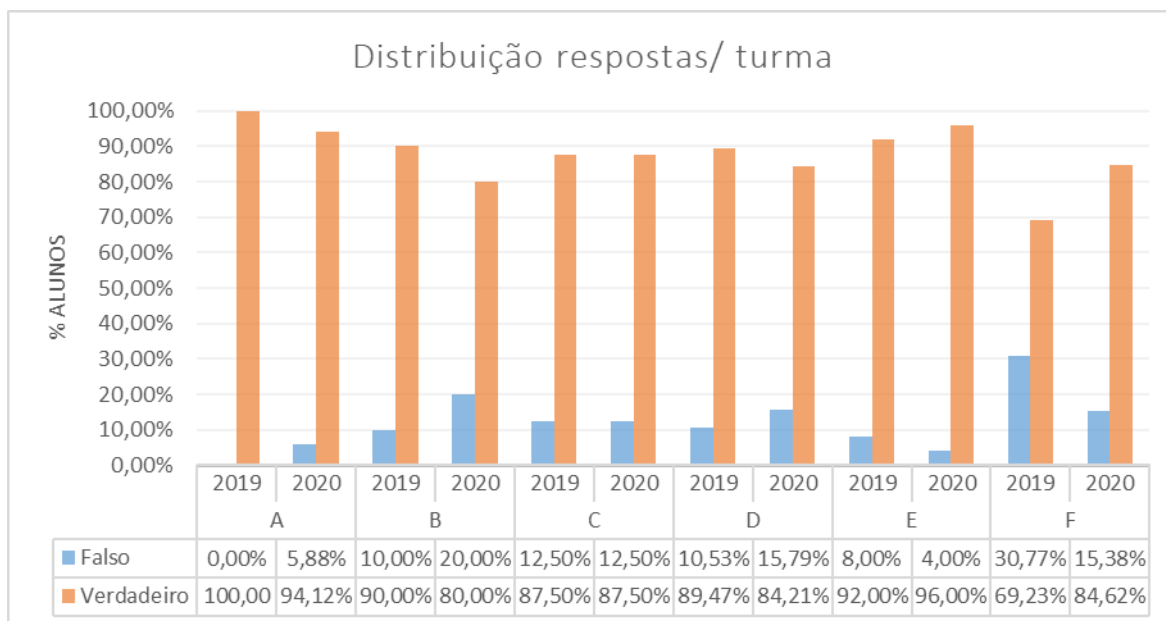


Gráfico 10- Respostas da pergunta 8 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 10 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que todas as pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.

No período de fevereiro de 2020 a turma C manteve o mesmo nível de conhecimento, uma vez que a percentagem de respostas verdadeiras se manteve igual para os diferentes períodos temporais.

Nas turmas A, B e D diminuiu a percentagem de respostas verdadeiras de um período para o outro.

Em duas turmas, E e F a percentagem da resposta verdadeira, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou aumento de 15,39% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que não houve melhoria de conhecimento nesta questão.

9. As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque o álcool ajuda a fazer a digestão.

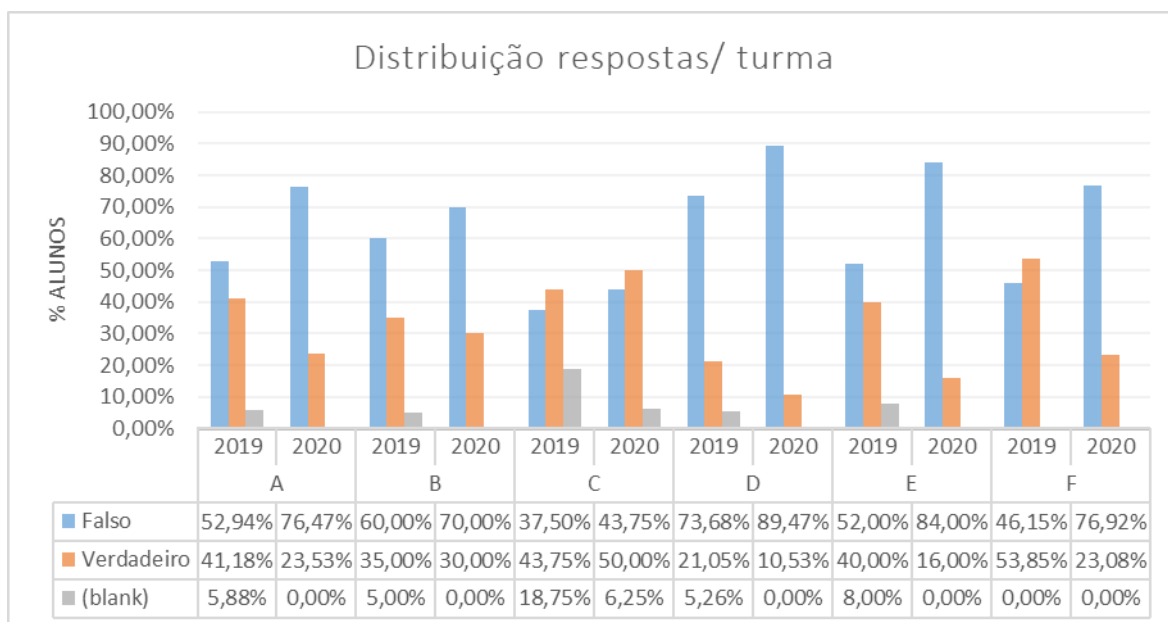


Gráfico 11- Respostas da pergunta 9 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 11 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 as turmas A, B, D e E possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que as bebidas alcoólicas quando bebidas à refeição fazem mal porque o álcool não ajuda a fazer a digestão. As turmas C e F possuíam menor percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos não considerava que as bebidas alcoólicas quando bebidas à refeição fazem mal porque o álcool não ajuda a fazer a digestão.

No período de fevereiro de 2020 esta percentagem aumentou em todas as turmas. Ou seja, a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma E, apresentou aumento de 32% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos melhoraram o seu conhecimento nesta questão.

10. O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória.

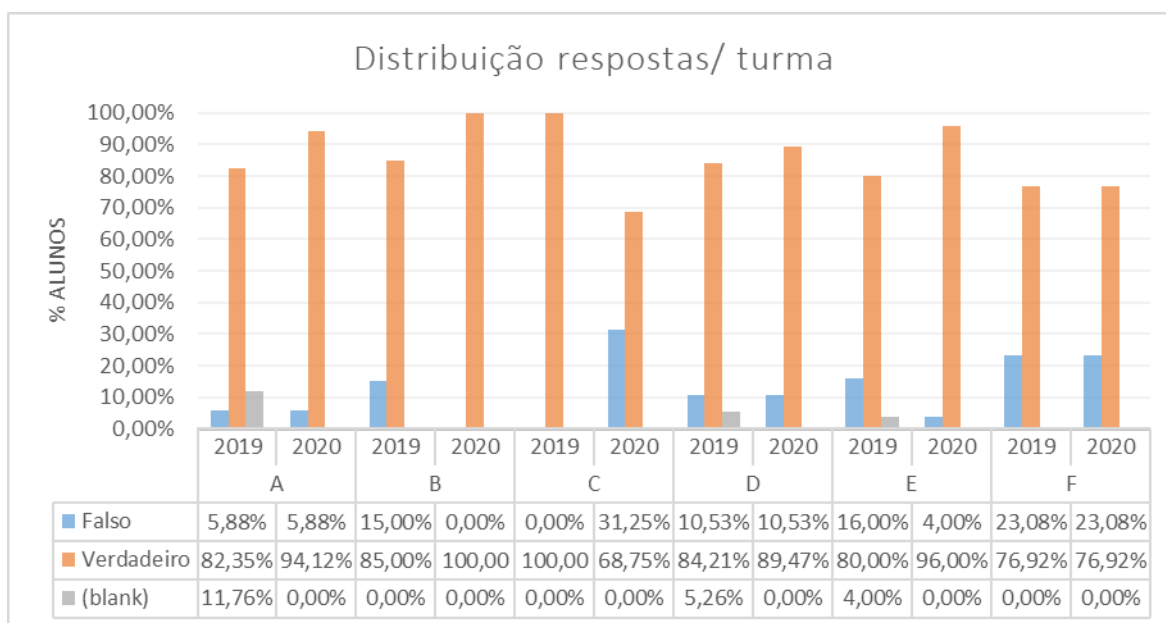


Gráfico 12- Respostas da pergunta 10 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 12 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória.

No período de fevereiro de 2020 a turma F manteve o mesmo nível de conhecimento, uma vez que a percentagem de respostas verdadeiras se manteve igual para os diferentes períodos temporais.

Na turma C diminuiu a percentagem de respostas verdadeiras de um período para o outro.

Em quatro turmas, A, B, D e E a percentagem da resposta verdadeira, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma E, apresentou aumento de 16% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que houve melhoria de conhecimento nesta questão.

11. O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.

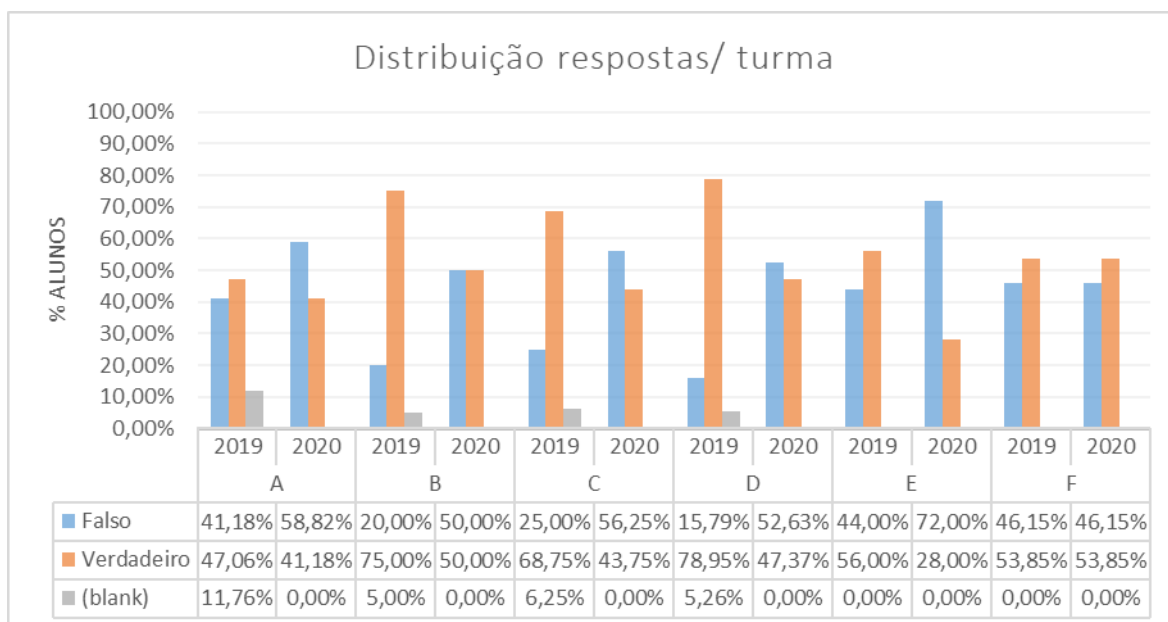


Gráfico 13- Respostas da pergunta 11 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 13 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estomago junto com os alimentos.

No período de fevereiro de 2020 a percentagem da resposta correta, resposta “falso”, aumentou em todas as turmas, exceto na turma F, que se manteve igual após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma D, apresentou aumento de 36,84% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos melhoraram o seu conhecimento nesta questão.

12. O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água.

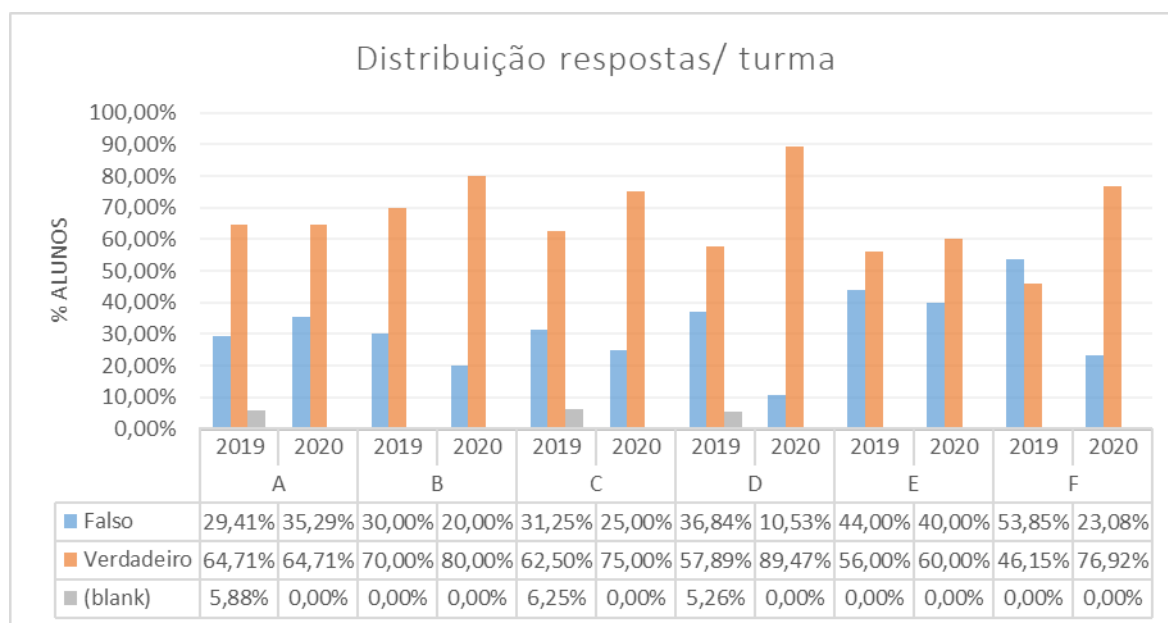


Gráfico 14- Respostas da pergunta 12 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 14 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 as turmas A, B, C, D e E possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água. Neste período a turma F possuía maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos não considerava que o álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água.

No período de fevereiro de 2020 a turma A manteve o mesmo nível de conhecimento, uma vez que a percentagem de respostas verdadeiras se manteve igual para os diferentes períodos temporais.

Em cinco turmas, B, C, D, E e F a percentagem da resposta verdadeira, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou aumento de 33,77% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que houve melhoria de conhecimento nesta questão.

13. Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.

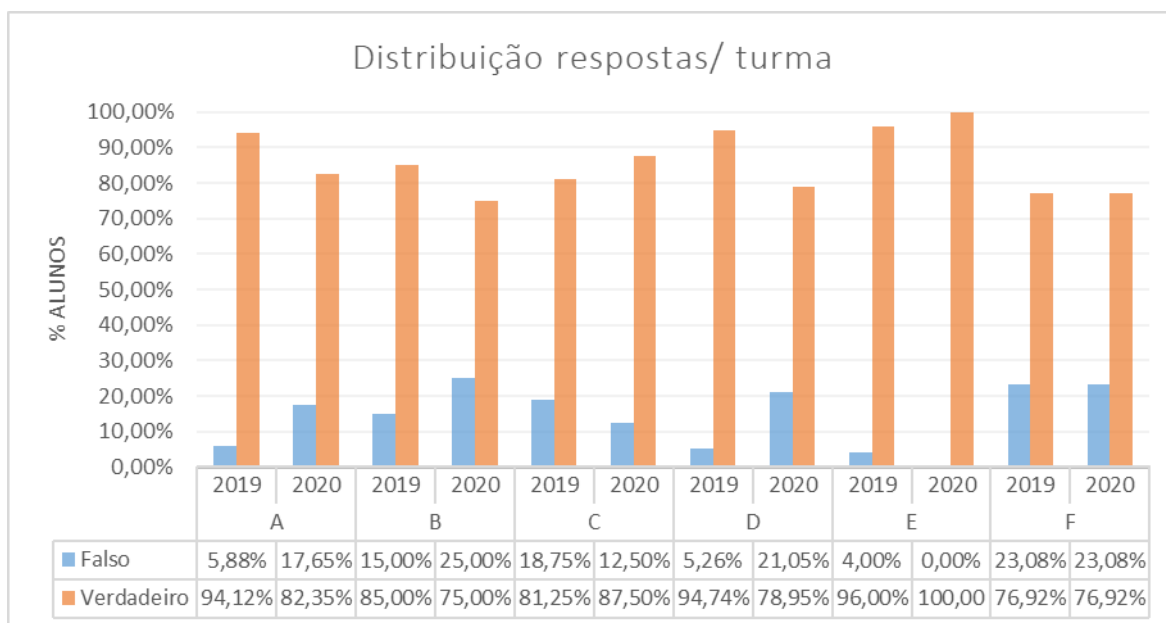


Gráfico 15- Respostas da pergunta 13 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 15 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.

No período de fevereiro de 2020 a turma F manteve o mesmo nível de conhecimento, uma vez que a percentagem de respostas verdadeiras se manteve igual para os diferentes períodos temporais.

Nas turmas A, B e D diminuiu a percentagem da resposta correta, de um período para o outro.

Em duas turmas, C e E a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma C, apresentou aumento de 6,25% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que em três turmas, A, B e D, o nível de conhecimento nesta questão diminuiu.

Nas turmas C e E aumentou e na F manteve-se.

14. Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma maneira à mesma quantidade de álcool.

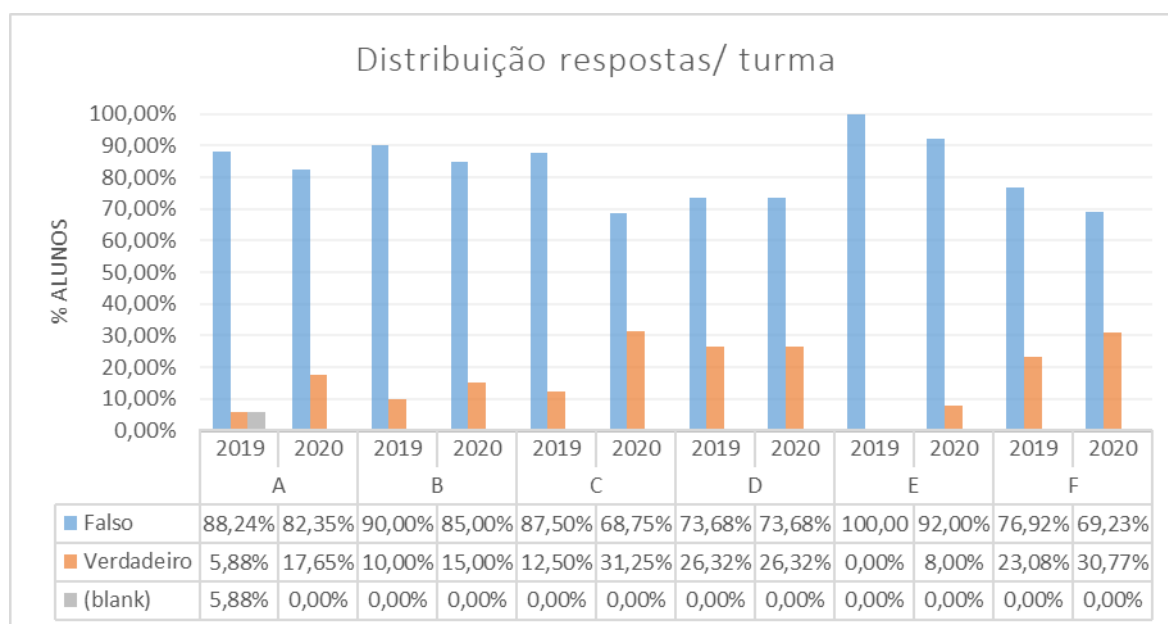


Gráfico 16- Respostas da pergunta 14 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 16 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura não reagem da mesma maneira à mesma quantidade de álcool.

No período de fevereiro de 2020 esta percentagem diminuiu nas turmas A, B, C, E e F. No entanto a resposta dominante continua a ser a opção “falso”, opção correta.

Na turma D a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou a menor diminuição, 7,69% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos não melhoraram o seu conhecimento nesta questão.

15. Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool.

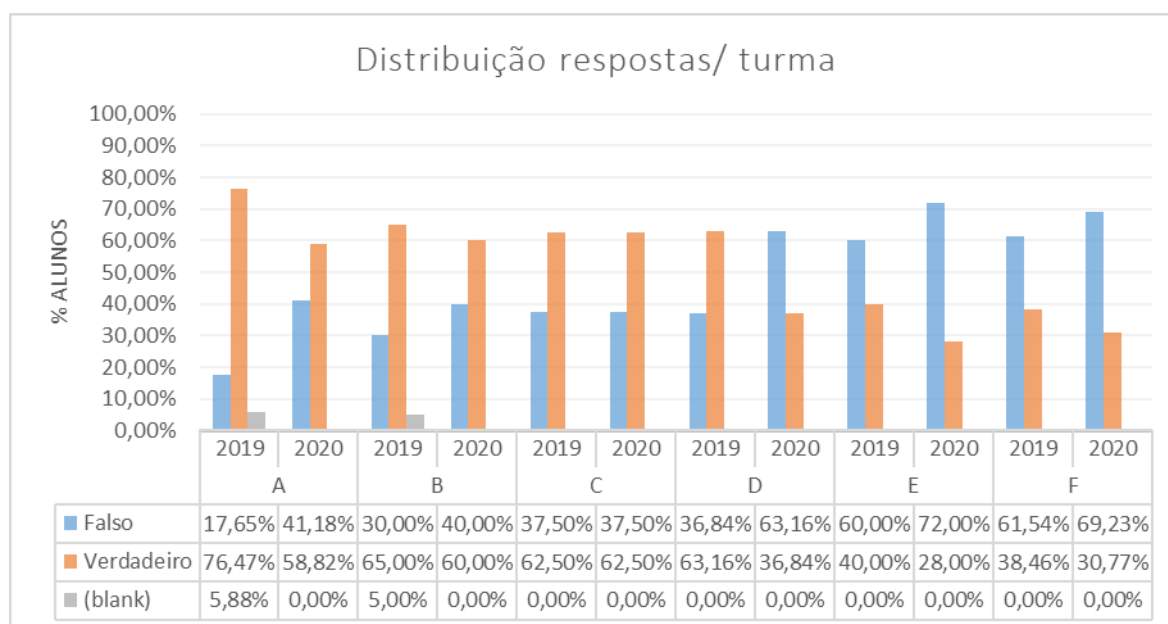


Gráfico 17- Respostas da pergunta 15 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 17 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 quatro turmas, A, B, C, e D possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro” e as turmas E e F tinham a maior percentagem na resposta “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool.

No período de fevereiro de 2020 esta percentagem aumentou nas turmas A, B, D, E e F.

As turmas A, B e C mantiveram a maior percentagem na opção “verdadeiro”, mas aumentou a percentagem de respostas na opção correta, “falso”, na turma A e B.

Na turma C a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma D, apresentou aumento de 26,32% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos aumentaram o nível de conhecimento nesta questão.

16. O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerido.

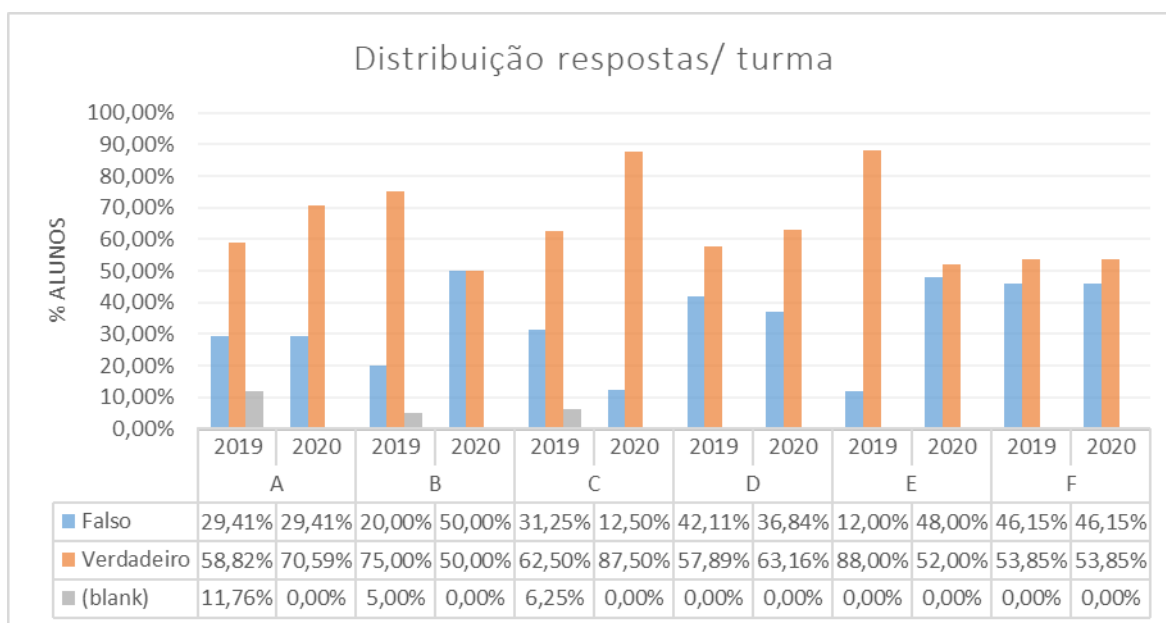


Gráfico 18- Respostas da pergunta 16 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 18 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerido.

No período de fevereiro de 2020 esta percentagem diminuiu nas turmas B, e E, seja, a resposta “falso”, opção correta, aumentou nestas duas turmas.

A turma E manteve a maior percentagem na opção “verdadeiro”, mas aumentou a percentagem de respostas na opção correta, “falso”.

Nas turmas A e F a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma E, apresentou aumento de 36% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos apresentaram uma ligeira regressão no nível de conhecimento nesta questão.

17. O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.

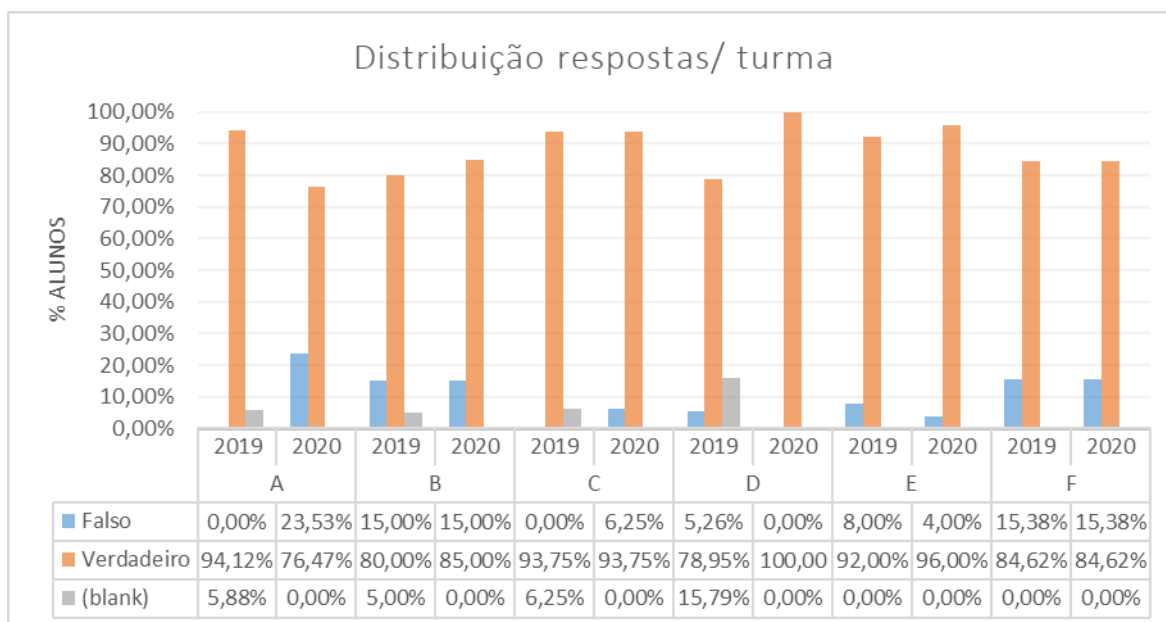


Gráfico 19- Respostas da pergunta 17 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 19 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.

No período de fevereiro de 2020 as turmas C e F mantiveram o mesmo nível de conhecimento, uma vez que a percentagem de respostas verdadeiras se manteve igual para os diferentes períodos temporais.

Na turma A diminuiu a percentagem da resposta correta, de um período para o outro.

Em três turmas, B, D e E a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma D, apresentou aumento de 21,05% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que houve modificação positiva no nível de conhecimento nesta questão.

18. A idade não tem influência na capacidade do fígado “queimar” o álcool.

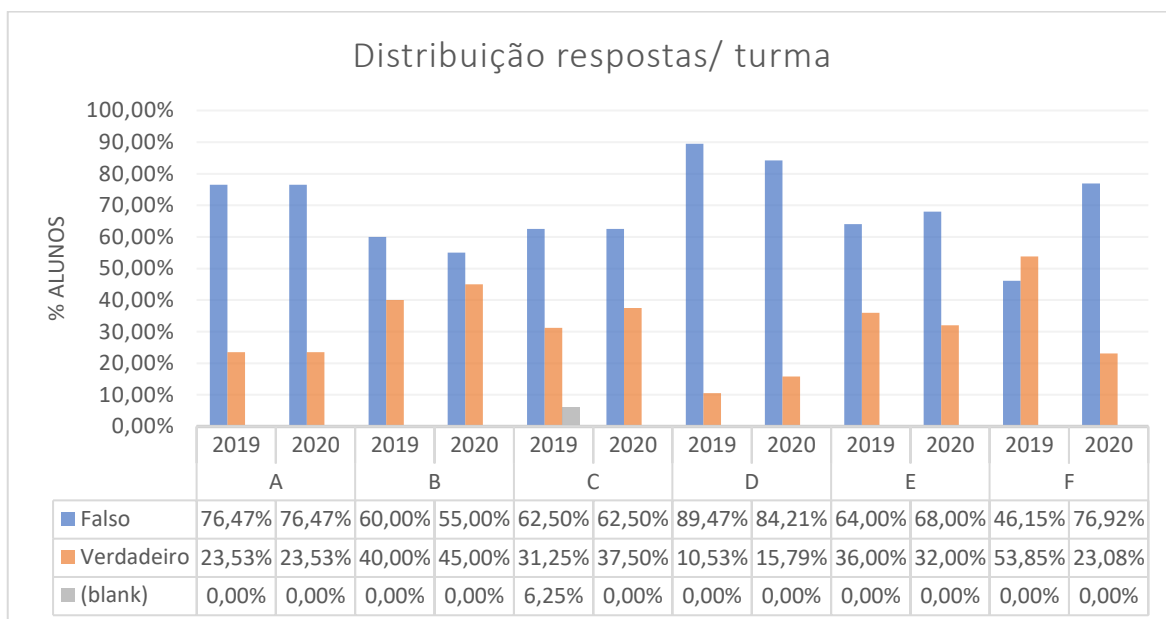


Gráfico 20- Respostas da pergunta 18 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 20 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas, exceto a F, possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que a idade tem influência na capacidade do fígado “queimar” o álcool.

No período de fevereiro de 2020 esta percentagem aumentou nas turmas E e F.

Nas turmas B e D a resposta “falso”, opção correta, diminuiu no período de fevereiro de 2020.

Nas turmas A e C a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou o maior aumento, 30,77% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos melhoraram o seu conhecimento nesta questão, com exceção das turmas B e D onde diminuiu e A e C que se manteve. No geral os alunos mantiveram o nível de conhecimento nesta questão.

19. É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.

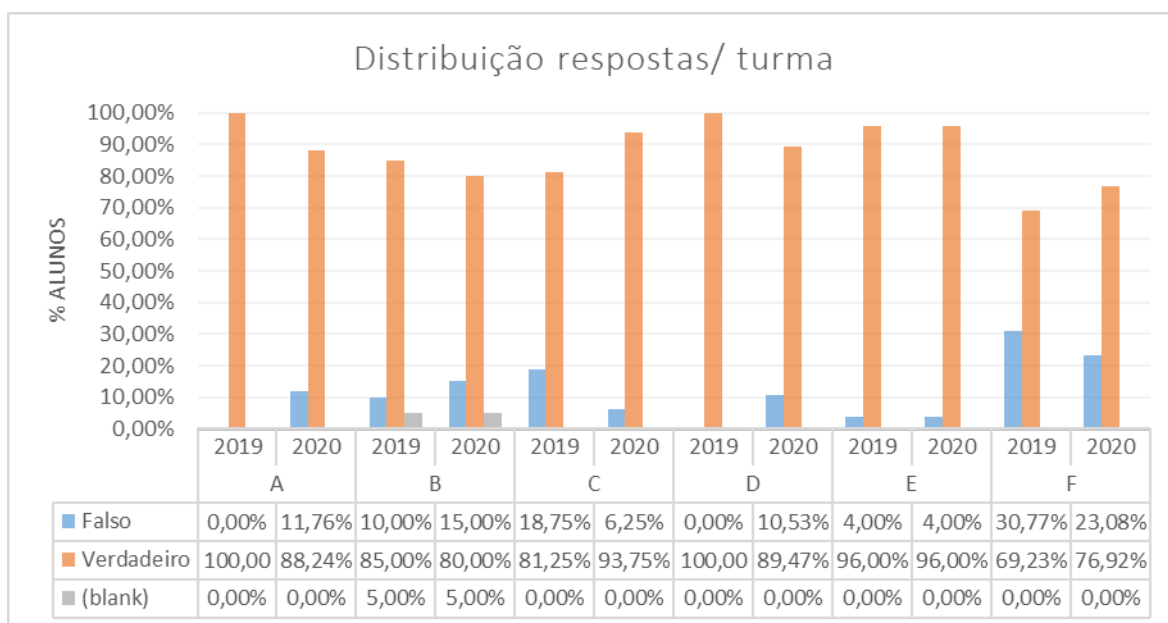


Gráfico 21- Respostas da pergunta 19 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 21 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que é perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.

No período de fevereiro de 2020 a turmas E manteve o nível de conhecimento, uma vez que a percentagem de respostas verdadeiras se manteve igual para os diferentes períodos temporais.

Nas turmas A, B e D diminuiu a percentagem da resposta correta, de um período para o outro.

Nas turmas C e F a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma C, apresentou aumento de 12,5% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que a nível geral houve regressão no nível de conhecimento nesta questão.

20. Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.

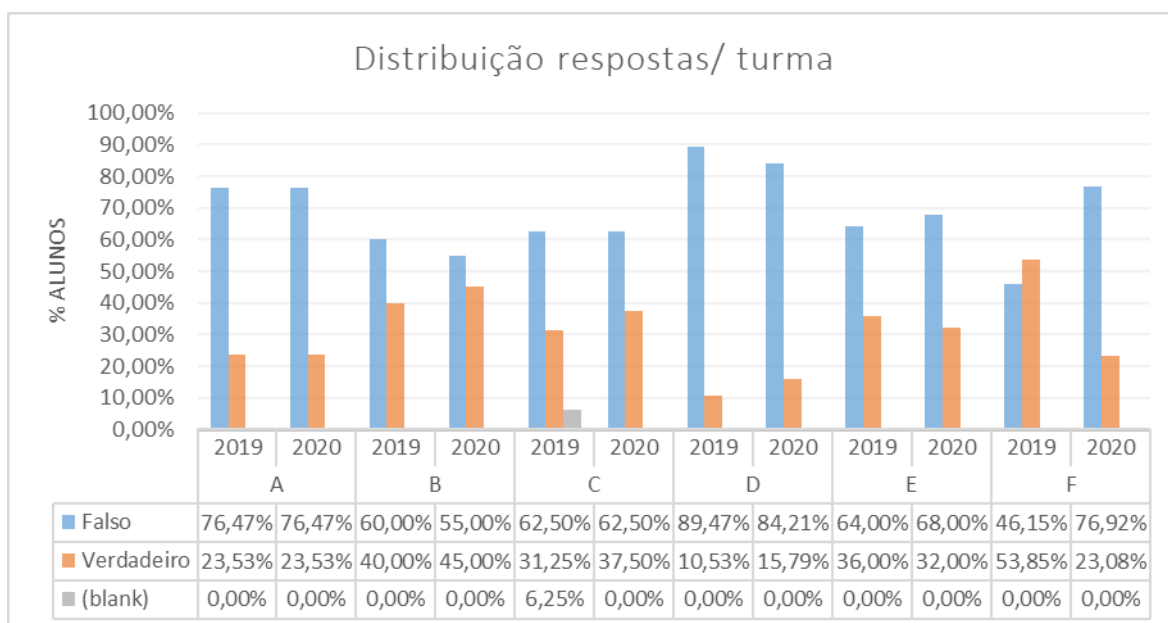


Gráfico 22- Respostas da pergunta 20 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 22 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas, exceto a F possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, provocam alterações.

No período de fevereiro de 2020 esta percentagem aumentou nas turmas E e F.

Nas turmas B e D a resposta “falso”, opção correta, diminuiu no período de fevereiro de 2020.

Nas turmas A e C a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou o maior aumento, 30,77% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que a nível geral os alunos não apresentaram alterações no seu conhecimento, nesta questão.

21. As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebê.

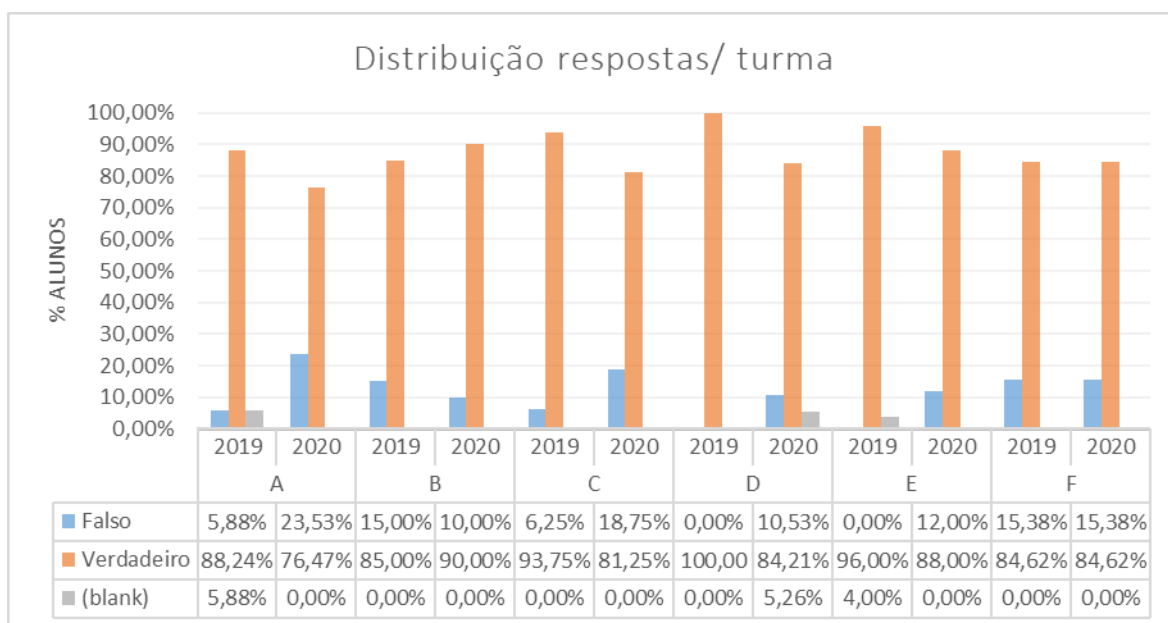


Gráfico 23- Respostas da pergunta 21 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 23 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que as mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebê.

No período de fevereiro de 2020 a turmas F manteve o nível de conhecimento, uma vez que a percentagem de respostas verdadeiras se manteve igual para os diferentes períodos temporais. Nas turmas A, C, D e E diminuiu a percentagem da resposta correta, de um período para o outro. Na turma B a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma B, apresentou aumento de 5% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que houve regressão no nível de conhecimento nesta questão.

22. O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.

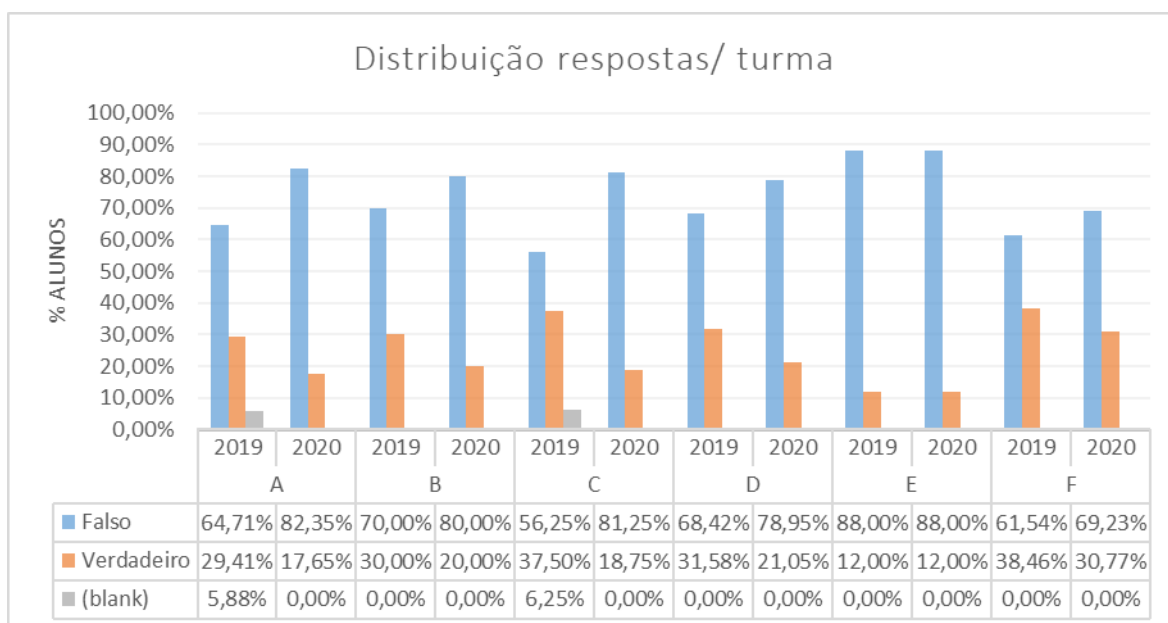


Gráfico 24- Respostas da pergunta 22 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 24 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o álcool é uma substância que cause dependência como as drogas.

A resposta “falso”, opção correta, aumentou em todas as turmas, exceto na turma E, que se manteve, no período de fevereiro de 2020.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma C, apresentou um aumento de 25% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos aumentaram o nível do seu conhecimento nesta questão.

23. Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira a não se sentir tonto ou maldisposto.

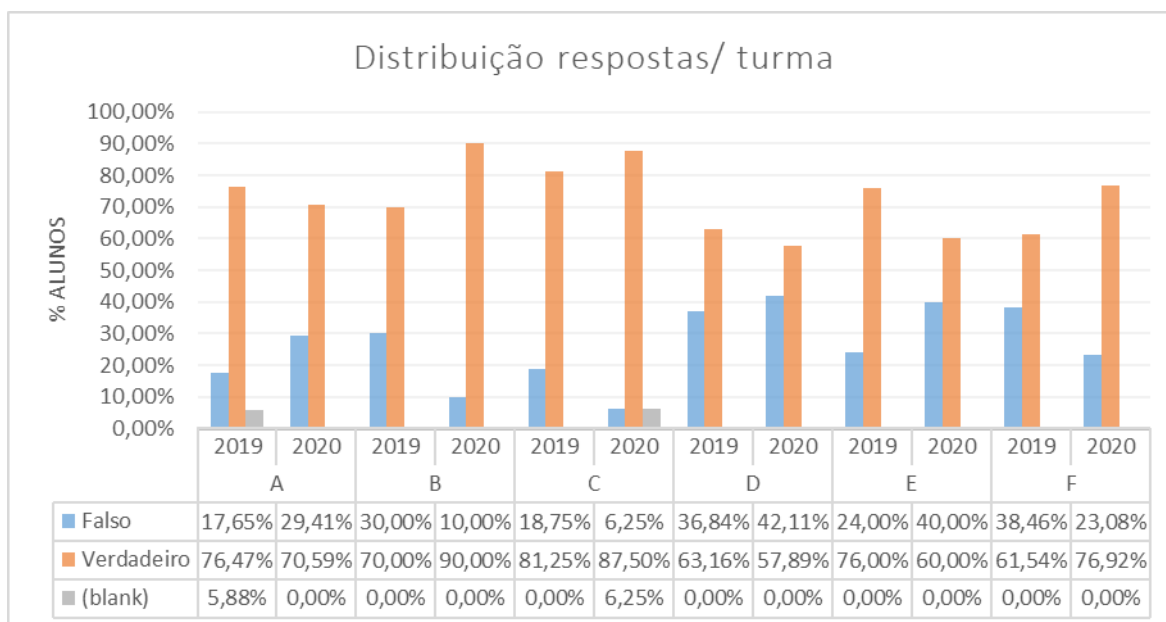


Gráfico 25- Respostas da pergunta 23 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 25 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira a não se sentir tonto ou maldisposto. No período de fevereiro de 2020 esta percentagem aumentou nas turmas A, D e E.

Nas turmas B, C e F a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, diminuiu após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou o maior aumento, 15,38% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que de um modo geral não houve modificação do conhecimento nesta questão.

24. A cerveja é boa para “matar” a sede.

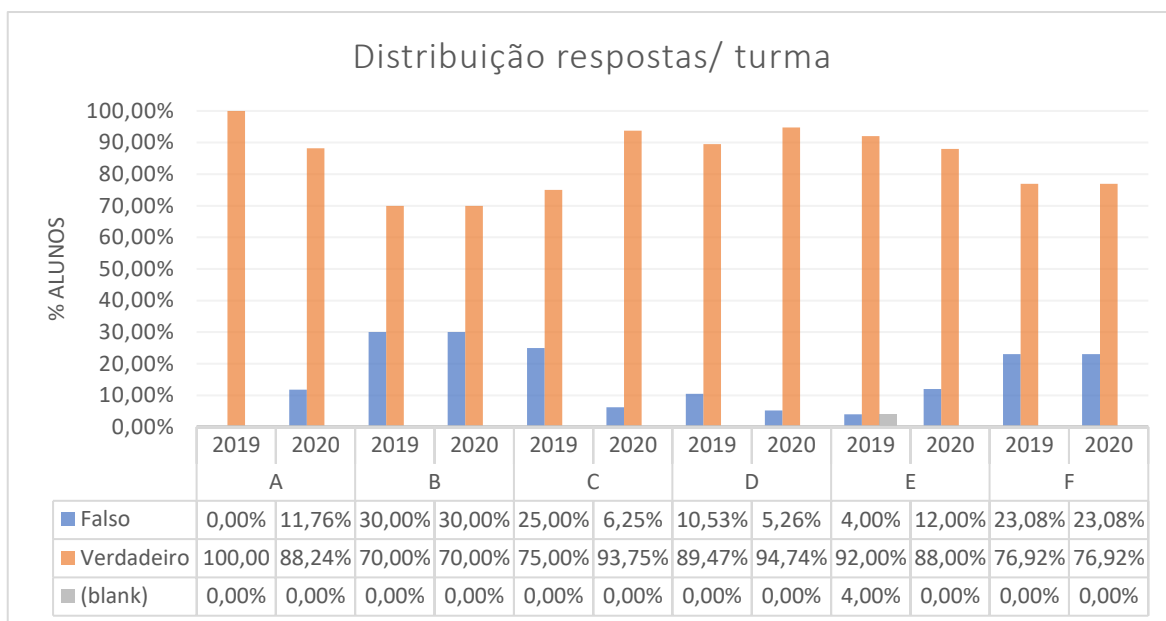


Gráfico 26- Respostas da pergunta 24 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 26 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam menor percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que a cerveja é boa para “matar” a sede. No período de fevereiro de 2020 esta percentagem aumentou nas turmas A e E.

Nas turmas C e D a resposta “falso”, opção correta, diminuiu no período de fevereiro de 2020.

Nas turmas B e F a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma A, apresentou o maior aumento, 11,76% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que de um modo geral os alunos não tiveram alteração no seu conhecimento nesta questão.

25. O álcool das bebidas alcoólicas é “queimado” no fígado.

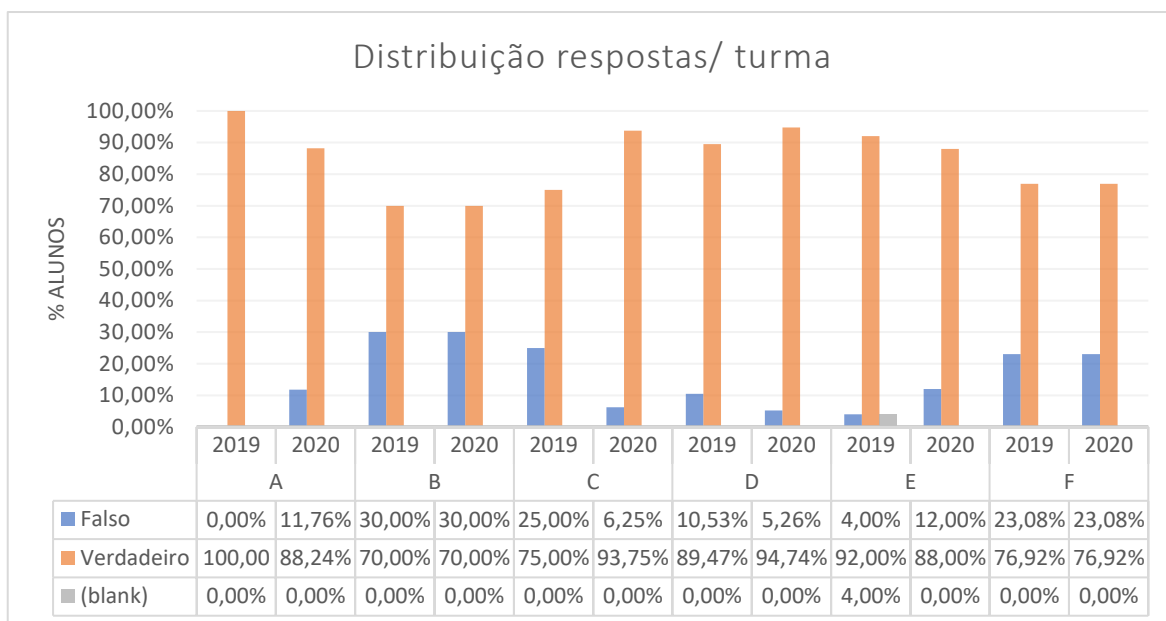


Gráfico 27- Respostas da pergunta 25 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 27 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o álcool das bebidas alcoólicas é “queimado” no fígado.

No período de fevereiro de 2020 as turmas B e F mantiveram o nível de conhecimento, uma vez que a percentagem de respostas verdadeiras se manteve igual para os diferentes períodos temporais.

Nas turmas A, e E diminuiu a percentagem da resposta correta, de um período para o outro.

Nas turmas C e D a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma C, apresentou aumento de 18,75% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que de um modo geral os alunos não tiveram alteração no seu conhecimento nesta questão.

26. Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.

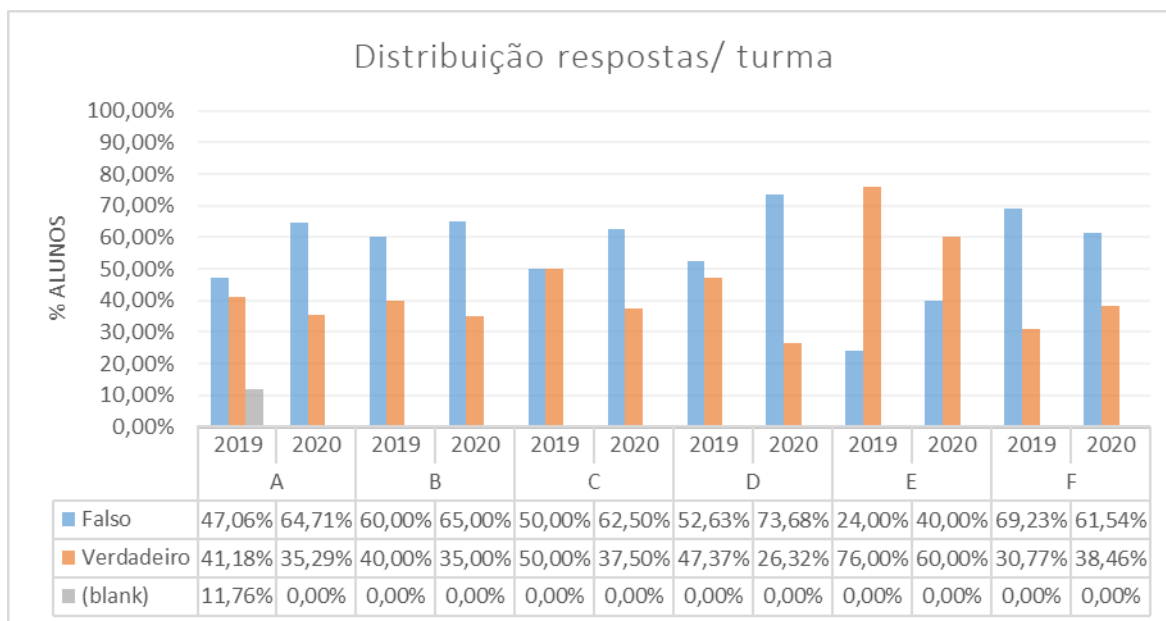


Gráfico 28- Respostas da pergunta 26 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 28 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 a turma E possuía a maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, nesta turma a maioria dos alunos considerava que os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.

Nas turmas A, B, C, D e E diminuiu a percentagem da resposta correta, de um período para o outro.

Na turma F a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou aumento de 7,69% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que no geral houve regressão no nível de conhecimento nesta questão.

27. O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.

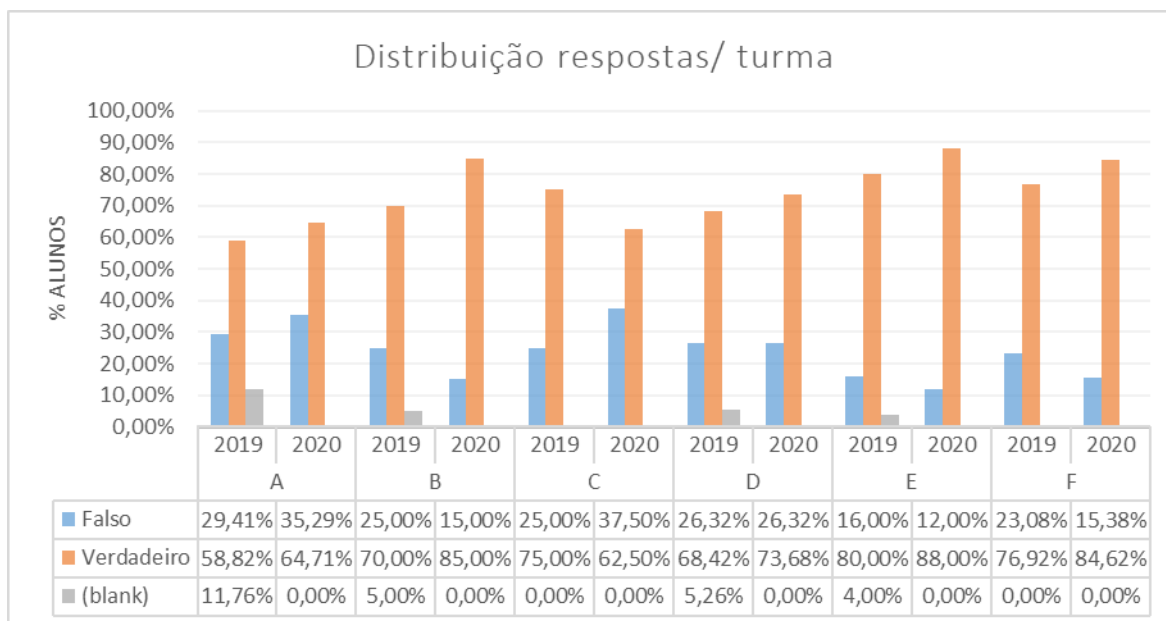


Gráfico 29- Respostas da pergunta 27 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 29 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.

Na turma C diminuiu a percentagem da resposta correta, de um período para o outro.

Em todas as turmas, exceto na C, a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma B, apresentou aumento de 15% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que houve aumento no nível de conhecimento nesta questão.

28. O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem-dispostas.

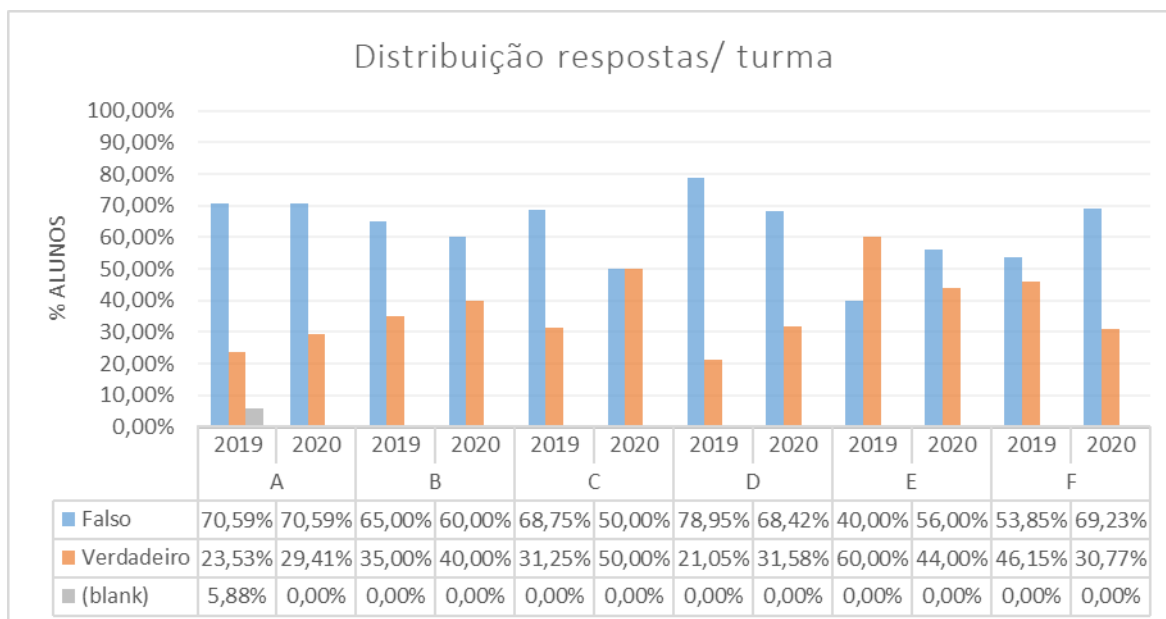


Gráfico 30- Respostas da pergunta 28 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 30 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas, exceto a E, possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o álcool não estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem-dispostas.

No período de fevereiro de 2020 esta percentagem aumentou nas turmas E e F.

Nas turmas B, C e D a resposta “falso”, opção correta, diminuiu no período de fevereiro de 2020.

Na turma A a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma E, apresentou o maior aumento, 16% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que nesta questão houve uma ligeira regressão dos conhecimentos.

29. Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.

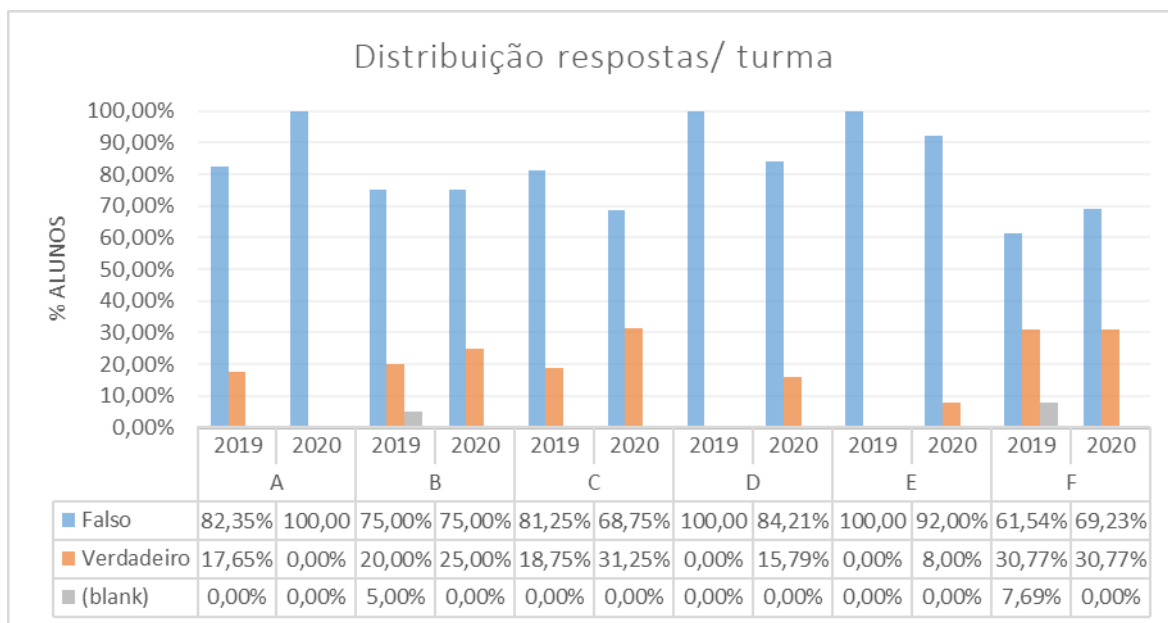


Gráfico 31- Respostas da pergunta 29 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 31 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que nenhuma criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.

Nas turmas A e F a resposta “falso”, opção correta, aumentou no período de fevereiro de 2020.

Nas turmas C, D e E a resposta “falso”, opção correta, diminuiu no período de fevereiro de 2020.

Na turma B a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma A, apresentou o maior aumento, 17,65% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que nesta questão houve uma ligeira regressão dos conhecimentos.

30. O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool.

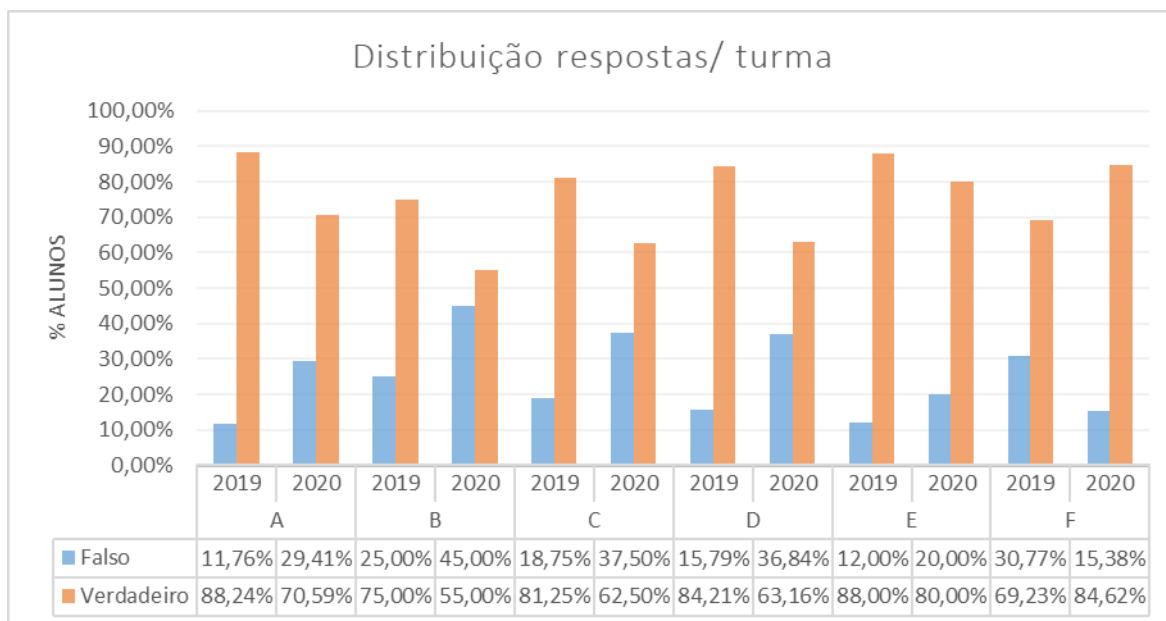


Gráfico 32- Respostas da pergunta 30 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 32 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool.

Em cinco turmas, A, B, C, D, e E diminuiu a percentagem da resposta correta, opção “verdadeiro”, de um período para o outro.

Na turma F a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou aumento de 15,39% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que nesta questão houve uma ligeira regressão dos conhecimentos.

31. As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam com moderação.

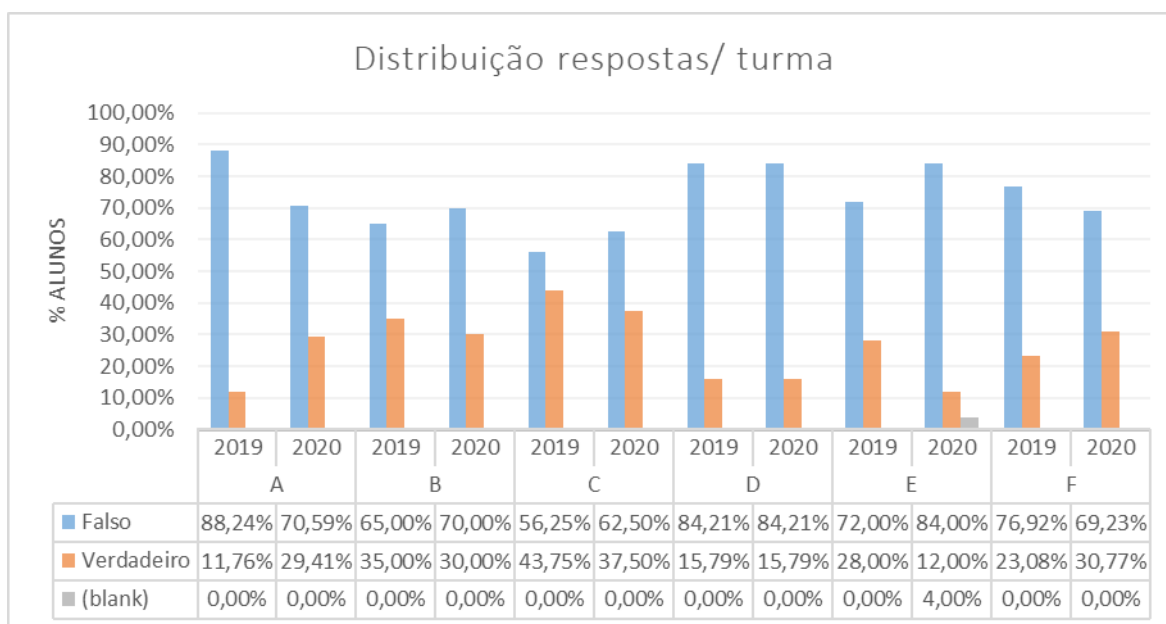


Gráfico 33- Respostas da pergunta 31 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 33 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que as mulheres que estão a amamentar não podem beber álcool desde que bebam com moderação.

Nas turmas B, C e E a resposta “falso”, opção correta, aumentou no período de fevereiro de 2020.

Nas turmas A e F a resposta “falso”, opção correta, diminuiu no período de fevereiro de 2020.

Na turma D a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma E, apresentou o maior aumento, 12% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos melhoraram o seu conhecimento nesta questão.

32. No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.

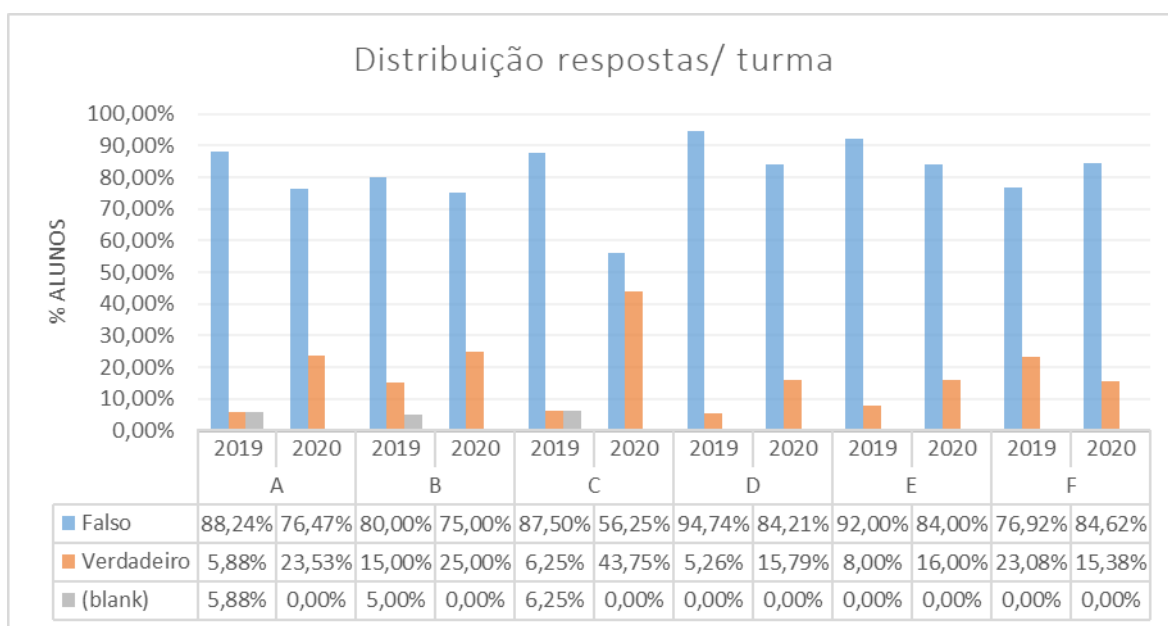


Gráfico 34- Respostas da pergunta 32 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 34 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que no nosso país há muitas pessoas que bebam muito.

Na turma F a resposta “falso”, opção correta, aumentou no período de fevereiro de 2020.

Nas turmas A, B, C, D e E a resposta “falso”, opção correta, diminuiu no período de fevereiro de 2020.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou o maior aumento, 7,7% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos não melhoraram o seu conhecimento nesta questão.

33. Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade de se vir a ter problemas relacionados com o álcool ao longo da vida.

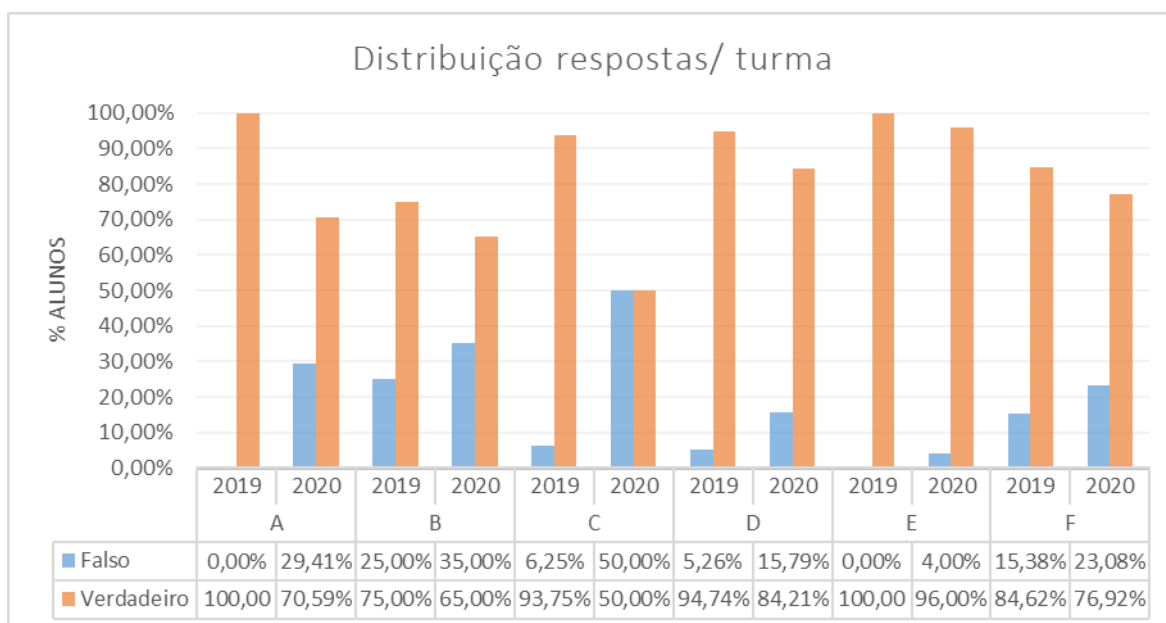


Gráfico 35- Respostas da pergunta 33 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 35 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade de se vir a ter problemas relacionais com o álcool ao longo da vida.

Em todas as turmas foi observada diminuição da percentagem da resposta correta, opção “verdadeiro”, de um período para o outro.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma E, apresentou a menor diminuição na percentagem, 4%, na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que houve regressão no nível de conhecimento nesta questão.

34. As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.

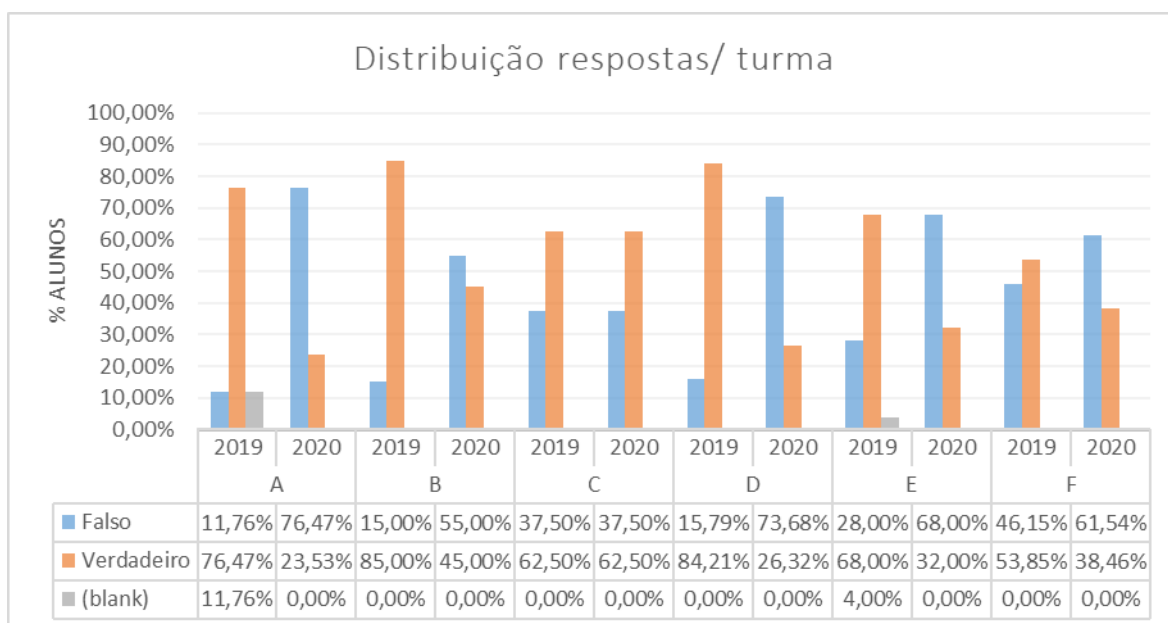


Gráfico 36- Respostas da pergunta 34 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 36 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que as pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool não aquece.

Nas turmas A, B, D, E e F, a resposta “falso”, opção correta, aumentou no período de fevereiro de 2020.

Na turma C a percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma A, apresentou o maior aumento, 64,71% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos melhoraram o seu conhecimento nesta questão.

35. O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações nos reflexos.

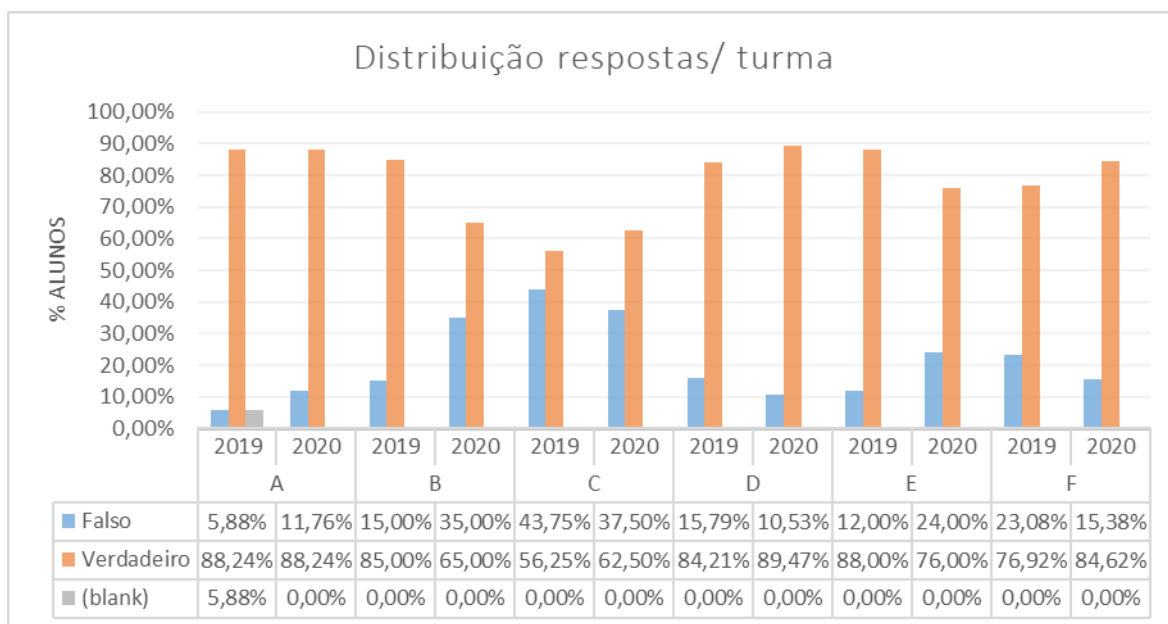


Gráfico 37- Respostas da pergunta 35 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 37 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações nos reflexos.

Na turma A a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção.

Nas turmas B, e E diminuiu a percentagem da resposta correta, opção “verdadeiro”, de um período para o outro.

Nas turmas C, D e F a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma F, apresentou aumento de 7,7% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que houve aumento no nível de conhecimentos nesta questão.

36. O fígado está preparado para “queimar” qualquer quantidade de álcool.

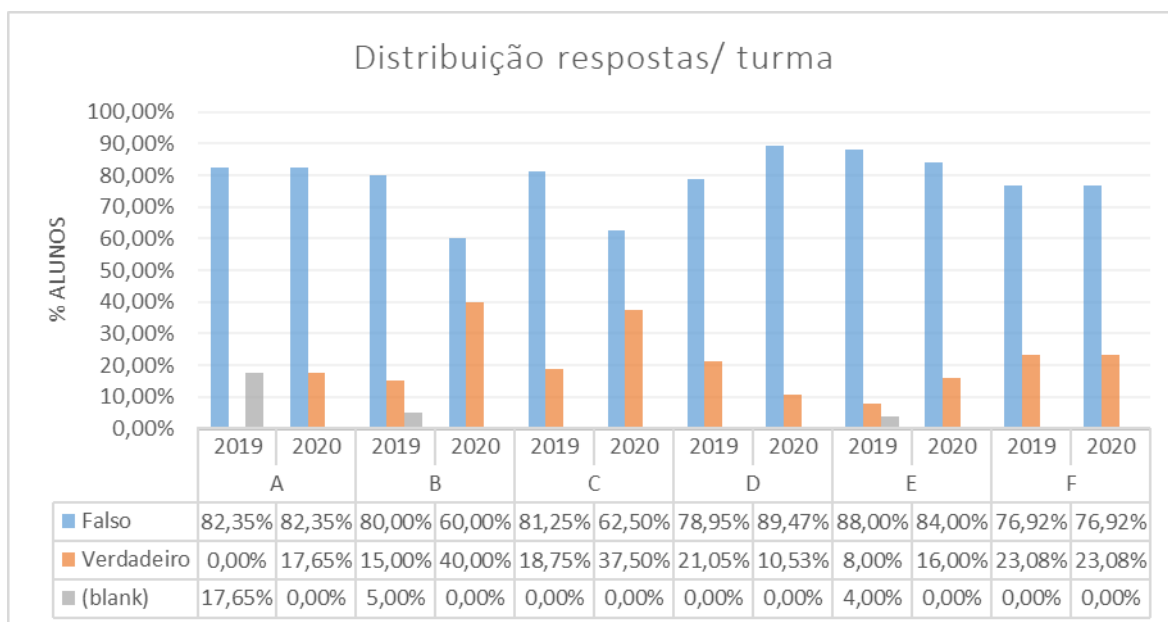


Gráfico 38- Respostas da pergunta 36 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 38 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o fígado não está preparado para “queimar” qualquer quantidade de álcool.

Nas turmas B, C, e E a resposta “falso”, opção correta, diminuiu no período de fevereiro de 2020.

Na turma D a resposta “falso”, opção correta, aumentou no período de fevereiro de 2020.

A percentagem da resposta “falso”, a opção correta, manteve-se igual após a intervenção, nas turmas A e F.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma A, apresentou a menor diminuição, 4% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que os alunos não melhoraram o seu conhecimento nesta questão.

37. Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.

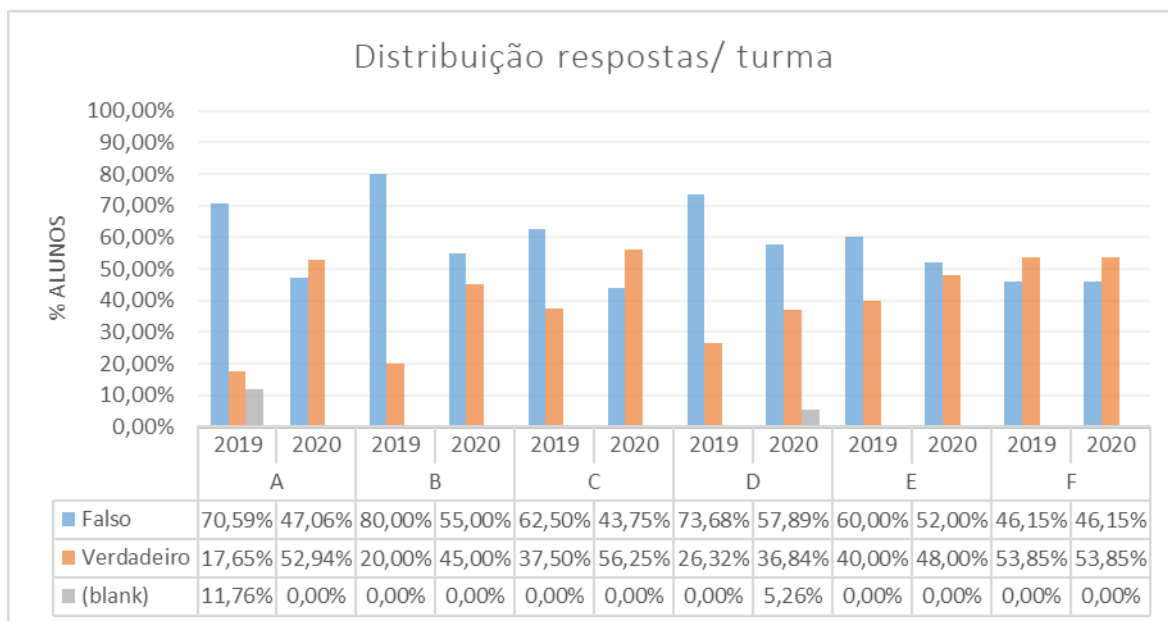


Gráfico 39- Respostas da pergunta 37 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 39 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas, exceto a F possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.

Em cinco turmas, A, B, C, D, e E aumentou a percentagem da resposta correta, opção “verdadeiro”, de um período para o outro.

Na turma F a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, manteve-se após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma A, apresentou aumento de 35,29% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que houve melhoria no nível de conhecimento nesta questão.

38. O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.

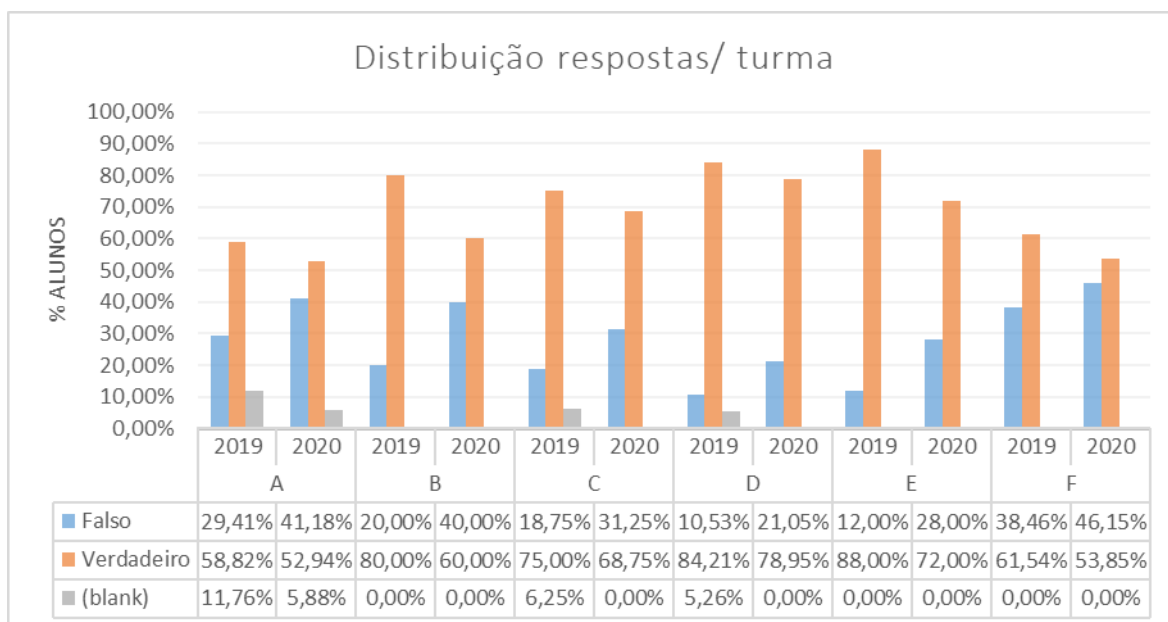


Gráfico 40- Respostas da pergunta 38 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 40 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.

Em todas as turmas diminuiu a percentagem da resposta correta, opção “verdadeiro”, de um período para o outro.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma D, apresentou menor diminuição, 5,26%, na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que houve regressão no nível de conhecimento nesta questão.

39. Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas diferentes.

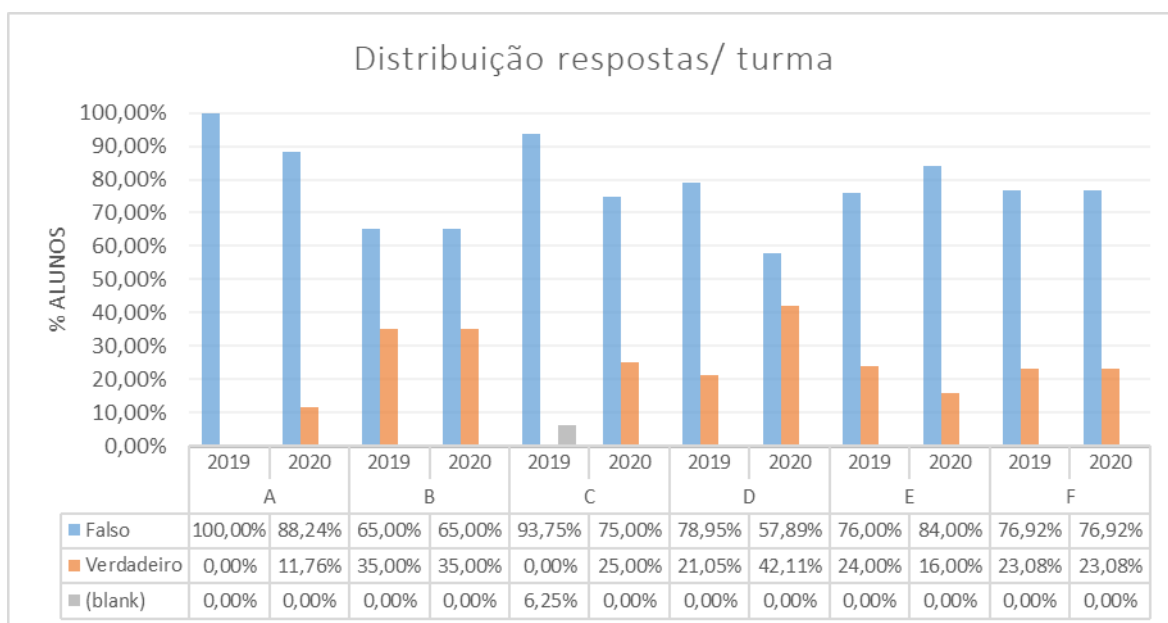


Gráfico 41- Respostas da pergunta 39 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 41 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “falso”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que não se pode beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas diferentes.

Na turma E diminuiu a percentagem da resposta correta, opção “verdadeiro”, de um período para o outro.

Nas turmas A, C, e D aumentou a percentagem da resposta correta, opção “verdadeiro”, após a intervenção.

Na turma F e B a percentagem da resposta “verdadeiro” manteve-se após a intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma C que apresentou aumento de 25%, na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que de um modo geral houve aumento no nível de conhecimento nesta questão.

40. O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, afogamentos, queimaduras, quedas e outros acidentes.

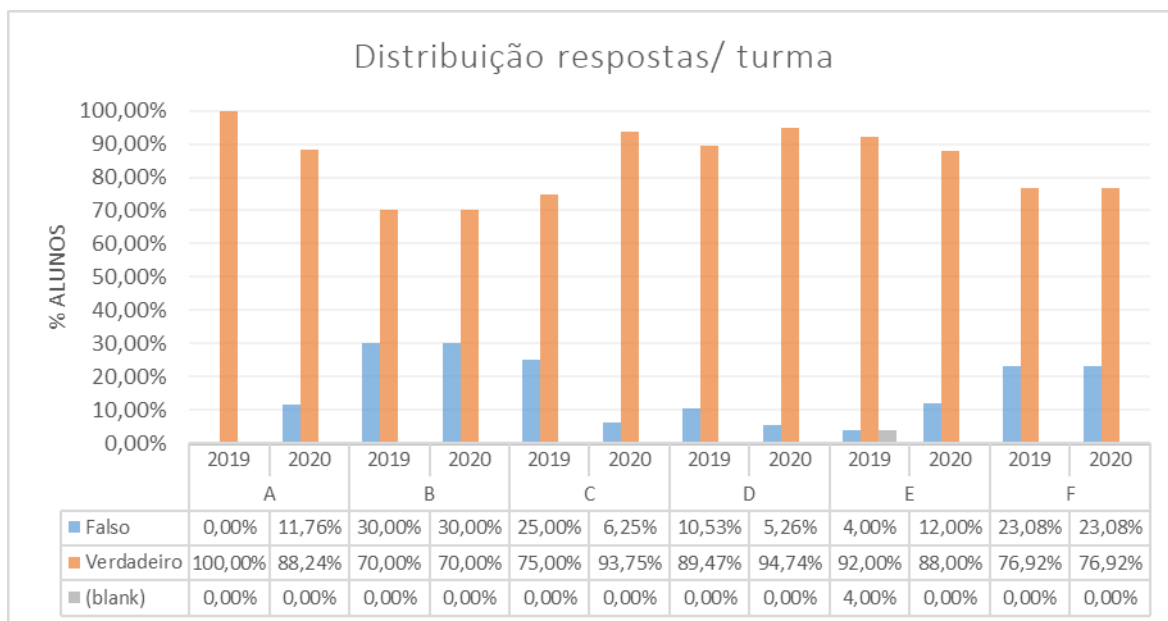


Gráfico 42- Respostas da pergunta 40 no primeiro (2019) e segundo (2020) questionário

O gráfico 42 permite-nos analisar a distribuição das respostas (falso ou verdadeiro) por turma nos dois períodos de tempo.

No período de novembro de 2019 todas as turmas possuíam maior percentagem de respostas “verdadeiro”, ou seja, a maioria dos alunos considerava que o álcool é a causa de quatro em cada dez mortes de acidentes de viação, afogamentos, queimaduras, quedas e outros acidentes.

Nas turmas, A e E diminuiu a percentagem da resposta correta, opção “verdadeiro”, de um período para o outro.

Nas turmas C e D a percentagem da resposta “verdadeiro”, a opção correta, aumentou após a intervenção.

Nas turmas B e F a percentagem da resposta verdadeira manteve-se depois da intervenção.

A turma com maior desempenho nesta questão foi a turma C, apresentou aumento de 18,75% na resposta correta, de 2019 para 2020.

Podemos concluir que de um modo geral não houve modificação no nível de conhecimento nesta questão.

Apêndice 8. Jornal de aprendizagem



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA 10º Curso de
Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem de Enfermagem
(Unidade de Cuidados na Comunidade de ██████████)**

Discente: Sara Alexandra Varanda Serralheiro, nº 8899

Docente Orientador: Professor Doutor Paulo Rosário de Carvalho Seabra

Enfermeiros de Referência: Enfermeira ██████████

Lisboa

Fevereiro 2020

1 - INTRODUÇÃO

A elaboração deste Jornal de Aprendizagem surge como consequência das reflexões das intervenções efetuadas com grupos de pessoas adolescentes que frequentam o 8º ano, uma turma de 9ª ano e uma turma de um curso profissional de 2º ciclo, de uma escola básica de segundo e terceiro ciclos, de um agrupamento de escolas do conselho ██████████

Trata-se de uma intervenção em saúde mental em contexto escolar, inserida no estágio que estou a empreender na Unidade de Cuidados na Comunidade de ██████████. Foi elaborada uma intervenção psicoeducativa, inserida no Programa Nacional de Saúde Escolar (2015) no eixo estratégico da saúde mental: Álcool - intervenção pela prevenção.

Perante o tema escolhido, “Álcool, intervenção pela prevenção”, delineei como objetivo geral, a promoção de comportamentos saudáveis em meio escolar e como objetivos específicos, 1: aumentar os conhecimentos do adolescente acerca do álcool e do seu consumo, 2: consciencializar para os riscos associados ao consumo do álcool na adolescência, 3: capacitar para o processo de tomada de decisão.

Com a elaboração das reflexões intento avaliar as minhas ações e pensamentos, experimentando compreender qual o impacto destas em mim e nas pessoas adolescentes que participaram no projeto.

Os momentos de aprendizagem clínica são “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências” (Alarcão e Rua, 2005, p.376). Conforme estes autores, o ensino clínico são momentos que acontecem num tempo e local específicos, contextualizados e delimitados. Perante a diversidade de contextos e situações, com maior ou menor grau de diferenciação, o estudante encontra-se com a necessidade de organizar e mobilizar conteúdos teóricos adquiridos e apropriar-se deles.

Alarcão e Rua (2005) evidenciam que o exercício reflexivo manifesta-se no presente, pela compreensão do passado e para a construção do futuro e do seu entendimento. O exercício reflexivo é uma construção sustentada do caminho, desde a apreciação à tomada de decisão, relativamente à pessoa que se torna por diferentes razões cliente de enfermagem. Compreende uma abordagem baseada na ação, na interação e na reflexão.

É primordial a construção do exercício reflexivo, “a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico” (Benner, 2001, p. 14).

2 - SESSÃO Nº 1

Descrição

A primeira sessão, “Álcool, intervenção pela prevenção” - intervenção psicoeducativa com recurso à dramatização como mediador expressivo: jogo dramático, aconteceu nos dias 18, 19 e 20 de novembro de 2019, na Escola [REDACTED]. Foi dirigida a 104 adolescentes, divididos em seis grupos, sendo o número de participantes de, 25, 19, 16, 9, 19 e 16, correspondendo respetivamente e por ordem de implementação, a turmas de nono ano, dois oitavos anos, turma de curso profissional de 2º ciclo e dois oitavos anos. As idades dos participantes encontraram-se entre os 13 e os 20 anos.

Para a promoção de comportamentos saudáveis em meio escolar na prevenção do consumo de álcool foi implementada uma intervenção psicoeducativa com recurso à dramatização como mediador expressivo. Conforme Monteiro R., citada por Yozo, o jogo dramático é uma atividade que possibilita à pessoa expressar livremente as criações do seu mundo interno, realizando-as na forma de representação de um papel, pela produção mental de uma fantasia ou por uma atividade corporal (Yozo, 1996). Usando as palavras de Moreno, espontaneidade é a resposta de uma pessoa perante uma situação nova e a resposta nova perante uma situação velha. A pessoa bloqueia perante condicionamentos, sejam, regras e normas sociais. Através do jogo dramático a pessoa liberta a sua espontaneidade e criatividade, como um recurso para despertar o corpo e a mente dos condicionamentos da vida atual (Yozo, 1996). O jogo dramático baseia-se nos princípios do psicodrama onde se consideram o contexto, que nesta intervenção se identifica como grupal, os instrumentos, que são os recursos utilizados para executar o jogo dramático, o diretor, o ego auxiliar, os protagonistas e o cenário e auditório, e as etapas. Estas compreendem os aquecimentos específico e inespecífico, a dramatização, os comentários e o processamento (Yozo, 1996).

Em relação ao cenário a intervenção decorreu em salas de aula onde o espaço era adequado. Todas tinham luminosidade natural. O auditório foi formado por um elemento, o docente da turma. Após o acolhimento dos adolescentes foi feito um aquecimento inespecífico em que os intervenientes faziam a apresentação do seu par identificando o nome e duas qualidades da sua personalidade. De seguida o aquecimento específico, em que o grupo circulou por toda a sala, enviando sorrisos de cumprimento aquando do cruzamento com os pares, de modo a favorecer a interação entre os participantes. Escutada a indicação dada pela (enfermeira) diretora de que iriam a uma festa, com música e álcool, os protagonistas fizeram uma formação livre, em grupos para sair à noite, na ida à festa. No desenvolvimento da intervenção (dramatização) foi dada, pela diretora, a informação de que no aqui e agora está a acontecer um sismo.

Todos os intervenientes se apressaram a procurar proteção em baixo das mesas e das bancadas. Seguiu-se a distribuição, pela diretora e pelo ego auxiliar de envelopes com uma folha de papel em branco a cada um dos intervenientes e foi lançado o desafio, estavam individualmente isolados e esperavam ajuda após o sismo. Enquanto aguardavam, individualmente escreveram a história da festa com álcool que estavam a planear para essa noite e que não aconteceu. Chegada a ajuda foram todos salvos e regressaram aos seus lugares na sala de aula. Em sequência passamos à etapa dos comentários e processamento, com a partilha e promoção da reflexão em grupo acerca da atividade.

No que diz respeito ao aquecimento específico, no primeiro grupo onde foi implementado o jogo dramático, houve muito barulho e agitação, com aparente falta de interesse, que levou a uma intervenção retificadora por parte da diretora e do ego auxiliar. Na etapa dos comentários e processamento todos os grupos mostraram uma participação ativa e interessada.

Sentimentos e Pensamentos

No momento que antecedeu a intervenção senti-me ansiosa com o papel que ia desempenhar. O fator surpresa, a intervenção com adolescentes em período evidente de grandes descobertas e instabilidade emocional, “crítico para o desenvolvimento de competências sociais e interpessoais, aquisição de habilidades para tomar decisões, consubstanciando a personalidade” (Paiva et al, 2015). Senti uma imensa responsabilidade como “aprendiz praticante” de enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica. Servi-me da técnica que implemento na prática clínica, transformar a ansiedade em pensamentos positivos de modo a transmitir calma (Serra, 1999). A presença e a atuação da enfermeira orientadora como diretora do jogo dramático permitiu-me o sentimento de tranquilidade interior. Pensei e senti-a como a “minha bússola”!

No jogo dramático com o primeiro grupo de protagonistas, nas etapas de aquecimento senti-me absolutamente assustada. Os participantes mostraram-se agitados, desconcentrados, com aparente falta de interesse. Fiquei descansada quando após a intervenção da diretora do jogo e minha como ego auxiliar os participantes mudaram de atitude e apresentaram comportamento mais tranquilo e de empenho. Posteriormente percebi que fiz uma avaliação errada e que a falta de interesse dos protagonistas mostrou-se falsa.

Senti-me significativa na etapa da dramatização. Senti-me influente na intervenção individual com os protagonistas que precisaram de reforço para o entendimento do que era pretendido com a escrita da história da festa com álcool. Havia sentido medo de ficar

constrangida na relação com os adolescentes em grupo o que na realidade não aconteceu. Senti-me confortável e emocionalmente disponível para a relação.

Na etapa dos comentários e do processamento, em todos os grupos, tive um sentimento de impotência, senti-me incapaz de fazer o raciocínio contínuo ao mesmo tempo que os protagonistas faziam intervenções mudando o tema relatado pelo colega que falava anteriormente. Sinto que foquei mais atenção ao comportamento e à linguagem não verbal do que à linguagem verbal.

Avaliação e Análise

Enquanto estudante da especialidade de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, com as leituras realizadas na procura da evidência científica acerca dos temas da comunicação, da adolescência, do álcool, do psicodrama e do jogo dramático e balizada pela sabedoria da enfermeira orientadora analiso a intervenção como um momento positivo e crucial de aprendizagem. O compreender a pessoa adolescente e as suas necessidades, perceber o jogo dramático como estratégia de alcançar a tomada de decisão por parte da pessoa adolescente relativamente ao álcool e riscos do seu consumo, permitem-me ter consciência de que a intervenção e o seu sentido terapêutico me mantiveram focada e atenta. No entender a adolescência como etapa de descoberta e transformação, onde a busca de novas sensações pode tornar-se crucial na adoção de comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool, considero fundamental focar este tema numa intervenção preventiva em meio escolar.

Avalio como aspeto positivo nesta primeira sessão o ter consciência das relações, clarificar e perceber os outros em grupo e cada um na sua individualidade, ter disponibilidade emocional para estar na relação grupal. Entendo ter havido uma conotação diferente ao nível da comunicação. O facto de se tratar de uma intervenção em grupos, na minha perspectiva, grupos numerosos, fez-me olhar a comunicação de um modo diferente. Estive presente pela escuta, fiz recolha de informação pela compreensão das características diferentes de cada grupo e de cada elemento do grupo, as suas expectativas e diferentes perspectivas para o mesmo tema. A escuta vai para além do ouvir, reflete um estado de disponibilidade intelectual e afetiva (Phaneuf, 2005). Como que de uma forma intuitiva dei importância à linguagem não verbal de cada protagonista, na etapa dos comentários e do processamento. Entendo a linguagem não verbal tão importante como a linguagem verbal mas não havia refletido nesta perspectiva da comunicação, em grupo, pelo que a caracterizo como intuitiva. Intuição da prática clínica (?), questiono-me...

Avalio como aspeto negativo o facto de se tratar de uma área de intervenção onde me sinto pouco confortável pela inexperiência. No entanto entendo que a tomada de consciência das minhas emoções e sentimentos, no momento em que ocorrem, compreende las e nomeá las é importante e ajuda me no processo de autoconhecimento e autoconsciência.

Conclusão

Esta sessão foi para mim muito enriquecedora, permitiu compreender a complexidade de que se reveste cada intervenção. A riqueza dos conteúdos tanto a nível teórico como na prática, o recurso ao jogo dramático, a perceção da capacidade da pessoa adolescente em expressar livremente os seus conhecimentos acerca do consumo de bebidas alcoólicas, os seus sentimentos e emoções, ou seja, expressar de forma mais espontânea o seu imaginário relacionado com o álcool. Entendo que durante a intervenção foi favorecida a interação entre os participantes, fundamentando assim a interação social, também pela promoção da reflexão em grupo. Foi criado um clima descontraído, num espaço seguro e protegido que se conseguiu de confiança em que as pessoas adolescentes reconheceram o EU, o Eu e o OUTRO, o EU e os OUTROS e o EU com TODOS.

Mediante o potencial emergente desta sessão entendo como muito importante o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica desenvolver competências a vários níveis de intervenção nomeadamente em intervenção em grupo. A relação com as pessoas adolescentes permitiu me viver a possibilidade de uma relação terapêutica de proximidade e confiança em que houve partilha. Percebi, ao explorar o meu “EU”, a potencialidade da relação terapêutica num grupo. Após a intervenção sinto me mais segura e confiante, atendendo às minhas emoções e intervenções. Considero que estou disponível e motivada para as próximas intervenções. Entendo que percecionei o aqui e agora na intervenção.

O conhecimento prévio adquirido com a pesquisa bibliográfica é um fator facilitador para ultrapassar os obstáculos que surgem durante a intervenção.

Plano de Ação

Para as sessões seguintes desenvolvo alguma expectativa e apreensão, uma vez que gostava que fossem enriquecedoras e motivadoras como esta, para mim enquanto estudante, para mim enquanto ego auxiliar e para as pessoas adolescentes enquanto estudantes e enquanto protagonistas.

Sinto como necessária a continuação do planeamento rigoroso na preparação das próximas sessões, entendendo os objetivos como o fio condutor para planear as intervenções.

Dando assim continuidade à aprendizagem e desenvolvimento de competências de âmbito psicoeducativo, que me permitirá enquanto enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica desenvolver o juízo clínico individual e uma prática clínica em enfermagem diferente das outras áreas de especialidade.

Terei em consideração que cada pessoa adolescente tem uma forma única, preferencial, facilitadora para se expressar, sendo por isso muito importante proporcionar a liberdade de expressão, conforme vivenciei nesta intervenção.

Pretendo manter-me atenta e melhorar a compreensão de mim, das minhas crenças, dos meus hábitos, dos meus sentimentos, medos, aversões, ter consciência dos meus mecanismos de projeção e de defesa de modo a conseguir autenticidade e confiança que me permitam vir a ser uma enfermeira especialista ímpar, feliz no meu desempenho profissional (Diogo, 2006).

3 - SESSÃO Nº 2

Descrição

A segunda sessão, “Álcool, intervenção pela prevenção” - intervenção psicoeducativa com recurso à dramatização como mediador expressivo: jogo dramático, teve lugar nos dias 13, 14 e 15 de janeiro de 2020, na Escola [REDACTED]. Foi dirigida aos mesmos grupos de adolescentes conforme descrito na sessão nº 1.

Na primeira sessão os protagonistas escreveram individualmente uma história, a história da festa que estavam a planear e que, em consequência do sismo, não aconteceu.

Tendo por base todas as histórias dos grupos (cada turma) e com recurso a análise de conteúdo, redigi doze histórias, duas histórias em cada grupo. Uma história em que na festa existiam bebidas alcoólicas, intitulada de “Festa Mix” e uma história em que na festa não existiam bebidas alcoólicas, com o título “Festa Sem Álcool”. As histórias são apresentadas como apêndice da reflexão.

Com recurso à análise de conteúdo fazem-se estudos da comunicação, numa perspetiva qualitativa, analisando a frequência da ocorrência de determinados termos, construções e referências num determinado texto. Na análise de conteúdo é utilizado o procedimento normal da investigação, o confronto entre um quadro de referência do investigador e o tratamento de material empírico/ informação recolhida (Bardin, 2015). A análise de conteúdo é uma técnica refinada, que exige muita dedicação, paciência e tempo do pesquisador, o qual tem de se valer da intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição de categorias de análise. Para tanto, disciplina, perseverança e rigor são essenciais

(Freitas, Cunha, & Moscarola, 1997). A análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa mostrar o que foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do investigador face ao objeto de estudo (Bardin, 2015). Na aplicabilidade da análise de conteúdo a escolha da técnica mais adequada para analisar o material recolhido depende dos objetivos e do estatuto da pesquisa.

Assim, pelo tratamento de material empírico foram construídas as histórias analisando a frequência da ocorrência de determinados termos, construções e referências nos textos dos protagonistas das intervenções.

Tal como na sessão anterior o cenário da intervenção foi nas salas de aula onde o espaço era adequado. Todas tinham luminosidade natural. O auditório repetiu se em um elemento, o docente da turma. Após o acolhimento dos adolescentes foi feito um aquecimento inespecífico em que os protagonistas se organizaram livremente em dois grupos, cada um com a responsabilidade da dramatização de uma história. A seguir o aquecimento específico, em que cada grupo fez a leitura em conjunto do *script* e a escolha das personagens. Seguimos para a dramatização (desenvolvimento da intervenção) onde de forma aleatória em relação à tipologia da história, a “Festa Mix” ou a “Festa Sem Álcool”, os protagonistas através do jogo dramático libertaram a sua espontaneidade e criatividade, balizados apenas pela linguagem utilizada na escrita dos textos. Foi finalizada a intervenção com a etapa dos comentários e processamento, com a partilha e promoção da reflexão em grupo acerca da atividade.

Constanei, no geral dos grupos, um comportamento inicial de renitência seguido de espontaneidade e criatividade na representação das personagens. Exceto a turma do curso profissional do 2^a ciclo, em que foi necessária intervenção da diretora e do ego auxiliar durante toda a dramatização. Todos os elementos tiveram comportamento de bloqueio e contrariedade para a aceitação da intervenção. A influência e persistência da diretora (enfermeira) e do ego auxiliar (eu) resultaram em alteração de comportamento e em parte, à adesão à dramatização. Este grupo é composto por nove elementos pelo que todos representaram uma personagem duas vezes, uma em cada dramatização.

Sentimentos e Pensamentos

À semelhança da primeira intervenção nos momentos que antecederam a intervenção senti-me ansiosa com o papel que ia desempenhar. No entanto, o fator surpresa não era sentido de forma tão intensa. A experiência da intervenção anterior ajudou-me na técnica de transformar a ansiedade em pensamentos positivos de modo a ficar mais tranquila. Senti repetição do sentimento de responsabilidade como “aprendiz praticante” de enfermeira

especialista em saúde mental e psiquiátrica. Voltei a sentir me “encostada” à presença e a atuação da enfermeira orientadora como diretora do jogo dramático. Sinto a como meu ego auxiliar na organização da minha tranquilidade interior.

No jogo dramático, no início da etapa da dramatização, com os protagonistas do grupo do curso profissional, senti-me perdida e assustada. Pensei, o que faço perante um grupo de adolescentes que está a mostrar tamanha contrariedade? Adotei, espontânea e intuitivamente uma atitude aparentemente calma e tranquila, encorajando individualmente a participação na atividade, fundamentando os meus argumentos no conhecimento que tinha do grupo, do contacto na sessão anterior. Fiquei um pouco mais descansada quando os participantes mudaram a atitude e apresentaram comportamento (um pouco) mais empenhado. Sinto que nessa altura tive um desempenho eficaz, senti-me significativa na intervenção individual, em ambivalência com a frustração e desilusão do final da intervenção. Hoje penso que foi um obstáculo ultrapassado, uma experiência com adversidade! Sinto-me confortável e identifico-a como parte integrante do processo de aprendizagem.

Avaliação e Análise

Repito um pouco da análise feita da primeira sessão pois entendo que de modo geral esta intervenção é uma continuidade da primeira. Assim enquanto estudante da especialidade de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, buscando a evidência científica acerca dos temas da comunicação, da adolescência, do álcool, do psicodrama e do jogo dramático e delimitada pelos ensinamentos da enfermeira orientadora analiso a intervenção como um momento de excelência na minha aprendizagem. Entender o adolescente e as suas necessidades, admitir o jogo dramático como método de alcançar a tomada de decisão por parte do adolescente relativamente ao álcool e riscos do seu consumo, permitem-me assumir a intervenção e o seu sentido terapêutico como estratégia adequada a implementar.

Avalio e confiro como muito importante o planeamento da intervenção pois são necessárias linhas orientadoras que balizam e dão segurança também nas situações de adversidade conforme aconteceu com um dos grupos.

Entendo que a aplicação de mediadores artísticos nesta população alvo revelou-se muito interessante e facilitadora da relação e do alcançar dos objetivos definidos. Conforme Carvalho citado por Martins (2012) os mediadores artísticos são os meios utilizados com o objetivo de criar, expressar e comunicar no *setting* terapêutico. O mesmo autor refere que há funções terapêuticas da arte que podem ser exploradas no *setting* arte - terapêutico e que são a função de criação, de expressão, de significação, de suprimento ou substituição, de reparação, de nutrição ou a função integradora.

Considero como aspeto negativo o facto de se tratar de uma área de atuação onde me sinto limitada pela inexperiência profissional e de vida.

Analiso como positiva a capacidade de mudança e adaptação do plano da sessão. No planeamento a dramatização foi definida para ser em três partes, três histórias. Com a vivência da primeira intervenção percebeu-se que o tempo “disponível” para o desenvolvimento seria inadequado pelo que foi alterado para duas histórias.

À semelhança da avaliação feita na primeira sessão, entendo que a tomada de consciência das minhas emoções e sentimentos, no momento em que ocorrem, compreende-las e nomeá-las é importante e ajuda-me no processo de autoconhecimento e autoconsciência.

Conclusão

Nesta sessão sublinho a importância do perceber a complexidade de que se reveste cada intervenção. Com a aplicação do jogo dramático, percebi que a maioria dos adolescentes assumiu a sua personagem expressando deste modo o que haviam escrito nas histórias individuais e que representa os seus conhecimentos acerca do consumo de bebidas alcoólicas. Foi promovida a compreensão das atitudes de cada um e em grupo face ao álcool. O assumir da personagem, do seu papel, permitiu-lhes comunicar de forma emotiva, expressaram sentimentos e emoções. Os adolescentes fizeram a identificação do seu papel social através da representação, reconheceram o EU com todos e o EU e os outros. Mesmo no grupo onde a intervenção correu menos bem penso que esta identificação individual e grupal, no final, foi alcançada.

Depois desta segunda intervenção realço o que escrevi após a primeira. É relevante a competência ao nível da intervenção em grupo por parte do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. O vivenciar esta experiência com as pessoas adolescentes permitiu-me sentir verdadeira a possibilidade de uma relação terapêutica de proximidade e confiança em grupo. Também nesta intervenção estive atenta ao “aqui e agora”, o que me ajuda, em relação aos meus sentimentos e emoções, a estar mais autoconfiante.

Julgo-me disponível e motivada para a próxima sessão!

Plano de Ação

Para a próxima sessão tenho uma enorme expectativa e apreensão. Quero que seja impulsionadora e motivadora como esta, para mim enquanto estudante e para as pessoas adolescentes enquanto estudantes e enquanto protagonistas sociais.

O exercício reflexivo é essencial na aprendizagem, implica um trabalho efetivo do estudante atendendo à responsabilidade no processo formativo. Assim mantenho como necessária a continuação do planeamento rigoroso na preparação da próxima sessão. Dando seguimento à aprendizagem e desenvolvimento de competências de âmbito psicoeducativo, o que me facilitará enquanto enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica desenvolver o juízo clínico individual e uma prática clínica em enfermagem.

Terei em consideração que cada pessoa adolescente tem uma forma única, preferencial, facilitadora para se expressar, sendo por isso muito importante proporcionar a liberdade de expressão, conforme vivenciei nas primeira e segunda intervenções.

Objetivo manter-me atenta ao meu nível de perceção, crenças, juízos e estereótipos ligados ao tema do “Álcool, intervenção pela prevenção”.

4 - SESSÃO Nº 3

Descrição

A terceira sessão, “Álcool, intervenção pela prevenção” - intervenção psicoeducativa, teve lugar nos dias 3, 4 e 5 de fevereiro de 2020, na Escola [REDACTED]. Foi dirigida a grupos de pessoas adolescentes, descrito na reflexão da sessão nº 1.

Para a promoção de comportamentos saudáveis em meio escolar na prevenção do consumo de álcool foi implementada uma intervenção psicoeducativa com recurso a suporte informático, em *powerpoint*. Tratou-se de uma sessão mais formal comparativamente com as duas anteriores. Com esta intervenção pretendeu-se a promoção da literacia acerca do álcool e do seu consumo de modo a promover uma tomada de decisão responsável por parte do aluno adolescente.

O conhecimento que o aluno tem sobre o que sabe e o que desconhece acerca do seu conhecimento e dos seus processos, é fundamental. Por um lado, para o entendimento da utilização de estratégias, pois o conhecimento ajuda o aluno a decidir quando e que estratégias utilizar e, por outro, ou conseqüentemente, para a melhoria do seu desempenho escolar e social (Ribeiro, 2003).

Os alunos, em todos os grupos, fizeram interrupções com manifestações orais, durante e após a apresentação dos slides. Interrupções para colocação de questões ou com partilha de informação, na maioria das situações de experiências vividas. Ao longo da apresentação percebeu-se haver reflexão acerca da temática que se estava a abordar. “A reflexão é um momento especial de integração e partilha de todo um conjunto de informações produzidas

durante a atividade nos diversos domínios da comunicação, relação e estratégias.” (Ribeiro, 2003). O exercício reflexivo é um processo que subsidia a aprendizagem. Foi notório este exercício por parte da maioria dos alunos, em todos os grupos, durante a apresentação.

No final da apresentação, na fase de partilha e de avaliação, foram exploradas as expectativas individuais e do grupo em relação aos objetivos da sessão.

No segundo dia da sessão, em duas turmas, fiz a intervenção sem a enfermeira orientadora devido a uma questão profissional emergente.

Sentimentos e Pensamentos

O período que antecedeu a primeira sessão foi pautado por um sentimento de medo, gigante! Conseguiria controlar o tempo da apresentação? Iria ser capaz de fazer a apresentação com tranquilidade e convicção adequadas? Iria conseguir partilhar a informação de modo claro e conciso? Senti a responsabilidade como um peso, complexo mas aliciante. Pretendia uma interação simples, organizada e envolvente que permita ao adolescente fundamentação da tomada de decisão. Invasa pelo medo e ansiedade apelei a pensamentos positivos considerando que os momentos de aprendizagem são exigentes e compostos de aquisição gradual. Este seria mais um destes momentos, a complementar as intervenções anteriores. Foi a primeira vez que apresentei formalmente uma sessão, em contexto de estágio da especialidade, a grupos numerosos e com características tão especiais como especial é a adolescência. E era, não uma mas seis apresentações, o que me acrescia alguma responsabilidade...

Ao longo da primeira apresentação fui me alheando do medo e construindo uma postura mais tranquila. Durante e após a apresentação a atitude da enfermeira orientadora fez-me sentir motivada para a continuação. Pensei e senti-me percorrer o caminho numa corda bamba, oscilante, em que a rede de apoio estava ali. Senti evolução na minha intervenção.

No dia das apresentações em que a enfermeira orientadora não esteve pensei, antes da primeira apresentação, mais um obstáculo a ultrapassar. Superá-lo, é um novo objetivo. As duas intervenções foram muito positivas e gratificantes. Senti o apoio dos dois docentes que estiveram nas apresentações. Senti-me tranquila e identifico a adversidade como parte integrante do processo de aprendizagem.

Avaliação e Análise

Com base na evidência científica tentei ser clara e concisa na realização do powerpoint e na sua apresentação. Recorri à apresentação com recurso a tecnologia informática por

considerar um meio facilitador de conquistar a geração das tecnologias. Nesta conquista englobo a preocupação acrescida da interação com o grupo e a responsabilidade de contribuir para a estruturação do pensamento dos alunos.

Os conhecimentos adquiridos pela busca da evidência científica acerca dos temas da comunicação, da adolescência, do álcool são preponderantes neste processo. Considero como positivo o procurar compreender a pessoa adolescente e as suas necessidades, optar pela tecnologia informática para partilha de informação como estratégia de tomada de decisão por parte da pessoa adolescente relativamente ao álcool e riscos do seu consumo.

Mais uma vez, como aspeto negativo, o facto de se tratar de uma área de atuação onde me sinto limitada pela inexperiência profissional e de vida.

Analiso como positiva a capacidade de mudança e adaptação concretamente nas apresentações que fiz em que os docentes foram os meus egos auxiliares. A aprendizagem resulta também da capacidade em construir e desconstruir.

Consciencializar a minha evolução e perceber os contributos que surgiram desta intervenção motiva-me à continuação, à exploração e ao alargar de horizontes neste caminho de aprendiz de enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Conclusão

Considero, mais do que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, o que resulta dele. A intervenção em grupo por parte do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica requer exercício reflexivo, na realização e fundamentação do planeamento e na sua execução. Entendo as vertentes criativa e crítica que envolvem o exercício reflexivo do enfermeiro especialista determinantes para a realização das intervenções e o que delas resulta. Entendo que o “aqui e agora” que envolveram toda a terceira sessão mantiveram-me ligada ao meu “eu”, atendendo às minhas emoções e ao processo de autoconhecimento.

Plano de Ação

Termino esta reflexão com o sentimento de enamoramento pela intervenção psicoeducativa em grupo.

Entendendo que o exercício reflexivo é essencial na aprendizagem e que implica um trabalho efetivo do estudante atendendo à responsabilidade no processo formativo.

Depois desta experiência pretendo dar continuidade ao desenvolvimento de competências de âmbito psicoeducativo na minha prática profissional. Manter a consideração de que cada pessoa tem uma forma própria, preferencial, facilitadora para se expressar, sendo importante proporcionar liberdade de expressão.

Mantenho a intenção de estar atenta e refletir em relação às minhas percepções, crenças, juízos e estereótipos de modo a que não interfiram negativamente na minha atuação profissional, possibilitando me desenvolver um juízo clínico individual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 373-378. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro, uma perspectiva emotivo - emocional da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Freitas, H., Cunha, M. & Moscarola, J. (1997). Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo. *Revista de Administração da USP*, 32(3), 97-109.
- Martins, D. (2012). *Arte - terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos*. Lisboa: Faculdade de Belas Artes. Dissertação de mestrado em educação artística.
- Moreno, J. (1993). *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. 2ª ed. Campinas.
- Paiva, P., Paiva, H., Lamounier, J., Ferreira, E., César, C. & Zarzar, P. (2015). Consumo de álcool em *binge* por adolescentes escolares de 12 anos de idade e sua associação com sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(11), 3427-3435. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413812320152011.18792014>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*. Loures: Lusociência.
- Ribeiro, C. (2003). Metacognição, um apoio ao processo de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), pg. 109 - 116.
- Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Editora Minerva.
- Yozo, R. (1996). *100 jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas*. São Paulo. Ágora.

APENDICE - Histórias

Histórias

9º A

Festa “Mix”

Fomos para a discoteca todos juntos. Somos um grupo de amigos, todos da turma. O objetivo da vinda hoje à discoteca é dar as boas vindas à primavera. Estamos ansiosos pelas férias de verão, abraçar a primavera vai ser maravilhoso...!

Somos sete adolescentes, quatro rapazes e três raparigas. O João tem dezoito anos todos os outros elementos do grupo são menores de idade. A Joana e o Jaime tiveram boleia dos pais. A restante malta veio de carro com o João. Nas noites em que saímos os pais deixam-no trazer o carro.

À chegada a timidez era bem notória. Ficámos num canto, observando o ambiente. Bebemos avidamente a primeira bebida e logo de seguida a segunda bebida. São bebidas com álcool pois pelo facto de estarmos cá dentro os *barman* já não ligam à nossa idade. Bebemos *whisky com coca cola, vodka, malibu, cerveja de garrafa*.

A *vergonha inicial* está ultrapassada, a bebida ajuda... A música está fantástica, *Hip Pop, kuduro Afro House*, ocupamos parte da pista de dança agitando os nossos corpos ao som de Apolo G, DJ Télió, Nero americano, Scro Q Cuia, DJ Barata, DJ Chandy, Dilas, Piruca entre outros. **Estamos bem pausados, sentimo nos os reis da pista**. Dizemos disparates porque a altura do som não permite outro tipo de conversa. **Fazemos *selfies*** e postamos no *instagram*, sim que os amigos que estão em casa têm que saber o que estão a perder...

A determinada altura percebemos que a Joana, que tinha bebido duas cervejas e ia no segundo *whisky*, está a ser beijada na boca por alguém que não conhecemos. A Joana não está habituada a beber, suspeitamos que aquele beijo estava a acontecer ajudado pelo efeito do álcool. De imediato fomos todos para junto da Joana na expectativa do que iria acontecer. O rapaz que a beijava, percebendo a nossa aproximação, mostrou-se irritado e começou a refilar. **Foi uma confusão**, deu-se início a uma briga violenta. Os seguranças da discoteca nos puseram na rua. Ficámos envergonhados com o desfecho da situação. Desanimados discutimos uns com os outros, disparates atrás de disparates que chegaram a pôr em causa a nossa amizade.

Influenciados pelo excesso de álcool metemo-nos, os sete, no carro do João que conduzia com demasiada velocidade. Parou e deixou nos numa rua central da cidade. Cada um teve que regressar a casa a pé.

No dia seguinte, encontrámo-nos no jardim, e falamos acerca do sucedido. Questionámos o que teria acontecido se tivéssemos tido um acidente de viação, o carro ia com pessoas a mais, o condutor com excesso de álcool no sangue. A Joana assumiu que a protegemos, afastando a daquele desconhecido, **pediu desculpa**. Mas todos consideramos que o modo como o fizemos não foi o melhor. Com a briga fomos expulsos da discoteca e provavelmente nunca mais lá nos deixam entrar. **Pedimos desculpa uns aos outros assumindo** que numa próxima saída à discoteca vamos experimentar não beber álcool para perceber a diferença entre segurança e insegurança na diversão entre amigos.

Necessário: bebidas, quatro rapazes, três raparigas, dois seguranças ...

Festa “sem álcool”

Somos cinco adolescentes, amigos desde o início do ano letivo, três raparigas e dois rapazes. Combinámos ir à discoteca na noite do último dia de aulas do segundo período. Tivemos autorização dos pais para a saída noturna.

Foi uma sexta feira um tanto ou quanto agitada, mas muito bem passada. Havia imensas pessoas na rua. A discoteca estava a abarrotar de gente. Procurámos um lugar confortável para nos servir de “base”. Percorremos alguns metros, com apertos e empurrões daqui e dali e finalmente encontrámos um canto, dois degraus acima do chão, perto da pista de dança onde a vista era espetacular. Com o olhar alcançávamos toda a discoteca.

O Nuno e a Daniela foram buscar bebidas, coca cola e água sem gás. A música estava super agradável. Fomos para a pista dançar. Fizemos uma espécie de reportagem fotográfica com as *selfies* que tirámos. Rimos com a boa disposição que reinava entre nós. Foi a vez do Bruno e da Inês se deslocarem ao bar, trouxeram águas para todos. Estava calor, transpirávamos bastante!

A dada altura a Rita foi colocar a garrafa da água em cima da mesa e ao descer os dois degraus estatelou se no chão. Quando nos certificamos de que não se tinha magoado desatamos todos a rir, incluindo a própria Rita e algum pessoal que não conhecíamos e que estava a dançar perto de nós.

Conversa puxa conversa conhecemos novas pessoas. A Ana, o Júlio e o Wilson que também estavam juntos e divertiram-se conosco depois da queda da Rita.

Passadas algumas horas de diversão resolvemos ir embora. Os novos amigos acompanharam-nos na debandada da discoteca. Concluímos que morávamos todos na mesma zona e seguimos caminho acompanhados de uma boa conversa onde discutimos música, falámos da escola e até do nosso futuro profissional.

À medida que nos aproximávamos da casa de alguém parávamos para mais dois dedos de conversa e assim o grupo foi ficando mais pequeno.

A casa que ficava mais longe era a da Rita. Perto dela morava o Wilson. Os dois acompanharam-se no final do percurso e o Wilson foi deixá-la à porta. Ali tiveram mais cerca de vinte minutos prazerosos de diálogo.

No dia seguinte a Rita segredou à Daniela que tinha adorado conhecer o Wilson. Achava até que se estava a apaixonar...

Necessário: música, coca cola, água, quatro rapazes, quatro raparigas ...

2º CEF

Festa “Mix”

Decisão unânime do grupo, **uma festa na praia**. As miúdas vestidas de preto e branco, os rapazes vestidos de preto. Estava um fim de tarde agradável. O ambiente convidava à diversão. Levamos uma coluna para dançar ao seu som. Havia alguma comida e bebida. **Bebidas alcoólicas** e sem álcool. Um cachimbo de água para fumar *shisha*. Fumar em grupo torna-se mais animado e deixa-nos predispostos para a partilha de emoções.

- O que é isso da *shisha* que eu não conheço? - Questiona a Anelba olhando com admiração o instrumento que o Tomás colocou na areia, em cima de uma toalha.

- É um cachimbo de água chamado *Narguilé*. A sua origem é oriental mas também é utilizado em países árabes e africanos. Serve para fumar tabaco aromatizado ou outras substâncias como a *cannabis*. Fica tranquila Anelba que hoje só o vamos usar para fumar tabaco - explica orgulhoso o Tomás.

- Essa cena na ponta vai passar por todas as nossas bocas? - Anelba.

- Ya! Como querias tu que fosse? Isto é uma partilha em grupo - Jorge.

- Mas assim vamos estar a partilhar micróbios de uns para os outros - Alice.
- Se estás com esquisitices podes limpar a piteira antes de lhe pores a boca! - Jorge.
- Achas? Esqueces-te do modo de transmissão de doenças? Parece me demasiado descuidado. Afinal não **somos responsáveis?** – Alice.
- Pessoal, vamos deixar-nos de discussões filosóficas que a festa fica já estragada! Diz o Gerson com uma expressão chateada.

Todos concordaram e voltaram à concentração em círculo em volta da toalha onde estava o cachimbo. Iniciaram o aparente ritual da *shisha*. Com música de fundo entre risadas e conversas a piteira foi passando de boca em boca.

Os nove amigos faziam o círculo, mas na verdade apenas cinco aceitaram fumar. Os mesmos que bebiam bebidas alcoólicas. Os quatro companheiros que não quiseram fumar shisha nem estavam a beber álcool foram respeitados pelos outros e assim se mantiveram tempos sem fim.

A determinada altura desfizeram o círculo, levantaram se e dançaram. **Dançaram e riram fazendo muita confusão.** Despreocupados pois o sol já se havia posto e mais ninguém estava na praia. Os cinco jovens estavam muito bêbados. Os nove amigos sentiam se cansados e **loucos de tanto rir.**

De repente o Gerson cai redondo na areia. De tão bêbado que estava **desmaiou!**

Ficamos aterrorizados. A Anelba que estava no seu perfeito juízo contou ao telefone na linha 112 o que havia sucedido. Rapidamente chegou uma ambulância que **transportou o Gerson ao hospital. Em coma alcoólico,** declaram os bombeiros.

Os elementos que não tinham bebido tiveram que arrumar todas as coisas que tinham trazido, sem ajuda dos que beberam em demasia pois estavam de tal modo atarantados com o acontecido que não se conseguiam orientar para ajudar.

Terminara a festa da praia na porta do hospital à espera de melhores novidades do companheiro Gerson.

Necessário: bebidas, shisha, Alice, Tomás, Gerson, Anelba, Jorge, quatro elementos, dois bombeiros ...

Festa “sem álcool”

Desta vez decidimos fazer uma festa diferente. Em vez de ser na discoteca ou na casa de alguém decidimos ir para a praia.

Fizemos uma reunião de preparação da festa. Discutimos vários assuntos como por exemplo o consumo de álcool. Qual a sua necessidade, os diferentes efeitos nocivos no momento e no futuro.

- Eu acho que nem sempre é necessário beber álcool numa festa. Podemos encontrar a diversão sem alcoolização! – Alice.
- Concordo contigo, porquê queimarmos os neurónios que tanta falta nos fazem? Diz o Gerson ouvindo uma risada do grupo em tom de concordância.
- Mas os refrigerantes têm imenso açúcar que põe em causa a minha linha da cintura, diz a Anelba que é preocupada com a sua aparência física.
- A água é a melhor bebida. Vamos testar e apenas levar água e sumos para a praia - disse o Tomás adotando uma expressão muito séria.

A concordância foi geral. Música, água e sumos, nada de álcool. Estamos longe de casa e queremos que tudo corra muito bem.

Devidamente equipados para o frio da noite, sim que de dia está calor mas durante a noite arrefece, lá fomos.

Na praia, durante longas horas, dançaram, tiraram fotografias, jogaram verdade e consequência, contaram anedotas, riram e riram. Quando a fome apertou foram comprar pão quente. Atrás do cheiro deixado no ar encontraram uma padaria onde faziam pão. Devoraram deliciosos pão quente com manteiga.

De energia renovada puseram se a caminho de regresso às suas casas.

No reencontro do dia seguinte discutiram os acontecimentos do dia anterior. O prazer e a diversão que tiveram sem álcool à mistura. A capacidade de ultrapassar a barreira da timidez e sentirem se todos integrados no grupo foi notória. Todos estavam felizes por terem feito parte de uma história com final feliz!

Necessário: garrafas de água, sumos, Alice, Tomás, Gerson, Anelba, Jorge, mais quatro elementos ...

Festa “Mix”

Estamos de férias. É sexta feira, esta noite há festa na discoteca. Somos um grupo de seis amigos e planeamos ir todos à festa. Autorizados pelos familiares lá fomos, entusiasmados!

Estava muita gente, todas as pessoas aparentemente muito divertidas. Fomos para a pista de dançar, dançar animadamente, a seleção do disco joguei estava brutal. **A festa estava muito divertida, a música estava muito alta, incentivava ao consumo de álcool.**

Um dos jovens do grupo comentou:

- Vou beber para me animar, estou com uns problemas em casa... - Guedes.

- Oh...! Guedes achas de verdade que beber álcool te vai ajudar? - Lara.

- Ya! ao menos não penso tanto na situação - Guedes.

- Eu quero beber muito álcool, ficar muito bêbada para conseguir **namoriscar e ir para a cama com rapazes desconhecidos** - Júlia.

Eh lá, grande maluca! Vê lá onde te metes - Lara.

Júlia, saímos juntos para nos divertirmos, não para arranjar problemas! Orienta te... - Nuno.

Passados quinze minutos, o Guedes, a Lara e o Juca, **estavam muito bêbados.**

Tão bêbados e desregrados que **passaram direto para as drogas que Pablo Escobar forneceu.**

A Júlia, o Nuno e a Noa que não estavam a beber álcool ficaram assustados com esta atitude dos amigos em consumir droga. Continuaram a dançar mas mantiveram se por perto dos amigos numa atitude um pouco controladora.

- Estão **completamente chapados** estes três que se calhar é melhor não os perdermos de vista

- disse a Júlia.

Concordo contigo. A nossa diversão já está estragada e já! Ao menos tentamos que nada de mal lhes aconteça - Noa.

Mal já lhes está a acontecer com o álcool e droga que meteram para dentro - Nuno.

Mesmo! - Júlia.

Em determinado momento **inicia uma briga** a uns metros de distância. Um dos protagonistas da briga, o Guedes. Desapareceu dali sem que percebêssemos. A Júlia e o Nuno foram buscá-lo. No meio da confusão ainda levaram uns murros e empurrões. O Guedes tinha um enorme arranhão na cara mas estava tão bêbado e drogado que nem sentia dores. **De**

repente começou a vomitar e passados minutos **tombou no chão, entrou em coma.**

Veio uma ambulância e a Noa foi com ele para o hospital.

O Guedes tinha optado por beber para esquecer o seu problema e **nem sequer conseguiu sorrir**, acabou a noite no hospital, com mais um problema na sua vida...

A Júlia e o Nuno perceberam que as drogas **continham substâncias alucinatórias:**

- Uau! Vejam, em cima da coluna uma cobra e um macaco. Estão a dançar ou preparam se para atacar? - grita o Juca assustado.

- Juca, o que se passa? Não está nenhum animal na coluna - Nuno.

- Eu vejo os! Vamos fugir daqui - Juca.

- Estão a gritar o meu nome... vão saltar dali... - diz a Lara em pânico.

O Nuno e Júlia resolvem **agarrar nos amigos em braços** e abandonar a discoteca.

Rumaram ao hospital. O mesmo onde se encontrava a Noa e o Guedes.

Afinal a festa que se esperava tão divertida acabou estragada pelo álcool e droga que os amigos decidiram consumir. Deu direito a **um sermão muito grande** dado pelos amigos **controladores**, pelos profissionais do hospital e pelos familiares.

Necessário: (três rapazes e três raparigas) Guedes, Lara, Juca, Júlia, Nuno e Noa, bebidas com álcool

Festa “sem álcool”

Quem não curte bebidas com álcool sabe que a diversão é incrível. Assim o comprovaram seis amigos que fizeram uma noitada na discoteca.

Era uma festa da espuma, numa noite quente de verão. Desejosos de dar vazão a toda a energia que armazenaram durante o dia os seis amigos dançavam e riam prazerosos com o momento.

Isto é uma animação, está um calorão e nós dançamos quase sem por os pés no chão - disse a Lara a rir com a rima que acabara de fazer.

Eh Lara rimas te e tudo! - brincou o Juca.

Nuno, saca aí do teu telemóvel e memoriza este momento - pede o Guedes.

O Nuno tira umas quantas fotos bem representativas da alegria e da diversão do grupo.

Dançavam, extrovertidos e animados interrompidos de vez em quando pelas escorregadelas próprias da espuma acumulada no chão.

- Vou ao bar, alguém me acompanha? - pergunta a Noa.

- Também vou que estou cheia de sede, mesmo a precisar de água - responde a Júlia. Acabaram por ir todos ao bar. Sentaram-se a recuperar fôlego enquanto bebiam água para compensar o que transpiraram enquanto dançavam. Questionaram a forma como o aparelho produzia a espuma, cada um dissertando uma teoria diferente. Riram dos disparates e optaram por pedir ajuda do *Google* para esclarecer a verdade. Entretanto regressaram à pista:

- Esta música é espetacular, bora dançar - Juca.
- Também acho a música e o ambiente muito fixes - Noa.

Dançaram e cantaram até de madrugada. Cansados e com a certeza de que precisavam de umas boas horas de sono decidiram ir embora. Alegres e divertidos combinaram repetir em breve a experiência desafiando outros amigos a juntarem-se ao grupo.

Necessário: (três rapazes e três raparigas) Guedes, Lara, Juca, Júlia, Nuno e Noa, garrafas de água

8º B

Festa “Mix”

Nas férias do natal planeamos uma **festa em casa**, na garagem do António. Organizámos o grupo dos responsáveis pela música e pelo espaço físico e o grupo dos responsáveis pelas compras da comida e das bebidas.

Fomos ao supermercado, comprámos **comida e bebidas** onde as **bebidas com álcool** faziam parte. Apesar de todos sermos menores, na caixa para pagamento tudo decorreu normalmente.

Chegou o dia da festa. Entusiasmados e super motivados limpámos e decorámos a garagem. Foram feitos testes de som. Petiscos e delícias para o estômago foram preparados com dedicação pelos adolescentes com jeito para a culinária. Na mesa junto à comida ficou o espaço das bebidas, coca cola, ice tea, sumol, água, gingerale, cerveja, *vodka*, *whisky*, *malibu*, amêndoa amarga, licor beirão e **sangria**.

À hora combinada o pessoal começou a aparecer. **A música estava alta**. A boa disposição reinava.

A partir de determinada altura percebeu-se uma espécie de divisão no grupo.

De um dos lados do espaço o grupo de adolescentes que bebiam álcool organizaram uma *battle dance*. **Dois miúdas vestiram o Abner de mulher**. A Teresa dançava e

cantava feita louca, como se não houvesse amanhã. O Diogo, também estava bêbado, explicava que tinha inventado uma droga nova chamada matemática sem cálculos. Teve direito a aplausos.

Do outro lado juntaram-se os **jovens que bebiam sumos e água**. Estavam animados, alguns a **jogar playstation**. Estavam divertidos, havia pessoas novas, de fora da turma. Construía-se novas amizades. Tiravam fotos e riam das maluqueiras animadas que faziam. **Estavam bem pausados!** De vez em quando olhavam com desinteresse o comportamento exagerado que os colegas, já muito bêbados, tinham.

Subitamente a Teresa caiu no chão, estava desmaiada. Pararam a música, houve um silêncio brutal, momentâneo. Todos se aproximaram. Tentaram que ela reagisse mas em vão. O António, assustado, correu a casa a pedir ajuda aos pais. Estes vieram em socorro, a miúda continuava sem reagir. Ligaram 112, veio uma ambulância que transportou a Teresa para o hospital. A mãe do António e uma colega que não estava alcoolizada acompanharam a Teresa à urgência.

Muito antes do previsto acabou a festa que foi planeada por todos com tanto empenho! Todos os elementos do grupo estavam desanimados e muito assustados, até os que estavam bêbados ficaram apavorados. O que iria acontecer à Teresa? De tão bêbada e drogada perdeu a noção da realidade. O que podiam fazer para a ajudar? O que poderiam ter feito para evitar esta situação?

Necessário: música, bebidas, bombeiros, António. Diogo, pais do António, duas raparigas ...

Festa “sem álcool”

Não tivemos aulas à tarde e resolvemos, todos os nove companheiros da turma, ir à praia. Estava imenso calor, decidimos apanhar o autocarro rumo ao mar.

Passamos no supermercado e comprámos aperitivos salgados, batatas fritas e água fresca.

A viagem foi animada por muita conversa e música que ouvimos baixinho para não importunar as pessoas que também viajavam no autocarro.

Na praia estendemos os nossos corpos na areia com a intenção de descansar um pouco. O descanso durou curtos minutos. As meninas estavam todas vestidas de preto e branco e com

a exposição ao sol o calor rapidamente se tornou aborrecido. Então preferimos sentar em círculo e jogar “verdade ou consequência”.

Entretanto alguém lança o desafio de irmos experimentar a água, refrescar os pés, as mãos, a cara...

Lá fomos em direção ao mar. Uns de calças arregaçadas, outros nem por isso. Na beira da água questionámos, por entre muitos risos, se haveria um corajoso para mergulhar. E não é que o Jorge sem proferir palavra dá um mergulho, todo vestido. Seguiram se palavras de admiração e de incriminação:

- Que tolo, agora vais ficar doente - ralhou a Alice.
- Eh valentão! Mereces muitas palmas - disse o Tomás.
- Jorge, sai da água, agora o que vais vestir? - Gerson.
- Uau, temos alguém que não se queixa do calor - Anelba.

Seguidos mais dois mergulhos o Jorge sai da água. Despiu a camisola mas ficou com as calças vestidas. Estavam encharcadas, iam demorar a secar. Com vergonha, das pessoas que estavam na praia mas principalmente com vergonha das raparigas do grupo, não as despiu.

Por entre estes acontecimentos chegou a hora de regressar. O Jorge tinha frio, as calças molhadas desconfortavam no.

- Mas porquê é que ninguém trouxe uma toalha? - Jorge.
- Olha porque ninguém foi a casa, esqueces te que nada foi planeado com tempo? - respondeu a Alice.

Fizeram a viagem de regresso com menos animação que a da primeira viagem, estavam cansados.

No dia seguinte o Jorge faltou às aulas. Ficou com febre durante a noite, avisou através do *whatsApp*.

Necessário: Alice, Tomás, Gerson, Anelba, Jorge, quatro elementos ...

8º C

Festa “Mix”

O André organizou a festa de celebração dos seus 16 anos em casa. Foi um aniversário sem adultos, os pais do André não estavam, ficámos apenas os adolescentes!

O ambiente estava interessante, a música era boa e não estava exageradamente alta. Havia **pizza, hambúrgueres, churrasco à moda antiga, pipocas, rissóis e doces. Bebia se coca cola, cerveja, vinho tinto e licor de coco.**

Dançámos muito, comemos e bebemos. Estávamos muito divertidos.

- Rita prova o licor de coco. É bom, vais gostar - disse o André à Rita

- Obrigada André mas eu **não bebo álcool, não gosto, não tenho interesse** - respondeu a

- Estou contigo Rita. Também não bebo bebidas alcoólicas. No verão passado apanhei uma bebedeira enorme, **foi uma experiência horrível** - contou o Hugo

- Eu bebo pessoal, **preciso da ajuda do álcool para dançar com rapazes muito lindos da minha idade** - disse a Matilde, entrando também na conversa.

Enquanto conversavam e dançavam animadamente um dos amigos que já tinha bebido muito álcool aproximou se do André:

- Mano, **vou pegar a minha dama e vamos para o quintal fumar uma ganza** - disse o Camará

O André ficou pasmado que nem conseguiu reagir. Percebeu cerca de meia hora depois que o Camará e a namorada tinham **saído de carro, haviam tido um acidente e estavam de volta à festa** como se nada tivesse acontecido.

No dia seguinte, o Camará estava a viver uma grande ressaca. Contou ao André que na noite anterior ele e a namorada **exageraram nas bebidas alcoólicas que consumiram. A namorada vomitou, depois fumaram um charro e fizeram sexo desprotegido.**

O aniversariante ficou desapontado com o segredo do amigo e disse para si próprio, espero que o sexo sem proteção não lhes traga nenhum bebé nem doenças...

Necessário: André, Rita, Hugo, Matilde, Camará, namorada...

Festa “sem álcool”

A turma foi comemorar o aniversário do André em sua casa.

O André organizou uma festa com comes e bebes, **pizza, hambúrgueres, churrasco à moda antiga, pipocas, rissóis e doces, coca cola, ice tea**, sumol, gingerale, água e sumos de fruta natural. A música programada permitia que dançassem horas seguidas, *Hip Pop, kuduro Afro House*. Passou Apolo G, DJ Télió, Nero americano, Scro Q Cuia, DJ Barata, DJ Chandy, Dilas, Piruca entre outros.

- Tchi André, estás bem pausado! Escolheste música que agrada toda a gente - comentou o Bruno.

- Mesmo! - concordaram a Lia, a Sónia e a Manuela.

- Bora dançar - desfiou o Chico.

Enquanto dançavam divertidos faziam brincadeiras e iam tirando fotos. Riam das posições loucas que faziam ao som da música.

- Estou podre, vou descansar um bocado e jogar na consola - disse a Lia.

- Porque é que não jogamos UNO? Somos muitos, pode ser giro - sugeriu a Sónia.

- Grande ideia essa do UNO – concordou o André.

Jogaram UNO divertidos. Riram muito nas várias tentativas em fazer batota. Jogavam e acompanhavam a cantarolar as músicas que iam passando na coluna de som. Terminaram o jogo, foram comer e beber e voltaram a dançar.

Na hora da despedida todos os amigos elogiaram a festa do André. Foi espetacular este aniversário!

Necessário: Bruno, Lia, Sónia, Manuela, Chico, André, ...

8º D

Festa “Mix”

Foi num **sábado à noite**, quando nos encontramos para ir à festa mais louca das nossas vidas. Fomos para um bar que àquela hora da noite já estava bem animado.

Fomos todos para a pista super **divertidos a curtir a música** que estava a passar. Quando a sede surgiu fomos buscar bebidas para todos.

- Eu quero água, estou cheia de sede - disse a Rita.

- Eu quero *whisky* com cola, vou beber até cair. Vou pegar o máximo de pessoas, cometer as maiores loucuras. Mesmo com consequências devo aproveitar porque a vida é só uma - verbalizou a Marília.

- Eu cá vou me encostar ali ao balcão a beber coca cola com limão e jogar *Clash Royal* no meu telemóvel - disse o Lucas.

- Eh pá, jogo contigo, mas vou beber água - juntou-se o Hugo.

Entretanto parte do grupo continuava na pista a dançar animadamente, tiravam fotos, faziam diretos para o instagram e faziam interrupções na dança para ir beber *shot's* ao balcão. Os empregados vendiam nos álcool como se já tivéssemos mais de 18 anos. Depois de meia dúzia de *shot's* já estávamos muito bêbados. A Marília informou que ia à casa de banho. Passaram 10 minutos e ela não apareceu. A Rita e a Joana que assumem os papéis de mães do grupo vão procurá-la à casa de banho. Na casa de banho encontram-na a conversar ao espelho com ela própria como se de outra pessoa se tratasse.

- Marília vamos embora, estás a falar contigo mesma ao espelho - disse a Rita.

- Comigo? Foi uma amiga que conheci, eu estava aqui muito mal disposta e ela ajudou me, estive a vomitar - respondeu a Marília.

- Eh pá, estás mesmo linda - disse a Joana - anda, vamos para a pista.

Entretanto o Lucas e o Hugo vieram dizer ao resto do grupo que preferiam ir para casa, jogar mais tranquilos. Foram embora.

Na pista continuávamos muito animados a dançar sem parar e a fingir que sabíamos cantar, tal como cantores famosos num concerto espetacular.

- Eu tenho sempre o copo cheio, finjo que bebo *vodka* mas na verdade não bebo porque tenho medo de me embriagar - afirmou a Beatriz.

- És muito esperta amiga, já percebo porque não estás bêbada - responde a Verónica.

Do pessoal do grupo os que beberam *shot's* estão de tal modo bêbados que o Ricardo e o Zé caíram para o lado. As mães da noite, preocupadas, pegaram logo no telemóvel e ligaram ao 112, relatando o sucedido. Veio a ambulância e foram levados para o hospital.

A festa louca terminou na urgência do hospital com todo o grupo a acompanhar o Ricardo e o Zé.

Necessário: Rita, Marília, Lucas. Hugo, Joana, Beatriz, Verónica, Ricardo, Zé...

Festa “sem álcool”

Somos dez adolescentes, todos da mesma turma. No sábado à noite fomos a um bar Irlandês. Na aula de geografia a professora comentou que as festas nos bares Irlandeses costumam ser divertidas. Ficámos curiosos e decidimos fazer essa experiência. Combinámos não beber álcool para termos toda a noção da realidade. Sabemos que o álcool provoca alterações na nossa capacidade de concentração.

Fomos recebidos à porta por um simpático senhor que apenas falava em Inglês.

- Estou feita, não percebo nada de inglês, meninos por favor traduzam o que o senhor está a dizer - disse a Joana surpresa com o acolhimento estrangeiro.

- Sem stress Joana, para já está apenas a dar nos as boas vindas – Mário.

O senhor encaminhou nos para um primeiro andar, com o teto muito baixo. O Macieira que é o mais alto de nós todos teve que se inclinar um pouco para não fazer uma razia com a cabeça no teto. Sentámo nos numas cadeiras confortáveis que ladeavam uma mesa redonda.

- Macieira, há alturas em que ser alto tem desvantagens – brincou o Alexandre.

- Pois é. Tinha ideia de que os Irlandeses eram um povo de tamanho grande mas atendendo aqui ao espaço acho que estou enganado.

No meio da converseta pedimos sumos de fruta natural e miniaturas de salgados para irmos picando.

A música era simpática. Desconhecida mas interessante de ouvir. O ambiente era tranquilo. Imensas pessoas que se percebia que eram estrangeiros. Algumas pessoas dançavam ao som da música outras sentadas em mesas como a nossa ou mesmo ao balcão.

Atentos a todos estes pormenores, em amena cavaqueira, fomos fazendo a nossa análise da música, do espaço e do comportamento das pessoas. Divertimo nos muito e aprendemos imensas coisas novas acerca deste povo.

De regresso a casa concluímos que foi uma noitada de valor, sentimental e de conhecimento, sem uma gota de álcool.

Necessário: Macieira, Alexandre, Mário, Joana, senhor irlandês, ...

SCOPING REVIEW

Para a elaboração desta *scoping review* foi definida a seguinte questão de investigação:

⇒ Quais são os fatores que influenciam os adolescentes na tomada de decisão em relação ao consumo de álcool?

Após a formulação da questão de partida foi efetuada uma pesquisa bibliográfica com o intuito de reunir os conhecimentos necessários para definir o quadro concetual, essencial para a compreensão do fenómeno em estudo, bem como para a determinação das palavras chave para pesquisa de artigos nas diferentes bases de dados.

As palavras chave definidas para a pesquisa por ordem hierárquica, tendo em conta os descritores Mesh e PubMed, foram: *Adolescent* [MeSH] (Adolescente); *Adolescence* (Adolescência); *Teenager* (Adolescente) *Alcohol Drinking* [MesH] (Consumo de álcool) e *Prevention & Intervention* (Prevenção e Intervenção) [MesH].

Os critérios de inclusão foram definidos de forma a dar a melhor resposta à questão.

A pesquisa foi realizada com os descritores MeSH e PubMed interligados pelo booleano AND e OR conjugando a seguinte estratégia de pesquisa: *Adolescent* **OR** *Adolescence* **OR** *Teenager* **AND** *Alcohol Drinking* **OR** *Prevention & Intervention* **AND** *Alcohol Drinking* **AND** *Adolescent* **OR** *Adolescence* **OR** *Teenager*.

Procedeu se à pesquisa de artigos primários e secundários, publicados nas bases de dados PubMed e na plataforma EBSCOhost: CINAHL Complete e MEDLINE Complete, e também na OpenGrey com os limitadores, conforme pode ser visto no Anexo II.

Em seguida foi feita a seleção dos artigos elegíveis para este estudo, o qual se encontra descrito no fluxograma PRISMA (Figura 1).

Por último procedeu se à extração dos dados dos artigos selecionados, os quais constam no Anexo III, nomeadamente na Tabela 1 que caracteriza os artigos incluídos na revisão (n=6) e na Tabela 2, que apresenta uma síntese de dados para as questões de revisão.

Review Title

Álcool, intervenção pela prevenção

Reviewers

Sara Alexandra Varanda Serralheiro

Center conducting the review

Estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica realizado numa unidade de internamento hospitalar e numa escola básica de segundo e terceiro ciclos

Review question/objective

Questão:

⇒ Quais são os fatores que influenciam os adolescentes na tomada de decisão em relação ao consumo de álcool?

Objetivo:

⇒ Identificar fatores relacionados com a adoção de comportamentos saudáveis, em relação ao consumo de álcool.

Keyword (MesH Descriptors):

Adolescent (MesH), *Alcohol Drinking* (MesH), *Prevention & Intervention* (PubMed),

Background

Com a confirmação do crescimento de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, observando-se valores de aumento entre 15% e 30%, constata-se que estamos perante um problema de saúde pública, atendendo a que muitos dos problemas desta natureza terão continuidade na vida adulta. Na presença de evidência científica percebe-se que se existir uma intervenção precoce está presente um valor preventivo e uma maior resolução dos mesmos problemas (Santos, 2015).

Alusivos ao ano de 2015, estudos epidemiológicos acerca da população portuguesa, revelam a idade de início do consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool e *cannabis*) entre os 12 e os 14 anos. O álcool, consumido em bebidas alcoólicas ou alcoolizadas, é a substância psicoativa mais consumida pelos jovens em Portugal. Nestes estudos são referidas as prevalências de consumo ao longo da vida de uma qualquer bebida alcoólica, 31% aos 13 anos e 91% aos 18 anos. As prevalências no consumo recente de uma qualquer bebida alcoólica variam entre 20% aos 13 anos e 86% aos 18 anos. No que se refere ao consumo atual de uma

qualquer bebida alcoólica a predomínio varia entre 9% aos 13 anos e 67% aos 18 anos (ESPAD, 2016, SICAD, 2018 e SICAD, 2019).

A adolescência é um período evidente de grandes descobertas e instabilidade emocional, “crítico para o desenvolvimento de competências sociais e interpessoais, aquisição de habilidades para tomar decisões, consubstanciando a personalidade” (Paiva et al, 2015). Nesta etapa de descoberta e transformação, onde a busca de novas sensações pode tornar-se crucial na adoção de comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool, é fundamental focar uma intervenção preventiva em meio escolar. Prevenção essa que pressupõe a ligação da componente técnica, científica e metodológica, baseada na evidência científica.

Pela intervenção na prevenção planeia-se dotar o adolescente e o grupo de conhecimentos e capacidades para encararem os fatores de risco e os fatores de proteção associados ao consumo de substâncias psicoativas e outros comportamentos aditivos e de dependências. Pretende-se uma abordagem aos jovens, que intervenha na alteração dos comportamentos e das práticas pessoais e sociais, na criação de um clima positivo, informado, no qual o jovem se sente envolvido, seguro e reforçado, facilitando assim a aprendizagem e a promoção do seu desenvolvimento integral. Assim, neste entendimento a escola tem um papel preventivo privilegiado e indispensável (Ministério da Educação et al, 2017).

No domínio da capacitação da comunidade educativa para a adesão a estilos de vida saudável são desenvolvidas atividades para a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (DGS, 2015).

Pretendendo a participação na referida capacitação por parte do adolescente, foi planeada uma intervenção psicoeducativa dirigida aos alunos perspetivando a abordagem à metacognição enquanto contributo para o desenvolvimento da capacidade de pensar sobre o próprio pensamento, envolver a habilidade de monitorizar a própria compreensão. O adolescente tem uma atitude consciente do seu processo de aprendizagem e refletindo acerca da maneira como aprende, pensa sobre os processos de pensamento individual. Praticar a metacognição melhora a aplicação dos conhecimentos, das habilidades e qualidades para além da circunstância em que foram aprendidos.

Uma condição importante do processo metacognitivo é a conceitualização metacognitiva de uma tarefa, que consiste na reflexão metacognitiva presente no momento em que se inicia uma tarefa ou durante sua execução. Tomando consciência do modo pelo qual o conhecimento é adquirido, o adolescente gere este processo, utilizando estratégias metacognitivas para a aprendizagem e resolução de problemas em situações quotidianas

(Andretta et al, 2010). Assim, aplicar a metacognição leva a uma melhoria da atividade cognitiva e motivacional e, portanto, a uma potencialização do processo de aprender. O conhecimento que o aluno tem sobre o que sabe e o que desconhece acerca do seu conhecimento e dos seus processos, é fundamental. Por um lado, para o entendimento da utilização de estratégias, pois o conhecimento ajuda o aluno a decidir quando e que estratégias utilizar e, por outro, ou conseqüentemente, para a melhoria do desempenho (Ribeiro, 2003). Deste modo, pelo treino da metacognição, ensinando a refletir de forma crítica, são propiciadas a capacitação e a modificação de comportamentos.

Inclusion criteria

Types of participants

Adolescentes

Concept

Consumo de álcool

Context

Meio Escolar

Types of studies

Qualitativos, Quantitativos e mistos

Search strategy

Adolescent OR Adolescence OR Teenager AND Alcohol Drinking OR Prevention & Intervention AND Alcohol Drinking AND Adolescent OR Adolescence OR Teenager.

PUBMED

- Booleano
- Texto completo
- Língua inglesa
- Data de Publicação: De 2016 a 2021

CINAHL

- Resumo disponível

- Língua inglesa
- Texto completo em PDF
- Data de Publicação: De 2018 a 2021

MEDLINE

- Resumo disponível
- Língua inglesa
- Texto completo em PDF
- Data de Publicação: De 2018 a 2021

OPENGREY

- Resumo disponível
- Língua inglesa

Study Selection

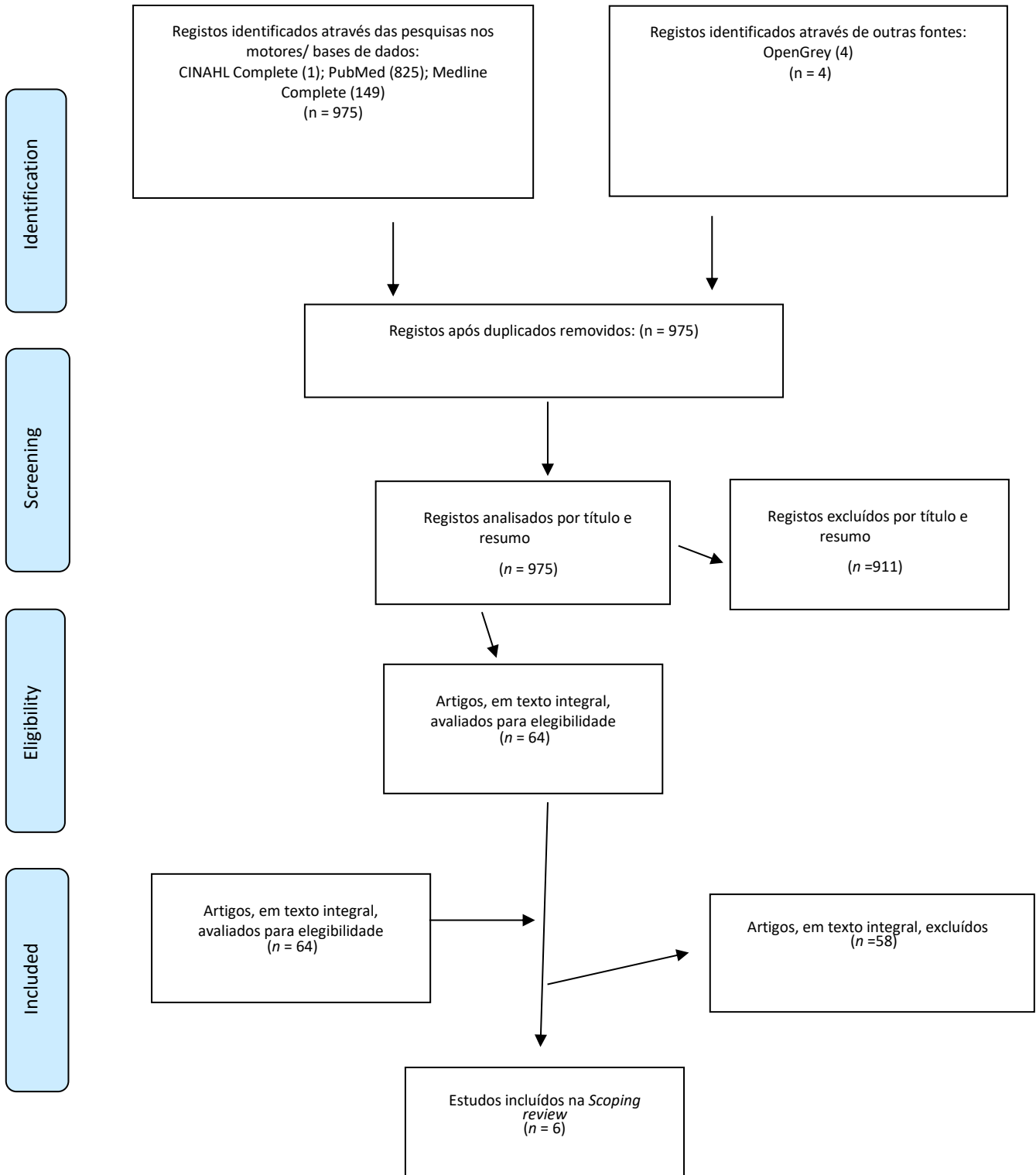
Para a identificação dos artigos foram utilizadas as plataformas PubMed e EBSCO que inclui CINAHL e MEDLINE onde identifiquei 975 artigos. Recorreu se também a outras fontes (OpenGrey) onde foram identificados 4 artigos, pelo que o total de artigos identificados foram 979. Após análise foram identificados 4 artigos que encontravam duplicados restando, portanto, 975 artigos.

Posteriormente procedeu se à leitura do título e do *abstract* dos 975 artigos (*screening*), tendo sido excluídos 911 artigos pelo facto de não corresponderem aos critérios de inclusão e ao objetivo, tendo sido eleitos para leitura do texto integral 64 artigos (*eligibility*).

Após o *screening* foi lido o texto integral dos 64 artigos finais (*eligibility*), tendo sido selecionados 6 artigos (*included*), os quais foram considerados como os que mais contribuíam no que respeita à questão, ao objetivo e aos critérios de inclusão.

O processo de seleção dos estudos encontra-se descrito no fluxograma PRISMA (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção dos estudos



Included

1. Drinking motives and alcohol consumption behaviors among young French people.
2. Brief motivational interviewing intervention to reduce alcohol and marijuana use for at-risk adolescents in primary care.
3. A randomized controlled trial of a brief online intervention to reduce alcohol consumption in new university students: Combining self-affirmation, theory of planned behaviour messages, and implementation intentions.
4. How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis.
5. Alcohol Marketing and Underage Drinking: Which Subgroups Are Most Susceptible to Alcohol Advertisements?
6. Reduction of Youth Monthly Alcohol Use Using the Positive Community Norms Approach.

Data collection

Para a colheita de dados de cada artigo selecionado foi utilizado o instrumento: **Data extraction instrument** (Anexo III) que tem as seguintes variáveis: autores, ano de publicação, objetivos, metodologias/métodos, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência alcançado e o contributo para a questão de revisão, que contribuiu essencialmente para validar a qualidade dos dados provenientes das fontes recolhidas.

Data synthesis

O principal objetivo desta *Scoping Review* é identificar os fatores que influenciam os adolescentes na tomada de decisão em relação ao consumo de álcool.

Para tal foi necessário fazer pesquisa nas várias bases de dados utilizando os mesmos limitadores em todas as plataformas:

- ⇒ **PUBMED**
- ⇒ **EBSCO**
- ⇒ **CINAHL**
- ⇒ **MEDLINE**
- ⇒ **OPENGREY**

No seguimento dessa pesquisa, foi possível elaborar tabelas com os resultados, para cada descritor individualmente e com todos os cruzamentos possíveis entre os descritores (Anexo I).

Assim foram identificados 979, dos quais 4 se encontravam duplicados, tendo restado 975 artigos, como consta no fluxograma PRIMA (Figura 1). Posteriormente procedeu-se à leitura do título e do *abstract* dos 975 artigos (*screening*), tendo sido excluídos 911 artigos pelo facto de não corresponderem aos critérios de inclusão e ao objetivo. Após o *screening* foi lido o texto integral dos 64 artigos restantes (*eligibility*), tendo sido excluídos 58 artigos. O resultado final saldou se em 6 artigos eleitos para esta *scoping review*.

Em seguida recorreu se à ferramenta *Data extraction instrument* (Anexo III) para se efetuar a colheita de dados, tendo em conta os níveis de evidência apresentados pelo *Joanna Briggs Institute*.

Assim, apresenta se um breve resumo dos conceitos e interpretações retirados dos artigos analisados.

Loose e Acier (2017) realizaram um inquérito por questionário com o objetivo de validar psicometricamente quais os cinco fatores que influenciam o consumo de álcool entre os jovens franceses, explorando as diferenças nos endossos médios dos motivos ao longo da idade e sexo e as suas associações com os seus hábitos de consumo de álcool. Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que os estudantes do ensino médio se sentem mais motivados para beber para estarem em conformidade com os colegas, do que os estudantes universitários. Além disso, os homens bebem mais por motivos sociais do que as mulheres, e também para se destacarem. Assim, os resultados deste estudo, no que se refere ao que motiva os jovens a consumirem álcool pode ser utilizado para prevenir o uso problemático de álcool pelos adolescentes.

D'Amico et al (2018), realizaram um teste controlado e aleatório com a finalidade de avaliar o uso de álcool e de outras drogas por adolescentes no ambiente de atenção primária, tendo concluído que uma breve entrevista motivacional, entregue por via informática, reduziu as consequências negativas do uso de álcool um ano depois do início da intervenção. Os resultados enfatizam que os adolescentes podem beneficiar de intervenções com acesso informático que abordem de forma breve e eficaz o uso de álcool e marijuana.

Norman et al (2018) conduziram um teste controlado e aleatório para testar se a combinação de mensagens que visam as crenças chave da teoria do comportamento planeado

(TPB) que fundamentam o consumo excessivo de álcool, uma manipulação de autoafirmação para reduzir o processamento defensivo e intenções de implementação (planos para evitar consumo excessivo de álcool) conseguem reduzir o consumo de álcool nos primeiros 6 meses na universidade. Os participantes desse teste que receberam as mensagens TPB tiveram cognições significativamente menos favoráveis sobre o consumo excessivo de álcool, consumiram menos unidades de álcool, envolveram-se em situações de consumo excessivo de álcool com menos frequência e tiveram padrões menos prejudiciais de consumo de álcool durante os primeiros 6 meses na universidade. Os outros efeitos principais não foram significativos. Os autores deste estudo concluíram que o uso de intervenções baseadas em TPB ajuda a reduzir o consumo de álcool dos alunos, mas questionam o uso de autoafirmação e intenções de implementação antes de entrar na universidade, quando as mensagens podem não representar uma ameaça à autoidentidade e quando os alunos podem ter conhecimento e experiência limitados das pressões para beber álcool na universidade. Declaração de contribuição: O que já se sabe sobre o assunto? O consumo de álcool aumenta quando os jovens entram na universidade. Transições de vida significativas representam momentos potenciais de ensino para mudar o comportamento. As intervenções com uma forte base teórica mostraram-se mais eficazes. O que este estudo adiciona? Uma breve intervenção online entregue aos alunos antes de eles entrarem na universidade pode reduzir o consumo de álcool. A teoria do comportamento planejado pode ser usada para informar o desenho de intervenções para mudar o comportamento de saúde.

Cooke et al (2016) realizaram uma revisão sistemática de literatura com meta-análise com vista a quantificar as correlações entre as variáveis da teoria do comportamento planejado (TPB), as intenções de consumir álcool e o consumo de álcool. Os resultados obtidos, permitiram aos autores concluir que os padrões de consumo com definições claras tiveram relações TPB mais fortes, as mulheres relataram relações atitude-intenção mais fortes do que os homens e os adultos relataram relações atitude-intenção e autoeficácia-intenção mais fortes do que os adolescentes. As recomendações para pesquisas futuras incluem direcionar atitudes e intenções em intervenções para reduzir o consumo de álcool, usando definições claras de consumo de álcool em itens de TPB para melhorar a previsão e avaliar autoeficácia ao investigar comportamentos de risco.

Meerker e van Straaten (2019) efetuaram uma pesquisa longitudinal em 3 fases, com 12 e 24 meses de intervalo com o objetivo de estudar a relação entre a exposição à propaganda de álcool e o início do consumo de álcool entre alunos do ensino médio, e identificar subgrupos de alunos que podem ser mais vulneráveis à influência do marketing do álcool do que outros. Os resultados deste estudo provaram a existência de associações pequenas, mas

estatisticamente significativas, entre a exposição à propaganda de álcool e o início do consumo excessivo de álcool num intervalo de 12 meses. Durante um intervalo de 24 meses, uma associação estatisticamente significativa foi encontrada apenas para o início do consumo excessivo de álcool. A associação foi mais forte para os alunos do nível escolar mais baixo. Este estudo confirma estudos longitudinais anteriores que demonstraram que existe uma associação entre a exposição ao marketing de álcool e o início do consumo excessivo de álcool entre adolescentes. Esta associação é moderada por nível de escola. Os alunos dos níveis de escolaridade mais baixos podem, portanto, ser o grupo alvo mais apropriado para os esforços de prevenção seletiva e devem ser levados em consideração ao formular políticas para reduzir e prevenir o consumo de álcool por menores.

Linkenbach et al (2021) implementaram um projeto de intervenção ao longo de 5 anos com o objetivo de avaliar o impacto da abordagem das Normas Comunitárias Positivas (PCN) em corrigir percepções equivocadas das normas de uso de álcool por pares e reduzir a prevalência do uso mensal de álcool entre uma amostra de estudantes do ensino médio. Os resultados obtidos revelaram que ao fim de 5 anos, os alunos da 8ª e 10ª séries nas comunidades de intervenção PCN eram mais propensos a relatar nunca ter usado álcool do que os alunos do grupo de comparação da Pesquisa. Essa descoberta também se confirmou no que diz respeito aos alunos da 8ª, 10ª e 12ª séries combinados, permitindo aos autores concluir que existe evidências para a utilização da abordagem PCN para corrigir efetivamente as percepções errôneas das normas e integrar estratégias para reduzir e prevenir o uso de álcool por adolescentes em níveis populacionais da comunidade.

Discussion

A discussão dos dados será elaborada após a entrega deste relatório. Formular-se-á material para divulgação em eventos científicos (Poster ou comunicação oral) e em formato de artigo.

Conflicts of interest

Não se aplica.

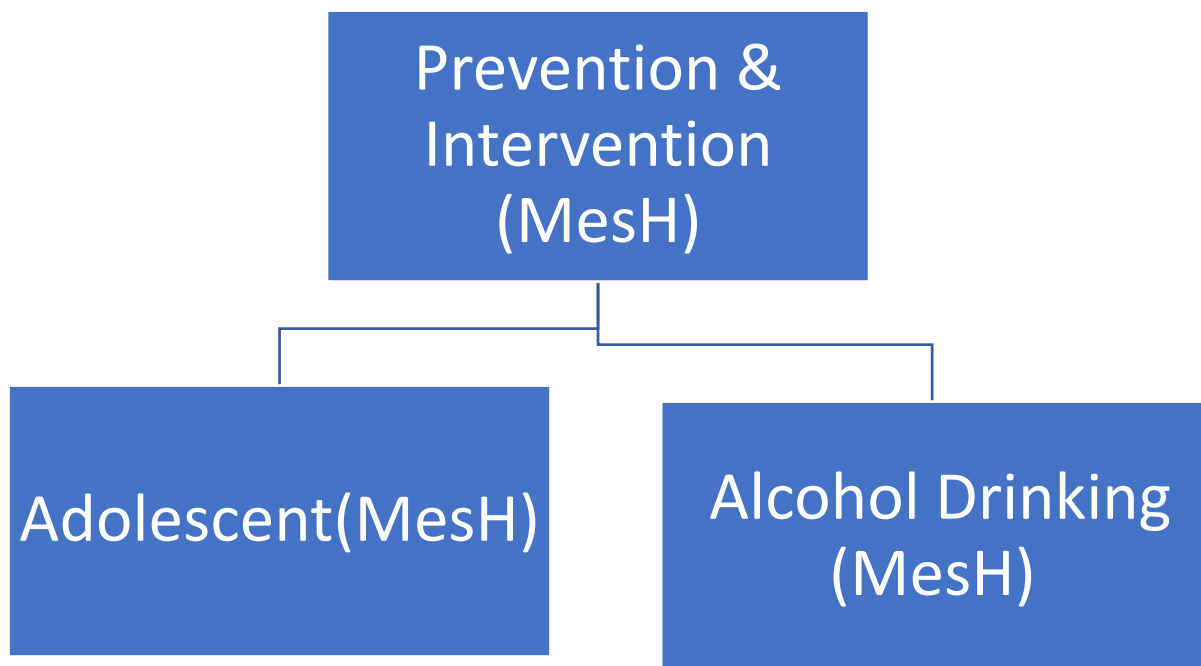
Acknowledgements

A concretização desta *Scoping Review*, tornou se possível pelo incentivo do Professor Doutor Paulo Seabra, ao qual manifesto gratidão, pois os conhecimentos que adquiri integraram a evolução no meu processo de aprendizagem.

References

- Cooke, R., Dahdah, M., Norman, P., & French, D. P. (2016). How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health psychology review*, 10(2), 148–167. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.94754>.
- D'Amico, E. J., Parast, L., Shadel, W. G., Meredith, L. S., Seelam, R., & Stein, B. D. (2018). Brief motivational interviewing intervention to reduce alcohol and marijuana use for at-risk adolescents in primary care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(9), 775–786. <https://doi.org/10.1037/ccp0000332>.
- Linkenbach, J. W., Bengtson, P. L., Brandon, J. M., Fredrickson, A. J., Kilmer, J. R., Lubbers, D. T., Ooms, J. D., Roche, V. S., & Thompson, S. J. (2021). Reduction of Youth Monthly Alcohol Use Using the Positive Community Norms Approach. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 38(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00666-4>.
- Loose, T., & Acier, D. (2017). Drinking motives and alcohol consumption behaviors among young French people. *Addictive behaviors*, 72, 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.04.009>.
- Meerkerk, G. J., & van Straaten, B. (2019). Alcohol Marketing and Underage Drinking: Which Subgroups Are Most Susceptible to Alcohol Advertisements? *Substance use & misuse*, 54(5), 737–746. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1536719>.
- Norman, P., Cameron, D., Epton, T., Webb, T. L., Harris, P. R., Millings, A., & Sheeran, P. (2018). A randomized controlled trial of a brief online intervention to reduce alcohol consumption in new university students: Combining self-affirmation, theory of planned behaviour messages, and implementation intentions. *British journal of health psychology*, 23(1), 108–127. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12277>.

Anexo I: Initial Search Strategy



Anexo II: Appraisal instruments

Pesquisa efetuada a 22 de janeiro de 2021

PubMed

Search	Search terms	Results
S1	((Prevention & Intervention [Title/Abstract]) OR (P&I[Title/Abstract])) OR (Prevention and Intervention [MeSH Terms])	177,185
S2	(Alcohol Drinking [Title/Abstract]) OR (((alcohol drinking [Title/Abstract]) OR (alcohol-drinking [Title/Abstract])) OR (Alcohol Drinking [MeSH Terms]))	14,309
S3	(adolescent[Title/Abstract]) OR (adolescence[Title/Abstract]) OR (teenager[Title/Abstract]) OR (adolescence [MeSH Terms]) OR (adolescent [MeSH Terms]) OR (teenager [MeSH Terms])	160,111
S4	(((Alcohol Drinking[Title/Abstract]) OR (((alcohol drinking [Title/Abstract]) OR (alcohol-drinking [Title/Abstract])) OR (Alcohol Drinking [MeSH Terms]))) AND (((prevention & intervention [Title/Abstract]) OR (P&I[Title/Abstract])) OR (Prevention and Intervention [MeSH Terms]))) AND ((adolescence*[Title/Abstract]) OR (adolescent[MeSH Terms])) Filters: < 5 years	825

Pesquisa efetuada a 23 janeiro de 2021

CINAHL Complete

Search	Search terms	Results
S1	TI prevention and intervention OR AB prevention & intervention OR TI P&I OR AB P&I OR MH Prevention & Intervention	161
S2	TI alcohol drinking OR AB alcohol drinking OR TI alcohol-drinking OR AB alcohol-drinking OR MH alcohol drinking OR TI alcohol drinking OR AB alcohol drinking	17
S3	MH adolescent OR TI teenager OR AB adolescence	155
S4	S2 AND S3	6
S5	S1 AND S2 AND S3 Filters: < 3 years	1

Pesquisa efetuada a 29 janeiro de 2021
 Medline Complete

Search	Search terms	Results
S1	TI prevention & Intervention OR AB prevention and intervention OR TI P&I OR AB P&I OR MH Prevention & Intervention	16,825
S2	TI alcohol drinking OR AB alcohol drinking OR TI alcohol- drinking OR AB alcohol-drinking OR MH alcohol drinking OR TI alcohol drinking OR AB alcohol drinking	4,503
S3	MH adolescent OR TI adolescence OR AB adolescence	94.753
S4	S1 AND S2 AND S3 Filters: < 3 years	149

Pesquisa efetuada a 2 de fevereiro de 2021
 OpenGrey

Search	Search terms	Results
S1	adolescent	1
S2	alcohol drinking	2
S3	S1 AND S2	4

Anexo III: Data extraction instrument

Título	Autores	Ano	Publicação	Base de dados	Método
Drinking motives and alcohol consumption behaviors among young French people	Tianna Loose, Didier Acier	2017	<u>Addictive behaviors</u>	PubMed	O French Modified Drinking Motives Questionnaire Revised e o Alcohol Use Disorders Identification Test foram administrados a 314 estudantes universitários e 193 estudantes do ensino médio.
Brief motivational interviewing intervention to reduce alcohol and marijuana use for at-risk adolescents in primary care	Elizabeth J D'Amico, Layla Parast, William G Shadel, Lisa S Meredith, Rachana Seelam, Bradley D Stein	2018	Journal of consulting and clinical psychology	PubMed	Foi realizado um ensaio clínico randomizado em 4 clínicas de abril de 2013 a novembro de 2015 para determinar se uma intervenção de AOD breve entrevista motivacional (MI) de 15 minutos, conseguia reduzir o uso de álcool e marijuana e as suas consequências, em adolescentes dos 12 aos 18 anos.
A randomized controlled trial of a brief online intervention to reduce alcohol consumption in new university students: combining self-affirmation, theory of planned behaviour messages, and implementation intentions	Paul Norman, David Cameron, Tracy Epton, Thomas L Webb, Peter R Harris, Abigail Millings, Paschal Sheeran	2018	British journal of health psychology	PubMed	Antes de entrar na universidade, alunos (N = 2.951) que consumiam de álcool foram aleatoriamente designados para a um planeamento fatorial completo. Cognições TPB sobre consumo excessivo de álcool foram avaliadas imediatamente após a intervenção (n = 2.682). O consumo de álcool foi avaliado após 1 semana (n = 1.885), 1 mês (n = 1.389) e 6 meses (n = 892) na universidade. Cognições TPB foram avaliadas novamente em 1 e 6 meses.

Título	Autores	Ano	Publicação	Base de dados	Método
How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis	Richard Cooke, Mary Dahdah, Paul Norman, David P French	2016	Health psychology review	PubMed	Pesquisas sistemáticas da literatura identificaram 40 estudos elegíveis que foram meta-analisados. Foram efetuadas três análises de moderador: padrão de consumo, género dos participantes e idade dos participantes.
Alcohol marketing and underage drinking: which subgroups are most susceptible to alcohol advertisements?	Gert-Jan Meerkkerk, Barbara van Straaten	2018	Substance use & misuse	PubMed	Foi feito um levantamento longitudinal em três fases (intervalo de 12 e 24 meses). Participaram alunos de oito escolas secundárias com uma idade média de 13,2 anos A exposição a anúncios de álcool foi medida com base em imagens de 16 anúncios comerciais. Foi pedido aos alunos que indicassem a frequência de contato e os nomes das marcas. A medida de desfecho foi o início do consumo excessivo de álcool entre o início do estudo e o acompanhamento de 12 e 24 meses.
Reduction of youth monthly alcohol use using the positive community norms approach.	Linkenbach, Jeffrey W.; Bengtson, Phyllis L.; Brandon, Jaimie M.; Fredrickson, Al J.; Kilmer, Jason R.; Lubbers, Darren T.; Ooms, Jordan D.; Roche, Valerie S.; Thompson, Sara J.	2021	Child & Adolescent Social Work Journal	CINAHL Complete	Foi realizada uma intervenção de 5 anos implementada por coalizões comunitárias em 11 distritos escolares. Foram realizadas avaliações anuais das normas de abuso de drogas entre adolescentes em cada comunidade, bem como pesquisas com pais e adultos na comunidade.

Tabela 2 - Síntese de dados para as questões de revisão: “Quais são os fatores que influenciam os adolescentes na tomada de decisão em relação ao consumo de álcool?”

Estudo (Autor; Ano)	Objetivo do estudo	Tipo de Estudo	Principais resultados e conclusões referentes ao consumo de álcool
<p>Drinking motives and alcohol consumption behaviors among young French people</p> <p>Tianna Loose, Didier Acier</p> <p>2017</p>	<p>Validar psicometricamente quais os cinco fatores que influenciam o consumo de álcool entre os jovens franceses.</p> <p>Explorar as diferenças nos endossos médios dos motivos ao longo da idade e sexo</p> <p>Explorar a validade simultânea dos motivos estudando as suas associações com comportamentos de consumo de álcool.</p>	<p>Inquérito por Questionário</p>	<p>Resultados: Os estudantes do ensino médio sentem-se mais motivados para beber para estarem em conformidade com os colegas do que os estudantes universitários. Os homens bebem mais por motivos sociais do que as mulheres, e também para se destacarem. Este estudo sugere que cada um dos motivos estudados transcreve um conjunto específico de hábitos de consumo de álcool.</p> <p>Conclusões: Os autores concluíram que essa concepção dos motivos do consumo de álcool pode ser usada eficazmente pelos investigadores para uma melhor compreensão e prevenção do uso problemático de álcool entre os jovens.</p>
<p>Brief motivational interviewing intervention to reduce alcohol and marijuana use for at-risk adolescents in primary care</p> <p>Elizabeth J D'Amico , Layla Parast, William G Shadel, Lisa S Meredith, Rachana Seelam, Bradley D Stein</p> <p>2018</p>	<p>Avaliar o uso de álcool e de outras drogas (AOD) por adolescentes no ambiente de atenção primária.</p>	<p>Teste controlado e aleatório</p>	<p>Resultados: A amostra (n = 294) foi 58% feminina e 66% hispânica, 17% negra, 12% branca, 5% multiétnica ou outra, com média de idade de 16 anos. Em comparação com os adolescentes UC, os adolescentes do CHAT relataram uso significativamente menos percebido de álcool pelos pares aos 3 meses e 6 meses. Os adolescentes do CHAT também relataram um número ligeiramente menor de consequências negativas do álcool experimentadas aos 6 meses. Aos 12 meses, em comparação com UC, os adolescentes do CHAT relataram menor percepção do uso de álcool e menos consequências negativas do álcool.</p> <p>Conclusões: Uma breve intervenção MI entregue no PC reduziu as consequências negativas do uso de álcool 1 ano depois. Os resultados enfatizam que os adolescentes podem se beneficiar de intervenções de PC que abordem de forma breve e eficaz o uso de álcool e marijuana.</p>

Estudo (Autor; Ano)	Objetivo do estudo	Tipo de Estudo	Principais resultados e conclusões referentes ao consumo de álcool
<p>A randomized controlled trial of a brief online intervention to reduce alcohol consumption in new university students: Combining self-affirmation, theory of planned behaviour messages, and implementation intentions</p> <p>Paul Norman, David Cameron, Tracy Epton, Thomas L Webb, Peter R Harris, Abigail Millings, Paschal Sheeran</p> <p>2018</p>	<p>Testar se a combinação de mensagens que visam as crenças-chave da teoria do comportamento planejado (TPB) que fundamentam o consumo excessivo de álcool, uma manipulação de autoafirmação para reduzir o processamento defensivo e intenções de implementação (planos para evitar consumo excessivo de álcool) reduz o consumo de álcool nos primeiros 6 meses na universidade.</p>	<p>Teste controlado e aleatório</p>	<p>Resultados: Os participantes que receberam as mensagens TPB tiveram cognições significativamente menos favoráveis sobre o consumo excessivo de álcool (exceto controle percebido), consumiram menos unidades de álcool, envolveram-se em situações de consumo excessivo de álcool com menos frequência e tiveram padrões menos prejudiciais de consumo de álcool durante os primeiros 6 meses na universidade. Os outros efeitos principais não foram significativos.</p> <p>Conclusões: Os resultados apoiam o uso de intervenções baseadas em TPB para reduzir o consumo de álcool dos alunos, mas questionam o uso de autoafirmação e intenções de implementação antes de entrar na universidade, quando as mensagens podem não representar uma ameaça à autoidentidade e quando os alunos podem ter conhecimento e experiência limitados das pressões para beber álcool na universidade.</p> <p>Declaração de contribuição: O que já se sabe sobre o assunto? O consumo de álcool aumenta quando os jovens entram na universidade. Transições de vida significativas representam momentos potenciais de ensino para mudar o comportamento. As intervenções com uma forte base teórica mostraram-se mais eficazes. O que este estudo adiciona? Uma breve intervenção online entregue aos alunos antes de eles entrarem na universidade pode reduzir o consumo de álcool. A teoria do comportamento planejado pode ser usada para informar o desenho de intervenções para mudar o comportamento de saúde.</p>
<p>How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis</p> <p>Richard Cooke, Mary Dahdah, Paul Norman, David P French</p> <p>2016</p>	<p>Quantificar as correlações entre as variáveis da teoria do comportamento planejado (TPB), as intenções de consumir álcool e o consumo de álcool.</p>	<p>Revisão sistemática e Meta-análise</p>	<p>Resultados: Todos os moderadores afetaram os relacionamentos TPB.</p> <p>Conclusões: Os padrões de consumo com definições claras tiveram relações TPB mais fortes, as mulheres relataram relações atitude-intenção mais fortes do que os homens e os adultos relataram relações atitude-intenção e autoeficácia-intenção mais fortes do que os adolescentes. As recomendações para pesquisas futuras incluem direcionar atitudes e intenções em intervenções para reduzir o consumo de álcool, usando definições claras de consumo de álcool em itens de TPB para melhorar a previsão e avaliar auto-eficácia ao investigar comportamentos de risco.</p>

Estudo (Autor; Ano)	Objetivo do estudo	Tipo de Estudo	Principais resultados e conclusões referentes ao consumo de álcool
<p>Alcohol Marketing and Underage Drinking: Which Subgroups Are Most Susceptible to Alcohol Advertisements?</p> <p>Gert-Jan Meerker, Barbara van Straaten</p> <p>2019</p>	<p>Estudar a relação entre a exposição à propaganda de álcool e o início do consumo de álcool entre alunos do ensino médio, e identificar subgrupos de alunos que podem ser mais vulneráveis à influência do marketing do álcool do que outros.</p>	<p>Pesquisa longitudinal em 3 Fases, com 12 e 24 meses de intervalo</p>	<p>Resultados: Os resultados mostraram associações pequenas, mas estatisticamente significativas, entre a exposição à propaganda de álcool e o início do consumo excessivo de álcool num intervalo de 12 meses. Durante um intervalo de 24 meses, uma associação estatisticamente significativa foi encontrada apenas para o início do consumo excessivo de álcool. A associação foi mais forte para os alunos do nível escolar mais baixo.</p> <p>Conclusão: O estudo confirma estudos longitudinais anteriores que demonstraram uma associação entre a exposição ao marketing de álcool e o início do consumo excessivo de álcool entre adolescentes. Esta associação é moderada por nível de escola. Os alunos dos níveis de escolaridade mais baixos podem, portanto, ser o grupo-alvo mais apropriado para os esforços de prevenção seletiva e devem ser levados em consideração ao formular políticas para reduzir e prevenir o consumo de álcool por menores</p>
<p>Reduction of Youth Monthly Alcohol Use Using the Positive Community Norms Approach.</p> <p>Linkenbach, Jeffrey W.; Bengtson, Phyllis L.; Brandon, Jaimie M.; Fredrickson, Al J.; Kilmer, Jason R.; Lubbers, Darren T.; Ooms, Jordan D.; Roche, Valerie S.; Thompson, Sara J.</p> <p>2021</p>	<p>Avaliar o impacto da abordagem das Normas Comunitárias Positivas (PCN) em corrigir percepções equivocadas das normas de uso de álcool por pares e reduzir a prevalência do uso mensal de álcool entre uma amostra de estudantes do ensino médio.</p>	<p>Projeto de intervenção ao longo de 5 anos</p>	<p>Resultados: No final dos 5 anos, os alunos da 8ª e 10ª séries nas comunidades de intervenção PCN eram mais propensos a relatar nunca ter usado álcool do que os alunos do grupo de comparação da Pesquisa MTF. Essa descoberta também foi verdadeira para os alunos da 8ª, 10ª e 12ª séries combinados.</p> <p>Conclusão: Esta pesquisa fornece evidências para a utilização da abordagem PCN para corrigir efetivamente as percepções errôneas das normas e integrar estratégias para reduzir e prevenir o uso de álcool por adolescentes em níveis populacionais da comunidade.</p>