

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor António Major e Professor Luís Seixo, pelo apoio, disponibilidade críticas e sugestões dadas durante a orientação deste relatório, que enriqueceram, sem dúvida, este documento.

À Sr.^a Enfermeira Fátima Semedo pelo apoio, disponibilidade críticas e sugestões, que melhoraram o trabalho desenvolvido. Gostaria ainda de agradecer pela influência na minha vida não acadêmica devido à partilha de conhecimentos, à sua excelência e companheirismo.

À Enfermeira Vânia Carvalho pelo seu companheirismo, motivação e espírito de interajuda demonstrado ao longo do estágio e que ainda se mantém atualmente.

Um agradecimento muito especial á minha família nuclear, ao meu marido Paulo pela compreensão, apoio e motivação nas alturas de maior desânimo. Ao meu filho Erico pela paciência nos dias mais difíceis. Á minha filha Eva, pelo amor incondicional e pelo seu sorriso que me conforta, aquece e me motiva a ir mais longe. Á minha família mais próxima, em especial a meus pais Benjamim e Vitória Afonso, ao meu irmão Fábio, por tudo o que fizeram e continuam a fazer por mim. A todos eles, o meu profundo agradecimento pela compreensão demonstrada nos momentos em que não lhes pude dar a atenção que exigiam e mereciam, incluindo as minhas ausências do convívio familiar.

Aos meus amigos mais próximos, pelo carinho, companheirismo, apoio e motivação demonstrados ao longo do tempo, e, principalmente pela enorme compreensão pela minha ausência neste período da minha vida.

Conseguir agradecer a todos aqueles que ajudaram a realizar este relatório, não é tarefa fácil. O maior risco que se corre ao agradecer individualmente não é decidir quem incluir, mas quem não nomear. Assim sendo, a todos os que contribuíram de forma direta ou indiretamente para a realização deste relatório, gostaria de lhes revelar a minha enorme gratidão.

A todos aqueles que perguntavam constantemente se já tinha acabado, agora posso finalmente dizer – sim!

RESUMO

O consumo de álcool entre os adolescentes constitui um problema de saúde pública que carece da atenção de profissionais de saúde com intervenção comunitária, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, na medida em que acarreta significantes problemas a nível individual, familiar e social. O consumo de álcool na adolescência traz uma dupla preocupação para os profissionais de saúde, por um lado devido à imaturidade do organismo, e por outro a evidência científica permite afirmar que quanto mais precoce o início deste consumo maior o risco da existência de problemas ligados ao álcool no futuro.

Atendendo à magnitude e à multicausalidade deste problema torna-se necessário que na sua intervenção exista o envolvimento do indivíduo, família e comunidade. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel primordial no desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas à educação para o consumo de álcool, com especial foco na promoção de saúde.

O presente relatório visa descrever e analisar as diferentes etapas de um estágio em que se implementou um projeto de intervenção comunitária que teve como objetivo sensibilizar os adolescentes do 8º ano de uma Escola com 3º ciclo do Concelho de Palmela, para os malefícios do uso/abuso de álcool, contribuindo para a sua capacitação, para que possam tomar uma decisão de forma consciente e responsável. Pretendeu-se através do processo de elaboração e implementação deste projeto desenvolver competências comuns e específicas de enfermeira especialista em enfermagem comunitária e contribuir para o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde relativamente ao consumo de álcool.

Utilizou-se como Metodologia o Processo de Planeamento em Saúde, segundo Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990), e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011) como referencial teórico. Na fase de diagnóstico de situação, o instrumento de colheita de dados foi constituído pelo *Questionário de Conhecimentos do Álcool*, desenvolvido por Barroso, T; Barbosa, A. E Mendes, A (2006), constituído por 40 afirmações com possibilidade de resposta dicotómica verdadeiro ou falso, e um *Questionário de caracterização*, construído para este fim, que inclui as características sociodemográficas, bem como as experiências anteriores e atuais ao nível do consumo de álcool. A análise e

tratamento dos dados foram efetuados através do Programa Microsoft Office Excel 2007.

Os resultados revelaram que a média de idade de início de consumo é ligeiramente mais precoce que a média nacional, contudo o padrão de consumo de álcool é compatível com o que é descrito na literatura. Relativamente ao Questionário de Conhecimentos do Álcool os resultados obtidos revelam a existência de lacunas graves ao nível dos conhecimentos sobre o álcool os quais, podem ser potenciadores para o uso/abuso do álcool. As estratégias implementadas fundamentam-se nas teorias de promoção da saúde e educação para saúde. Segundo Precioso (2004) este tipo de abordagem é primordial junto dos adolescentes os quais se encontram em fase de desenvolvimento físico, mental e social e que ainda não tiveram, muitas vezes, oportunidade de adquirir hábitos insanos, sendo mais recetivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos. Para tal, realizaram-se três sessões de educação para a saúde tendo como grupo alvo os adolescentes, onde se abordaram diversos conhecimentos úteis acerca do álcool por forma a contribuir para a sua capacitação para que consigam tomar uma decisão responsável e consciente face ao consumo de álcool. Simultaneamente foram trabalhadas algumas competências e estratégias protetoras e promotoras de saúde através de diferentes técnicas de dinâmica de grupos como o role-play, jogos entre outras.

A avaliação realizada mostra a consecução dos objetivos, através dos indicadores definidos, com possibilidade de continuidade do trabalho realizado nomeadamente o facto da existência de um trabalho de parceria com a equipa de saúde escolar o que vai permitir o acompanhamento destes adolescentes até ao 12º ano e consequentemente avaliar a existência de possíveis ganhos em saúde com esta intervenção. Todo este processo contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista inicialmente propostas.

Palavras-chave: Consumo de álcool, Adolescentes, Promoção de Saúde, Enfermagem Comunitária.

Abstract

Alcohol consumption among adolescents is a public health problem that requires full attention from health professionals, particularly of specialist nurses in Community Nursing, with community intervention due to the significant problems at individual, family and social level. During adolescence the alcohol consumption brings two main concerns for health professionals. First of all there are the issues related to the immaturity of organism and secondly due to scientific proofs which demonstrate that the earlier the consumption starts the risk of health problems related to alcohol in the future increases substantially.

Given the magnitude and multi-causality of this problem it becomes necessary the involvement of the individual, family and community on his intervention. The specialist nurse in Community Nursing has a crucial and strategic role in the development of intervention strategies aimed at education for alcohol consumption, with special focus on health promotion.

The present report intends to describe and analyze the different stages of a essay in which was implemented a plan for community intervention that aimed to increase awareness among adolescents, of the 8th grade of a school of the 3rd cycle of Palmela municipality, for the harm that comes from the use/abuse of alcohol, contributing for capacitating them, in order to allow them to take a conscientious and responsible decision. During the process of elaboration and implementation of this essay it was intended to develop common and specific competencies of a specialist nurse in Community Nursing, moreover to contribute to the development of health promotional strategies related to alcohol consumption.

During the situation diagnostic phase the *Alcohol Knowledge Questionnaire*, developed by Barroso, T; Barbosa, A. E Mendes, A (2006) was use as instrument for data collection. This questionnaire is constituted by 40 sentences with the possibility of true or false dichotomous response and a *Characterization Questionnaire*, which was build for this only purpose, which takes into account sociodemographic characteristics, as well as past and current experiences related to the amount of alcohol consumption. All data treatment and analyze was performed using the Microsoft Office Excel 2007 software.

The results revealed that the average age of onset of consumption is slightly earlier than the national average. However, the pattern of alcohol consumption is consistent with the one which is described in the literature. The results obtained from the Characterization Questionnaire reveals an alarming gap of knowledge regarding the alcohol which can be enhancers for the use/abuse of this substance. The implemented strategies are based on the health promotion and education theories. According Precioso (2004) this kind of approach is primordial among the adolescents who are undergoing physical, mental and social development, which, in the majority of the cases, means that they have not yet had the opportunity to acquire insane habits. Therefore, they are more receptive to learn and assimilate habits and knowledge. In order to achieve that goal, three sessions of health education were held having as target the adolescents where several useful themes regarding alcohol were addresses in order to educate and enable them to take a responsible and conscious decision regarding alcohol consumption. Simultaneously, some competencies and strategies regarding health promotion and protection were developed using different techniques of group dynamics, such as role-play, games, among others.

The evaluation performed shows the achievement of objectives through the indicators set and the possibility of continuing the work performed until now as can be shown by the partnership formed with the team of School Health that will allow the monitoring of these adolescents up to the 12th grade and therefore evaluate the existence of possible health gains with this intervention. All this process has contributed to the development of common and specific skills of a specialist nurse as initially proposed.

Key Words: Alcohol consumption, Adolescents, Health Promotion, Community Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

CID - Classificação Internacional de Doenças

EpS – Educação para a Saúde

ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

ESCATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas

EUROCARE – European Alcohol Policy Alliance

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children

IDT – Instituto de Droga e da Toxicodependência

INE – Instituto Nacional de Estatística

MPDS – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

NIAAA - National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism

OE – Ordem dos Enfermeiros

PHEPA - Primary Health Care European Project on Alcohol

PNRPLA - Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

QCaA – Questionário de Avaliação de Conhecimentos acerca do Álcool

UBP - Unidade de Bebida Padrão

UCC- Unidade Cuidados na Comunidade

UIPES - União Internacional de Promoção de Saúde e de Educação para a Saúde

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

CAPITULO I - INTRODUÇÃO	p. 1
1.1. Finalidade	p. 2
1.2. Objetivos Gerais	p. 2
1.3. Objetivos Específicos	p. 2
1.4. Contexto do local de estágio	p.3
CAPITULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	p. 5
2.1. Consumo de álcool	p. 5
2.1.1. Álcool: o que é?	p. 5
2.1.2. Breve história do álcool: perspectiva histórico-cultural	p. 7
2.1.3. Padrões de consumo	p. 8
2.2. Adolescência e consumo de álcool	p. 11
2.2.1. Definição de Adolescência	p. 11
2.2.2. Problemas relacionados com o consumo de álcool na adolescência	p. 13
2.3. Pertinência da Promoção de saúde na adolescência relativamente ao consumo de álcool	p. 16
2.4. Intervenções da Enfermagem Comunitária na promoção de saúde na adolescência em contexto escolar	p. 18
2.3.1. Promoção da saúde pela educação para a saúde	p. 22
2.5. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	p. 25
CAPITULO III – METODOLOGIA	p. 27
3.1. Diagnóstico de situação	p. 28
3.1.1. População alvo e amostra	p. 28
3.1.2. Instrumento de colheita de dados	p. 29
3.1.3. Questões éticas	p. 31
3.1.4. Apresentação e análise dos resultados	p. 32
3.2. Determinação de prioridades	p. 35
3.2.1. Diagnósticos de enfermagem	p. 36
3.3. Fixação de Objetivos	p. 37
3.4. Seleção de Estratégias	p. 39
3.5. Preparação operacional – Preparação do projeto	p. 40

3.5.1. Procedimentos de preparação de campo	p. 41
3.6. Avaliação	p. 42

CAPITULO IV – CONCLUSÕES p. 45

4.1. Aspetos positivos, limitações e perspectivas de continuação do projeto para além do estágio	p. 45
4.2. Considerações Finais	p.47

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS p.51

ANEXOS

Anexo I – Guia de Eventos de Palmela

Anexo II – Questionário de Avaliação de Conhecimentos (QCaA)

APÊNDICES

Apêndice I - Caracterização do local de estágio

Apêndice II - Taxa de mortalidade Padronizada por doenças atribuíveis ao álcool por 100 000 habitantes (INE, 2009)

Apêndice III - Anos potenciais de vida perdidos por doenças atribuíveis ao álcool por local de residência NUTS-2002 e sexo, Anual (INE, 2009)

Apêndice IV - Percentagem de adolescentes que iniciam o consumo de álcool em Portugal por sexo e idades e tipo de bebida. (ESCATD 2007, 2011)

Apêndice V - Percentagem de alunos de todos os países que referiram ter tido problemas que o próprio atribuí ao consumo de álcool nos últimos 12 meses (ESPAD, 2011)

Apêndice VI - Prevalência ao longo da vida do consumo de bebidas alcoólicas em Portugal, por grupo etário (%) – (ESCADT 2003,2007,2011)

Apêndice VII - Prevalência de episódios de embriaguez ao longo da vida em Portugal, por grupo etário (%) – (ESCADT 2003,2007,2011)

Apêndice VIII - Prevalência de "Binge Drinking" nos últimos 30 dias em Portugal, por grupo etário (%) - (ESCADT 2003,2007,2011)

Apêndice IX - Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

Apêndice X - Questionário de Caracterização

Apêndice XI - Instrumento de colheita de dados

Apêndice XII - Pedido de autorização dirigido à direção da Escola Secundária com
3º Ciclo do concelho de Palmela

Apêndice XIII - Pedido de autorização dirigido aos Encarregados de Educação

Apêndice XIV - Autorização da autora para utilização do Questionário de Avaliação
de Conhecimentos acerca do álcool (QCaA)

Apêndice XV - Resultados do questionário de caracterização

Apêndice XVI - Resultados do Questionário de Avaliação de Conhecimentos acerca
do álcool (QCaA)

Apêndice XVII - Especificação das Atividades

Apêndice XVIII - Convite enviado aos Encarregados de Educação

Apêndice XIX - Cronograma de Grantt

Apêndice XX – Questionário de Avaliação das Sessões de Educação para Saúde

Apêndice XXI – Avaliação de Indicadores de Resultado

Apêndice XXII – Avaliação de Indicadores de Atividade

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Índice de Figuras

Figura 1 – Logotipo adotado pela Câmara Municipal de Palmela	p. 3
Figura 2 – Uma Unidade de Bebida Padrão (UBP)	p. 6
Figura 3 – Definições oficiais de UBP em diferentes países	p. 9

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização do QCaA	p. 30
Quadro 2 - Problemas identificados e respetivos objetivos	p. 38
Quadro 3 - Indicadores de Impacto e de atividade	p. 39
Quadro 4 – Acréscimo de respostas corretas (%) em cada dimensão do QCaA	p.43

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da Amostra	p. 29
Tabela 2 - Caracterização da amostra relativamente ao consumo de álcool	p. 33
Tabela 3 – Respostas certas do QCaA por categoria	p. 34
Tabela 4 - Respostas certas do QCaA na categoria Conhecimentos sobre consequências do consumo de álcool para o indivíduo	p. 35
Tabela 5 - Respostas ao questionário de satisfação do projeto	p. 44

CAPITULO I - INTRODUÇÃO

O presente trabalho, constitui o relatório de estágio da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária frequentado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O referido estágio decorreu no período de 01 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013 numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do concelho de Palmela, inserida na equipa de saúde escolar, tendo como local de intervenção do projeto uma Escola Secundária com 3º ciclo do mesmo concelho.

Tendo em conta o perfil de competências, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, considerou-se que um projeto de intervenção na área da promoção da saúde, capacitando os adolescentes para uma decisão consciente e responsável relativamente ao consumo de álcool, em contexto escolar; constituía uma oportunidade para o desenvolvimento de competências nas diferentes áreas preconizadas, nomeadamente, conceção no desenvolvimento de programas e projetos que visam a capacitação e o *empowerment* onde se evidenciam atividades de educação para a saúde, manutenção e restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, familiares e grupos que constituem a comunidade. Efetivamente autores como Pender, Murdaugh e Parsons (2011) e Bernardino et al (2010), defendem o enfermeiro como o profissional mais capacitado para intervir num programa de promoção de saúde.

As mudanças nos resultados de capacitação podem ser evidência suficiente de um bem-sucedido programa, mesmo que as mudanças nos resultados de saúde ainda não tenham ocorrido. Um reflexo desta importante compreensão, por parte dos decisores políticos, passa pelo facto de um dos grandes objetivos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 ser o de promover a participação e o *empowerment* dos clientes. (PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2010).

O trabalho desenvolvido neste estágio seguiu a metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990). Tal metodologia pressupõe: a identificação das necessidades, o estabelecimento de prioridades, a definição de objetivos, a seleção de estratégias, o desenvolvimento das atividades e

a avaliação do projeto, sendo que cada uma destas etapas serão descritas ao longo do presente relatório.

Durante a fase de planeamento deste estágio, nas diferentes idas a campo, que incluíram observação e reuniões com a Enfermeira Chefe responsável pela UCC, equipa de saúde escolar, equipa de saúde pública, Professores responsáveis pela educação para saúde nas diferentes escolas. Entendeu-se que a área de consumo de álcool, era uma vertente da área de comportamentos saudáveis que está pouco desenvolvida, não existindo nenhum projeto nesta área de intervenção. Assim, a planificação da unidade curricular partiu de um projeto de estágio inicialmente delineado e centrado, enquanto área temática, na Promoção de Saúde e prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA). Neste contexto, após a delimitação da problemática a abordar durante a fase de planeamento do projeto estabeleceram-se a finalidade, os objetivos gerais e específicos e o contexto de estágio previsto à implementação dos mesmos que de seguida se apresentam:

1.1. FINALIDADE: Contribuir para a adoção do comportamento de promoção de saúde, no que refere ao consumo de álcool pelos adolescentes, colaborando assim para a diminuição do risco de desenvolvimento de PLA.

1.2. OBJETIVOS GERAIS:

- Promover o acréscimo de conhecimentos os adolescentes do 8º ano de uma Escola Secundária com 3º Ciclo do Concelho de Palmela, acerca da substância álcool e bebidas alcoólicas.
- Sensibilizar durante o período de Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013, os adolescentes do 8º ano de uma Escola Secundária com 3º Ciclo do Concelho de Palmela, e pais para consequências do consumo de álcool para o indivíduo.

1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Educar os adolescentes acerca da substância álcool
- Consciencializar os adolescentes para os malefícios do consumo de álcool na adolescência.
- Capacitar os adolescentes para estratégias de redução dos riscos do consumo abusivo do álcool.

- Promover o *empowerment* na adoção por parte dos adolescentes de um comportamento de promoção de saúde face ao consumo de álcool

1.3. CONTEXTO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Grande parte da história de Palmela está profundamente ligada à sua importância como região vitivinícola. Desde os tempos mais remotos que se pratica a cultura da

Figura 1 – Logotipo Adotado pela Câmara Municipal de Palmela



Fonte: <http://www.cm-palmela.pt/pt/conteudos/turismo/o+que+beber/Palmela+Cidade+Europeia+do+Vinho+2012/Palmela+%C3%A9+a+Cidade+Europeia+do+Vinho+2012.htm?mode=print>

vinha, por a região reunir as condições adequadas de solo e clima para a produção de grande variedade de vinhos. Desde finais do séc. XIX, figuras importantes marcaram a economia agrícola da vinha no concelho de Palmela. Alguns produtores de vinho destacaram-se na literatura vinícola, merecendo o reconhecimento nacional e europeu através da atribuição de prémios e medalhas de qualidade. No ano de 2012, Palmela foi considerada pela Rede Europeia do Vinho (RECEVIN), como a

Cidade Europeia do Vinho. Sendo que a agenda cultural da cidade está repleta de eventos onde o marketing ao consumo é uma constante (Anexo I). Entendeu-se que este contexto reunia as condições necessárias ao desenvolvimento das competências esperadas na fase de formação a que se destina o estágio.

Um dos pontos fundamentais em que assenta a conceção de conhecimento, defendida por Piaget, diz respeito ao sentido que este autor dá à palavra “conhecer”. Para Piaget conhecer significa organizar, estruturar e explicar o mundo em que vivemos – incluindo o meio físico, as ideias, os valores, as relações humanas, a cultura de um modo mais amplo – a partir do vivido ou experienciado (Pádua, 2009). No Apêndice I encontra-se uma breve descrição do local de intervenção do projeto.

Tendo em conta a natureza do projeto e a grande importância atribuída ao papel ativo dos adolescentes na gestão dos seus comportamentos de saúde e na sua capacidade de alterar o contexto ambiental, optou-se por selecionar o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011) como referencial teórico norteador.

A evidência científica mostra que em Portugal, tal como na generalidade dos países da Europa, a percentagem de jovens que consomem bebidas alcoólicas aumenta

progressivamente com a idade, e que o consumo inicial ocorre, em média, aos 12 anos (Matos, 2008; HBSC 2010; ESPAD/ESCATD 2010; Barroso, 2012). O consumo de álcool, em idades tão precoces, acarreta uma dupla preocupação. Por um lado é sabido que o organismo do adolescente não tem maturação suficiente para proceder à degradação do álcool provocando danos cerebrais e déficits neurológicos, com implicações para a aprendizagem e desenvolvimento intelectual (Taper et al 2004, 2005). Por outro lado a investigação sugere que o início precoce de consumo de álcool está associado a futuros problemas e comportamentos de risco na adolescência, tais como atos de violência e vandalismo relacionado com álcool, acidentes, conduzir ou ser conduzido por alguém sob o efeito do álcool, aumento da probabilidade de relações sexuais desprotegidas, absentismo na escola e no trabalho, aumento do risco para o uso de outras substância psicoativas e o posterior abuso de álcool (Pechansky, 2004; Barroso, 2012 citando Gurber et al, 1996; Grant et al 1996).

Pender, Murdaugh e Parsons (2011) defendem que o aumento da prevalência de comportamentos de vida saudáveis na população em geral, só será conseguido se o desenvolvimento destes for iniciado o mais precocemente possível. Deste modo, para benefício da saúde atual e futura dos adolescentes, são necessárias intervenções planeadas no âmbito da educação para a saúde, capacitando-os, no sentido de prevenir o início precoce do consumo de álcool e o seu uso nocivo (Barroso, 2012).

Relativamente à estrutura do trabalho, optou-se por dividi-lo em cinco partes principais. A primeira parte visou fazer uma breve introdução ao projeto. Na segunda parte procede-se a uma revisão da literatura enquadrando o projeto de estágio na problemática do cuidado de enfermagem especializado em enfermagem comunitária. Na terceira parte, apresenta-se a metodologia utilizada para a elaboração do projeto, com a descrição de cada etapa apresentando os principais resultados da avaliação deste. Na quarta parte faz-se um balanço de todo o percurso percorrido. Já a quinta, e última parte, destina-se às conclusões que decorreram da realização do presente trabalho.

CAPITULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Consumo de Álcool

Quando se aborda questões relacionadas com o álcool, torna-se necessário tecer algumas considerações prévias, nomeadamente as que se prendem acerca do álcool enquanto substância psicoativa, dos diferentes modos de consumo do mesmo, do estatuto enquanto importante determinante de saúde e das questões ligadas ao consumo desta substância para a saúde individual e coletiva, em particular nos adolescentes.

2.1.1. Definição de Álcool

A World Health Organization (WHO) define droga como “any chemical agent that alters the biochemical physiological processes of tissues or organisms” (WHO, 1994, p.34). Segundo a WHO (1994) toda a substância que quando ingerida afeta os processos mentais, como por exemplo os de cognição e afeto, é considerada uma substância psicoativa. Este termo é, segundo a mesma fonte, o mais neutro para descrever toda uma classe de substância, licitas (onde o álcool se insere) e não licitas, de interesse para a política das drogas.

As substâncias psicoativas podem ser classificadas sob vários pontos de vista, relativamente aos efeitos farmacológicos, o álcool é uma droga depressora do sistema nervoso central, ou seja tem a capacidade de lentificar ou diminuir a atividade cerebral, tendo algumas propriedades anestésicas. As pessoas sobre o efeito desta substância tornam-se desatentas, desconcentradas, sonolentas e com reflexos lentificados. Quanto ao estatuto legal, o álcool é uma substância cujo consumo é lícito e aceite na nossa sociedade.

As bebidas alcoólicas, tal como o nome indica, são bebidas que contém álcool etílico ou etanol ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$) na sua composição. O etanol é um “líquido incolor, volátil, de cheiro característico, de sabor queimoso e de densidade de 0.8 g/ml. É miscível

com água, ferve a 78,5° e pode separar-se da água por destilação” (MELLO, BARRIAS e BRENDA, 2001, p. 17).

As bebidas alcoólicas podem dividir-se em duas categorias no que concerne à sua origem. Numa categoria temos as bebidas fermentadas obtidas por fermentação alcoólica dos sumos açucarados de numerosos produtos de origem vegetal (frutos, mel tubérculos e cereais) sob influência de microrganismos, nomeadamente leveduras. Na outra categoria as bebidas destiladas, resultantes da destilação (através de um processo de evaporação, seguido de condensação pelo frio, por meio de alambique) do álcool produzido no decurso da fermentação, obtendo-se bebidas com um teor alcoólico mais elevado (Mello, Barrias e Breda, 2001).

O teor alcoólico ou graduação alcoólica de uma bebida representa a percentagem (%) volumétrica de álcool puro existente num litro de bebida, exprime-se em graus, e varia de bebida para bebida. Assim, um vinho de 12° significa que 1L de vinho contém 12% de álcool puro, isto é 0,12L ou 120ml de álcool puro. Contudo, para sabermos os gramas (gr) de álcool existente numa bebida é necessário transformar o volume de álcool em peso. A medida física que nos permite fazer esta relação é a densidade. Assim, para acharmos o peso em gr multiplicamos o volume de álcool puro existente na bebida pela densidade do álcool (densidade = 0,8 g/ml). Por exemplo: um vinho de 12° tem 96 gr de álcool puro (120ml de álcool puro x 0,8 g/ml).

Podemos então afirmar que, as bebidas alcoólicas vulgarmente usadas têm graduações diferentes. Contudo, se consumidas em volumes diferentes, estas fornecem ao organismo as mesmas gr de álcool. Os copos habitualmente usados para as diferentes bebidas fornecem idêntica quantidade (gr) de álcool, isto é 1 Unidade de Bebida Padrão¹ (UBP). Segundo o Portal da Saúde, em Portugal, corresponde a cerca de 10 a 12 gr de álcool puro.

Figura 2 – Uma Unidade de Bebida



Fonte: <http://www.site-ethylotest.fr>

¹ Uma unidade de bebida padrão é uma medida criada com a finalidade de quantificar o consumo de álcool, ou seja é uma forma simplificada de calcular a quantidade de álcool consumida diária ou semanalmente. Contudo o consumo de álcool pode também ser descrito em gramas pelo que a cada Unidade de Bebida Padrão corresponde a mesma medida em gramas de álcool puro, medida essa que varia de país para país.

2.1.2. Breve história do álcool: perspectiva histórico-cultural

Desconhece-se desde quando as bebidas alcoólicas surgiram pela primeira vez na vida do Homem, no entanto de acordo com registos arqueológicos é fiável acreditar que o álcool tenha aparecido no período paleolítico (30.000 a.C.). Segundo Mello, Barrias e Breda (2001), neste período o Homem conhece os efeitos da ingestão de mel fermentado - “hidromel”, todavia rapidamente iniciam o seu fabrico através de um processo natural de fermentação. Vários foram os povos que contribuíram para o aperfeiçoamento das artes do fabrico de bebidas alcoólicas tais como os Egípcios, Gregos e Romanos. (Cabral, 2004).

Com o aparecimento do processo de destilação, introduzido na Europa pelos árabes na idade média, surgem novos tipos de bebidas alcoólicas cujo teor alcoólico é bem mais elevado que as obtidas pelo processo de fermentação, as quais eram produzidas essencialmente para fins terapêuticos. A utilização do álcool como medicamento cresceu também na Europa, durante a Idade Média, com a ascensão do cristianismo. Acreditava-se que as doenças do corpo só poderiam ser curadas por intervenção divina, recorrendo ao uso de vinho, óleos vegetais e ervas, concomitantemente com orações para curar males do corpo e do espírito (Marques, 2008). No século XIX com a Revolução Industrial ocorreu a expansão deste tipo de bebidas e o seu consumo tornou-se mais generalizado.

Segundo Marques (1997), a história do vinho em Portugal, tem início muito antes da fundação da nacionalidade. Embora envolto em muitas dúvidas e mitos, pensa-se que a vinha terá sido cultivada pela primeira vez, pelos Tartessos em terras de Península Ibérica (no Vale do Tejo e Vale do Sado), por volta de 2 000 a.C.. Em 1756 a região demarcada do Alto Douro é a primeira região demarcada de vinho do mundo.

O álcool adquiriu, ao longo dos tempos, uma dupla importância e um duplo significado. Por um lado, enquanto substância de carácter quase mágico, com papel de celebração, de ritualização, de aproximação e de prazer. Por outro enquanto fonte de receita e produto comercial de elevado valor, fator de desenvolvimento para alguns países (IDT, 2010).

Relativamente aos PLA, estudos arqueológicos e bibliográficos corroboram que apesar de os efeitos patológicos das bebidas fermentadas serem conhecidos desde tempos remotos eram, no entanto, ignorados os efeitos do alcoolismo crónico. Por esta altura, a única perturbação a evitar era a embriaguez (Mello, Barrias e Breda, 2001; Cabral, 2004).

Só na segunda metade do século XIX surge o conceito de alcoolismo, associando o consumo do álcool ao conceito de doença. O problema passou então a ser considerado grave e de cariz epidémico. Entre os governantes começou a surgir a preocupação relativamente ao consumo de álcool, com apelos à consciência do problema e ao surgimento de programas para lhe fazer face (Mello, Barrias e Breda, 2001; Cabral, 2004).

2.1.3. Padrões de consumo

Relativamente ao modo como o consumo pode ocorrer e, entenda-se por consumo, o “uso dessa substância” existem várias classificações para caracterizar os padrões de consumo. De acordo com a WHO, o consumo de álcool pode ser classificado em cinco categorias: abstinência; consumo não nocivo; consumo de risco; consumo nocivo e dependência (Reis et al, 2011).

A **abstinência** caracteriza-se pela ausência do consumo de álcool ao longo da vida ou na atualidade, sendo esta última “defined as a person who has not drunk an alcoholic beverage in the preceding 12 months” (WHO, 1994, p.4).

O **consumo não nocivo ou consumo de baixo risco** caracteriza-se pelo consumo que não ultrapassa as 20gr de álcool/dia (2 UPB²), existindo pelo menos dois dias semanais sem consumo (Reis et al, 2011; Barroso, 2012 citando Babor e Higgins-Biddle, 2001).

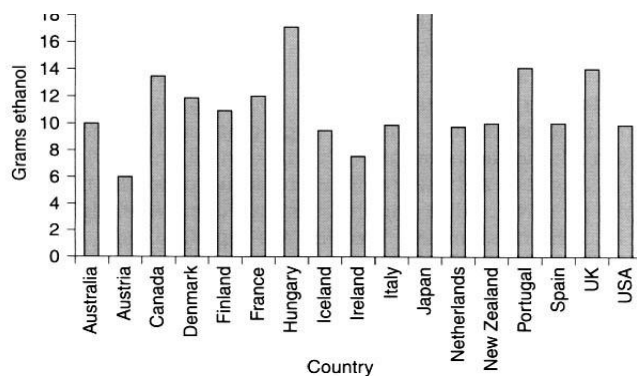
O termo **consumo de baixo risco** tem vindo a substituir o termo **consumo moderado**, pois trata-se de um conceito ambíguo e de difícil definição, uma vez que remete para o que é socialmente aceite, dependendo da cultura envolvente bem como das repercussões para a saúde do indivíduo (Barroso, 2012 citando Anderson

² Segundo o Portal da Saúde a WHO considera que 1 UPB contém 10 gr de álcool puro.
(<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia-da-saude/ministeriosaude/estilos+de+vida/alcoolismo.htm>)

e Baumberg, 2006). A WHO descreve **consumo moderado**, como o consumo até 3 UBP para os homens adultos saudáveis e até 2 UBP para as mulheres adultas saudáveis e nunca mais de 4 UBP numa só ocasião (Ferreira-Borges e Filho, 2008) o que nem sempre corresponde a um consumo de baixo risco uma vez que as UBP diferem entre países.

A UBP foi introduzida, do ponto de vista da saúde pública, como uma forma simplificada de quantificar o consumo de álcool diária ou semanalmente. A WHO (2000) no International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm, refere a importância do uso de “standard drinks as a means of reporting drinking data is also recommended as an aid to international communication of epidemiological and other scientific research” (p. 72). No entanto “if terms such as ‘units’, ‘drinks’ or ‘standard drinks’ are used their size should be defined in terms of grams of alcohol” (p. 73), uma vez que (até ao momento) não há convenção comum para definir a quantidade de álcool puro existente numa UBP, em todos os países (ver figura 2).

Figura 3 – Definições oficiais de Unidade de Bebida Padrão em diferentes países



Fonte: COOPER, David B (2000) – **Alcohol Use**. Abingdon. Radcliffe Medical Press Ltd. ISBN 1 85775 121 3, pag. 8

Porém, mesmo os consumos de baixo risco, em certos contextos individuais e/ou situacionais, tais como na atividade laboral, na condução, gravidez, amamentação, infância, adolescência, entre outras condições específicas, é entendida como um consumo **indevido**. Este é caracterizado por ser um padrão de consumo inconsistente com as orientações médicas ou legais, que segundo a European Alcohol Policy Alliance (EUROCARE), se enquadra num consumo de **risco**. O **consumo de risco** caracteriza-se por ser um padrão de consumo do qual pode resultar dano físico ou psíquico, se persistir. Sendo que “a WHO considera um

consumo regular médio diário de 20gr (2 UBP) a 40gr (4 UBP) para as mulheres e de 40gr (4 UBP) a 60 gr (6 UBP) para os homens” (PHEPA, 2012, p. 21).

O **consumo nocivo** é um padrão de consumo que causa danos físicos e psíquicos, mas que não preenche os critérios de dependência. Este tipo de consumo caracteriza-se pela ocorrência de uma **intoxicação aguda**, definida como “a condition that follows the administration of a psychoactive substance and results in disturbances in the level of consciousness, cognition, perception, judgement, affect, or behaviour, or other psychophysiological functions and responses” (WHO,1994, p.42), devido a um **consumo excessivo**³ de álcool, quer de forma esporádica quer de forma frequente, com potenciais malefícios para a saúde do indivíduo e do seu funcionamento social.

Neste padrão de consumo, insere-se o consumo tipo **binge drinking ou consumo episódico excessivo**, caracterizado pela ingestão de grandes quantidades de álcool num curto espaço de tempo com o objetivo de causar embriaguez (IDT, 2010). O “binge drinking is a pattern of drinking that brings blood alcohol concentration (BAC) levels to 0.08 g/dL. This usually occurs after 4 drinks for women and 5 drinks for men — in about 2 hours.” (NIAAA, 2012, p.1). O **consumo episódico excessivo** pode ser definido como a ingestão de pelo menos 60 gr de álcool numa só ocasião (PHEPA, 2005, p. 6). Este é um padrão de consumo cada vez mais frequente entre os estudantes, adolescentes e jovens adultos (Ferreira-Borges e Filho, 2008; HBSC, 2010; ESPAD/ESCATD, 2010).

A **dependência** é um conjunto de fenómenos fisiológicos e, comportamentais e cognitivos, que inclui “a strong desire to take the drug, impaired control over its use, persistent use despite harmful consequences, a higher priority given to drug use than to other activities and obligations, increased tolerance, and a physical withdrawal reaction when drug use is discontinued” (WHO,1994, 29).

Estes dois últimos padrões de consumo, o **consumo nocivo** e **dependência**, estão definidos na Classificação de Perturbações Mentais e de Comportamento da CID-10.

³ O consumo excessivo é um “ term for a pattern of drinking considered to exceed some standard of moderate drinking or acceptability” (WHO, 1994, p.33)

2.2. Adolescência e consumo de álcool

2.2.1. Definição de Adolescência

A adolescência é o termo que deriva da palavra latina “adolescere” que significa crescer. Hoje em dia, a adolescência, é conceptualizada como o período situado entre a infância e a vida adulta, durante a qual “os jovens após momentos de maturação diversificados constroem a sua identidade, os seus pontos de referência e escolhem o seu caminho profissional e projeto de vida” (FERREIRA e NELAS, 2006, p.141).

A adolescência é um período do ciclo de vida “of physical and emotional change as the body matures and the mind became more questioning and independente” (WHO, 2005, p.5), que decorre entre os 10 anos e os 19 anos, 11 meses e 29 dias. Piaget diz que a adolescência é a fase que separa a infância da idade adulta, ele a chama de crise passageira e afirma que devido à maturação do instinto sexual a adolescência é marcada por desequilíbrios momentâneos (Cavicchia, 2010). A adolescência é assim “a critical period of physical, cognitive, emotional, and social development in a dynamic and uncertain period between childhood and adulthood. Developmentally, it is a time characterized by change and transitions” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2012, p. 270).

Já Ferreira e Nelas (2006), citando Roberts (1988), referem que é um processo e não um período, que se caracteriza por muitas mudanças pessoais, que são frequentemente intensas, nomeadamente:

- **Físicas** - alteração da imagem e da autoimagem que deixam os adolescentes mais vulneráveis;
- **Cognitivas** - Segundo Piaget o adolescente é um indivíduo que constrói sistemas e “teorias”. Este defende que é por volta dos onze a doze anos que se efetua uma transformação fundamental no pensamento da criança. As operações lógicas começam a ser transpostas do plano da manipulação concreta para o das ideias expressas em linguagem qualquer, mas sem o apoio da percepção, da experiência, nem mesmo da crença. Ou seja o adolescente consegue agrupar representações em estruturas equilibradas e tem acesso a um raciocínio hipotético-dedutivo. Agora, poderá chegar a conclusões a partir de hipóteses, sem necessidade de

observação e manipulação reais, isto é “o raciocínio hipotético-dedutivo torna-se possível, e, com ele, a constituição de uma lógica “formal” quer dizer, aplicável a qualquer conteúdo” (Pádua, 2009 citando Piaget, 1971, p.32)

- **Psicológicas e Sociais** - Segundo Bandura (1989), a aprendizagem social é feita ao longo das várias fases de desenvolvimento da criança até se tornar adulto. Os comportamentos surgem de uma aprendizagem social, através da identificação e imitação de modelos sociais. Ainda segundo este autor, os fenómenos relacionados com a adolescência, tais como duração, comportamento característicos, formas de articulação com a família e a outras organizações, são sociais e culturalmente determinados (Mckinney,1986 citando Bandura,1964).

Segundo Piaget, a vida afetiva do adolescente, afirma-se através de duas conquistas: **(1)** da personalidade cuja construção se inicia no fim da infância com a organização autônoma das regras, dos valores e a afirmação da vontade, com a regularização e hierarquização moral das tendências e **(2)** da sua inserção na sociedade adulta, regra geral o adolescente pretende inserir-se na sociedade dos adultos por meio de projetos, de programa de vida, de sistemas muitas vezes teóricos, de planos de reformas políticas ou sociais.

Hoje em dia, a adolescência, caracteriza-se por ter uma longa duração e por ser um período conturbado pela carga de conflitos associados bem como pela assincronia entre a maturação sexual e a conquista do estatuto social de adulto, o que pode acarretar algum sofrimento quer para o adolescente quer para os adultos com quem ele interage. Perante esta dualidade de mensagens contraditórias, associado ao facto de os adolescentes serem bombardeados com propagandas de marketing que envolvem a ideia de que a bebida alcoólica traz prestígio, afirmação pessoal, poder, alegria, bem-estar, entre outras. Alguns adolescentes poderão achar ser mais fácil optar pela ingestão de álcool como forma de libertação de tensões o que pode contribuir para um consumo excessivo e levar a situações de dependência do mesmo (Cabral, 2004; Barroso, 2012).

2.2.2. Problemas relacionados com o consumo de álcool na adolescência

Globalmente, os estilos de vida e o ambiente envolvente, são os fatores com um forte potencial para determinar o processo de saúde das populações com impacto em indicadores de referência “unhealthy lifestyles and environments are responsible for a high percentage of the morbidity and mortality” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2012, p.3). A estreita relação existente entre as pessoas, os seus comportamentos e o meio que as envolve é determinante no processo de saúde e qualidade de vida, pelo que devem ser tidos em linha de conta no planeamento e implementação de intervenções, por forma a garantir uma abordagem completa e eficaz.

Os estilos de vida, definidos como “o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidas através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo da vida” (DGS, 2003, p.3), constituem uma questão fundamental inerente à saúde individual e coletiva. Neste âmbito foram identificados diversos fatores, onde se inclui o álcool, diretamente implicados no aparecimento de diversas doenças não transmissíveis, e que constituem a principal causa de morbilidade e mortalidades nas sociedades desenvolvidas; o que fundamenta indubitavelmente a necessidade de uma intervenção prioritária sobre estes determinantes (DGS; 2003).

Atualmente o álcool é “considerado como o principal determinante de saúde relacionado com os estilos de vida” (BARROSO, MENDES e BARBOSA, 2009, p. 348), uma vez que hoje em dia é “das substâncias psicoativas mais consumidas no mundo e aquela que provoca mais graves consequências para a saúde pública” (BARROSO, MENDES e BARBOSA, 2009, p.348).

O impacto e consequências do consumo de álcool para a “boa saúde infantil e escolar, o risco para a segurança do trabalhador, da mulher do jovem, etc. são exemplos que apontam para as vantagens de envolver na designação comum de «Problemas Ligados ao Álcool» (OMS-1980), este vasto e multiforme leque de situações” (MELLO; BARRIAS e BRENDA, 2001, p.14). Esta perspetiva ganha uma dimensão importante quando dirigimos intervenções preventivas, na medida em que a amplitude do foco de atenção é abrangente incidindo sobre todas as etapas do processo de produção, distribuição, consumo, publicidade e legislação.

Também a WHO, em 1982, na 35ª Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, menciona que apesar da expressão «Problemas Ligados ao Álcool» ser imprecisa, esta é cada vez mais utilizada para designar as consequências nocivas do consumo de álcool; consequências para o próprio, para a sua família e para a comunidade em geral. Os danos resultantes podem ser físicos, mentais e/ou sociais derivados de episódios de consumo excessivo, prolongado ou inoportuno (Mello, Barrias e Breda, 2001).

O consumo de álcool é um problema transversal a nível mundial e abrange diversas faixas etárias. Os “estudos epidemiológicos realizados até ao momento apresentam o consumo de álcool na população portuguesa como um importante problema de saúde pública” (IDT, 2010, p 17), sendo que os “adolescents are considered a high-risk group for engaging in risk and health-damaging behaviors, such (...) alcohol use” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2012, p. 270), em que o desencontro entre a maturidade biológica e a maturidade social poderá ter repercussões nas escolhas comportamentais sobre stress ou pressão, como “being pressured by peers to drink alcohol” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2012, p. 270).

Os comportamentos iniciados na fase da adolescência “when a complex mesh of harmful practices and risk factors puts them in peril” (WHO, 2002, p.13) estão intimamente relacionados com as maiores ameaças à vida, saúde e bem-estar na fase da juventude. Durante a adolescência, todo o consumo aditivo é considerado globalmente como de risco ou mesmo nocivo. Contudo, esta perceção não é facilmente apreendida pelos adolescentes, na medida em que estes não têm consciência das eventuais consequências a longo prazo deste tipo de comportamento. Para além disso, a maioria encara este comportamento como temporário. Neste âmbito a WHO destaca que “the harmful use of alcohol is one of the the word’s leading risks” (WHO, 2011, p.20) na medida em que este fator “is especially fatal for younger age groups and alcohol is the world’s leading risks for death among males aged 15 - 59” (WHO, 2011, p.20).

Na declaração de Estocolmo “Os jovens e o Álcool” (WHO, 2001), é explícito que este grupo é o mais vulnerável a sofrer danos físicos, emocionais e sociais decorrentes do consumo de álcool pelos próprios e/ou pelos outros. Existe uma estreita relação entre o consumo de risco ou nocivo e comportamentos de risco quer

a nível sexual, quer de outra ordem como atos de violência, acidentes que podem levar a incapacidades permanentes ou mesmo morte. Neste documento reforça-se a ideia de que “from a public health perspective, the message is clear: there is no scientific evidence for a safe limit of alcohol consumption, and particularly not for children and young adolescents, the most vulnerable groups” (WHO, 2001, p. 2). Nesta faixa etária, o consumo, independentemente do seu padrão, deverá ser sempre considerado de risco ou nocivo, pelo que “a abstinência é o comportamento mais apropriado, tendo em conta as consequências físicas e psicológicas” (BARROSO, BARBOSA, MENDES, 2006, p. 43).

Durante a 64ª Assembleia Mundial de Saúde (WHO, item 13.16, 2011, 2011/04/28), saí reforçada a mensagem de que o investimento na saúde juvenil, é uma necessidade dos estados membros, tendo como prioridades a prevenção da adoção de comportamentos de risco, nomeadamente o uso inadequado de álcool.

Portugal é um país com uma larga tradição vitivinícola, onde o vinho à refeição sempre fez parte dos hábitos e costumes, pelo que o ato de beber é visto como um ato social e coletivo. Deste modo, e sendo o consumo de álcool uma prática totalmente aceite e de alguma forma estimulada, por motivos sociais e económicos, esta aprendizagem cultural de atitudes e comportamentos contribui para o comportamento dos adolescentes relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas. Portugal é um dos “maiores consumidores mundiais de bebidas alcoólicas, vindo a apresentar alterações recentes nos padrões de consumo, não menos preocupantes, por se configurarem num grupo populacional de particular vulnerabilidade e de tradicional baixo consumo: os adolescentes” (BARROSO, MENDES E BARBOSA, 2009, p. 348).

Assim, a intervenção dos profissionais de saúde nesta área, deverá ser o de capacitar os adolescentes para realizarem escolhas adequadas e adotarem comportamentos saudáveis que promovam a saúde, para que ao serem pressionados por influências externas tenham o conhecimento para decidir e a capacidade saber manter essas escolhas independentemente das pressões a que estão sujeitos (Barroso, 2012; Barroso, Mendes e Barbosa, 2009; Matos, 2008).

2.3. Pertinência da Promoção de saúde na adolescência relativamente ao consumo de álcool

A WHO considera os problemas ligados ao álcool como uma temática abrangente, não só com consequência prejudiciais para o indivíduo, família e comunidade resultantes dum consumo nocivo, mas também com consequências resultantes de um consumo excessivo⁴ em episódios agudos.

Segundo o Global Status Report on Alcohol and Health (2011), o consumo nocivo do álcool causa cerca de 2,5 milhões de mortes por ano, e está a afetar cada vez mais as jovens gerações. A nível mundial cerca de 320000 jovens, com idades compreendidas entre os 15 e 29 anos, morrem devido a causas relacionadas com o álcool, o que representa 9% das causas de morte neste grupo etário. Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), as doenças atribuíveis ao álcool representam 3% de todas as causas de morte (Apêndice II) e contribuem para cerca de 23 323 de anos potenciais de vida perdidos por doenças atribuíveis ao álcool (Apêndice III). O consumo nocivo do álcool, é assim, considerado o terceiro fator de risco que contribui para mortes prematuras e incapacidades no mundo, contribuindo significativamente para o encargo global com doenças (WHO, 2011).

A maioria dos estudos realizados, quer a nível nacional quer a nível internacional, na área dos consumos, na fase da adolescência, confirmam sistematicamente que o álcool é das substâncias psicoativas mais precocemente consumidas pelos jovens (Carvalho, 1990; Hazen & Hough, 1999; HBSC 2002, 2006, 2010; ESPAD/ESCATD 2002, 2006, 2010).

Os estudos mais recentes confirmam que o consumo do álcool inicia-se relativamente jovem ao longo de todo o mundo por volta dos 12 -13 anos, e Portugal não foge à regra (Apêndice IV). A Europa possui a maior percentagem de consumidores de bebidas alcoólicas do mundo, os níveis mais elevados de consumo de bebidas per capita e um nível elevado de danos relacionados com o consumo de álcool. Segundo o Portal de Saúde, o consumo nocivo e perigoso de álcool é responsável por 7,4% de todos os problemas de saúde e morte precoce na Europa,

⁴ **Consumo excessivo** é "currently a non-preferred term for a pattern of drinking considered to exceed some standard of moderate drinking or acceptability. Hazardous drinking is a rough equivalent in current use. The Eighth Revision of the International Classification of Diseases distinguished two types of excessive drinking: episodic and habitual, where excessive drinking was apparently equivalent to intoxication" (WHO, 1994, p. 33)

estando na origem de um número considerável de mortes acidentais nas estradas. Além disso, tem graves repercussões sociais que se traduzem em atos de violência, vandalismo, crime, problemas familiares e exclusão social, sendo também uma das causas de baixa produtividade (Apêndice V).

Em estudos recentes como o Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010 e European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2010, verifica-se que a tendência do consumo de álcool nos jovens que frequentam o 2º e 3º Ciclo do ensino básico e escolas secundárias (idades compreendidas entre 10-15 anos) tem vindo a diminuir, no entanto a prevalência de consumos excessivos frequentes (*binge drinking* e embriaguez) têm vindo a aumentar. Em Portugal, as prevalências nestas duas situações, à semelhança do que se tem vindo a observar noutros países europeus, bem como a nível mundial, segue a mesma tendência (Apêndice VI, VII, VIII). Este aumento tem-se constituído como uma preocupação para os serviços de saúde pública, não só pelos riscos deste consumo se transformar em doença, como pela ligação verificada entre o consumo de álcool e a adoção de comportamentos de risco. O uso nocivo de álcool é um dos quatro fatores de risco que, mais frequentemente, contribui para as principais doenças não transmissíveis e que pode ser modificado e prevenido (WHO,2011). Deste modo, o consumo de álcool surge nos programas nacionais de saúde como um grave problema de saúde pública, que interfere simultaneamente na vida pessoal, familiar, escolar, ocupacional e social do jovem bebedor, e, como tal deve ser alvo de estratégias várias que visem a sua diminuição.

Reduzir o consumo nocivo de álcool, através de medidas políticas efetivas, e fornecer relevantes infraestruturas para implementar essas medidas com sucesso, é muito mais que um problema de saúde pública. Em Portugal encontra-se em implementação o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) 2010-2012, aprovado em Conselho Interministerial a 26 de Maio de 2010, que pretende “antes de mais, operacionalizar a maioria das intenções explicitadas no Plano de Ação contra o Alcoolismo (2000), e o seu objetivo primordial consiste em reduzir de forma significativa o consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde” (PNRPLA, 2009, p.5). Existe também, legislação específica ao nível da prevenção rodoviária/condução sob o efeito de álcool; ao nível da Comunicação Comercial com

o Código da Publicidade (Decreto-Lei nº 332/2001, de 24 de Dezembro) e ao nível da regularização do seu consumo de entre as quais a proibição da venda e consumo de bebidas a menores de 16 anos (Decreto-lei 9/2002, de 24 de Janeiro).

Contudo, apesar das limitações legalmente impostas, a evidência científica, demonstra que o início deste comportamento acontece precocemente por volta dos 12 anos (ESPAD/ESCATD, 2002, 2006, 2010; HBSC, 2002, 2006, 2010; Barroso, Barbosa e Mendes, 2006, 2009). Sendo que, na sua maioria, o primeiro consumo ocorre em contexto familiar e/ou numa ocasião festiva (Barroso, Barbosa e Mendes, 2009). O que demonstra claramente que apesar de colaborarem, as limitações legalmente impostas per si não são suficientes para enfrentar “um problema multifatorial onde estão envolvidos determinantes de ordem individual e contextual” (VINAGRE e LIMA, 2006, p.75). Assim, neste contexto, emerge a necessidade de se investir em “intervenções planeadas no âmbito da educação para a saúde no sentido de prevenir o início precoce do consumo de álcool e o seu uso inadequado nos jovens para benefício da sua saúde atual e futura” (BARROSO; BARBOSA e MENDES, 2006, p.34), prevenindo desta forma, e de forma genérica, os problemas que lhe estão associados.

Também vários estudos, como o ESPAD/ ESCATD e o HBSC, e entidades, como a WHO e a União Internacional para a Promoção de Saúde e Educação, reforçam e defendem a realização de programas de promoção e educação para a saúde em contexto escolar sobre a temática do consumo de álcool. Torna-se assim importante que haja um grande investimento na prevenção para que se possa capacitar os indivíduos para o seu consumo moderado. Intervenção, essa, que deve ser o mais precocemente possível, pois só assim se conseguirá aumentar a prevalência de comportamentos de vida saudáveis na população em geral (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

2.4. Intervenções da enfermagem comunitária na promoção de saúde na adolescência em contexto escolar

A primeira definição de promoção de saúde surge em 1986, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, da qual resultou a conhecida Carta de

Ottawa, que define promoção de saúde como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (...) os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (WHO, 1986, p. 1). Uma década depois, a promoção de saúde representa um processo “de compreensão social e política, que não apresenta só ações direcionadas para o fortalecimento de habilidades e capacidades do indivíduo, mas também direcionadas para a mudança de condições sociais, ambientais e económicas, que tornem mais fáceis o seu impacto na saúde pública e individual” (WHO, 1998a, p. 1). Esta filosofia vai de encontro ao que foi defendido na conferência de Ottawa, na medida em que a promoção de saúde, é mais do que uma responsabilidade do sector da saúde, devendo ser realizada segundo um modelo intersectorial e conseqüentemente multi-estratégico, que permitam criar as condições para que os indivíduos e comunidades desenvolvam um estilo de vida com comportamentos saudáveis. As diretrizes, para o desenvolvimento da promoção de saúde, emanadas da 4ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde (1997), através da Declaração de Jakarta (1997), vem confirmar e reforçar as importantes estratégias a adotar neste processo.

Assim, a promoção de saúde é um “processo que proporciona às pessoas capacidades para aumentarem o controlo sobre os determinantes e saúde, e assim melhorarem a sua saúde” (WHO, 1998a, p. 2). O reconhecimento da importância das pessoas assumirem o controlo e responsabilização sobre a sua saúde vem desde a declaração de Alma-Ata (1978). O percurso efetuado desde então, por parte dos profissionais de saúde onde a Enfermagem se inclui, parece demonstrar, o seguimento dessa filosofia emanada nesta conferência, na medida em que se começou a reconhecer os indivíduos como sujeitos ativos no seu processo de saúde, aceitando que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia. De salientar que, a enfermagem mais do que reconhecer a autonomia do outro, pretende capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde.

No Despacho nº 1916/2004 (2ª Série) de 28 de Janeiro de 2004, os estilos de vida são definidos como “um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida”. Os estilos de

vida são uma das áreas de intervenção, do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), onde o papel desempenhado pelos profissionais de saúde na sua promoção “se tem traduzido, fundamentalmente, em intervenções estratégicas de mudança, dirigidas ao indivíduo e ao grupo no sentido de alteração do(s) fator(es) de risco” (DGS, 2007, p. 23). O Despacho Interno nº 15987/2006 – Secretaria de Estado da Educação, de 27/09/2006, refere no seu ponto 2 que uma das áreas temáticas prioritárias é o consumo de substâncias psicoativas, onde o álcool se insere.

Em contexto escolar, é através do PNSE, que os enfermeiros, inseridos na equipa de saúde escolar, têm um papel essencial e vital na promoção de saúde que “passa por possibilitar a autonomia criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando decisões e ritmos de aprendizagem dos utentes, num processo de crescimento e desenvolvimento” (BERNARDINO et al, 2010,p. 1). Este papel é também referido no conteúdo funcional da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei 248/2009 parcialmente alterado pelo Decreto-Lei 122/2010, no seu artigo 9º alínea b), determina a execução de cuidados de enfermagem que integrem processos curativos, preventivos e educativos ao indivíduo, família e comunidade. Estando implícito, neste contexto no âmbito da saúde escolar, a realização de atividades de Educação para a Saúde, com vista a criar condições para que estes adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco.

No campo da promoção de saúde e prevenção dos PLA duas vertentes têm lugar, nos programas de ação: (1) as medidas de ordem legislativa e económica que limitam a oferta e o acesso; (2) as medidas informativas e educativas que visam diminuir a procura. Considera-se, no entanto que a “pedra angular de toda a ação da Prevenção Primária, neste campo, é a Educação e Informação do Público. Quando esta é bem desenvolvida, todas as restantes medidas, encontrando um público já sensibilizado, para o assunto, são muito mais eficazes.” (MELLO, BARRIAS e BRENDA, 2001, p. 112). É aqui que a Educação para a Saúde, “como processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adotar e ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p.1), tem um papel fundamental.

Em contexto de prevenção primária “para o uso de substâncias, é importante que as intervenções se desenvolvam antes dos padrões comportamentais estarem estáveis e resilientes à mudança (BARROSO, BARBOSA e MENDES, 2006, p. 34), isto é a intervenção de prevenção deve ter “o seu foco no adiar o consumo de álcool” (BARROSO, BARBOSA e MENDES, 2009, p. 348), sendo que o objetivo geral passa pela “diminuição, quantitativa e qualitativa, destes problemas, através de ações que se lhes antecipem, nos seus desenvolvimentos e efeitos” (MELLO; BARRIAS e BREDA, 2001, p. 108). A este nível de prevenção, os enfermeiros comunitários podem incluir nas suas intervenções a promoção de comportamentos de vida saudáveis e de fatores de resiliência, bem como a educação sobre o álcool e o seu consumo (Stanhope e Lancaster, 2011).

A escola constitui-se como o setting ideal para a abordagem de intervenções preventivas (Mello, Barrias e Breda, 2001; Barroso, Barbosa e Mendes, 2009; Matos 2008), através da elaboração e implementação de programas de educação para a saúde. Neste âmbito o PNSE torna-se uma ferramenta indispensável, na mediada em que este programa tem como finalidade contribuir para a melhoria da saúde das crianças e jovens, bem como de toda a restante comunidade escolar, através de estratégias que abarcam duas vertentes: “a vigilância de saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção de saúde” (PNSE, 2007, p.12). As finalidades intrínsecas ao desenvolvimento deste programa exigem uma abordagem aos estilos de vida como áreas de intervenção. Neste âmbito, a educação para o consumo é tida como essencial, sendo que “na prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco, a prioridade deve ser dada às alternativas saudáveis e à promoção de atitudes assertivas” (PNSE, 2007, p.25).

A prevenção do consumo de substâncias lícitas, tais como o álcool, emerge como uma oportunidade de intervenção para os profissionais especialistas em enfermagem comunitária, e constitui-se como uma estratégia para a concretização da meta 12 emanada pela Saúde para todos no ano 2015, que preconiza a redução do consumo de álcool na população até aos 15 anos para um limiar de Zero (IDT, 2011)

2.4.1. Promoção de Saúde pela educação para a saúde

Atendendo ao que atrás foi referido é fácil de perceber que a saúde e educação são dois campos em sinergia, que se potenciam e ambas com capacidade de serem reforçadas. Torna-se, assim, pertinente analisar o conceito de Saúde, na medida em que o objetivo da Educação para a Saúde “é a promoção da saúde” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p.7).

A Saúde, outrora definida com a ausência de doença, numa óptica meramente biomédica, é hoje reconhecido como um conceito bem mais complexo, apesar de ser ainda algo abstrato que muitos autores tentam definir e quantificar. Em 1946, a WHO, definiu Saúde como “um estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença e/ou enfermidade” (Preambulo da constituição da WHO, 1946).

O conceito de saúde tem vindo a sofrer transformações ao longo dos tempos, tendo-se verificado nessa evolução, a associação a outros conceitos tais como o da capacidade funcional, adaptabilidade e estados emocionais (Carvalho e Carvalho, 2006). Em 1984, a WHO, no Health Promotion: A Discussion Document, Copenhagen, alargou o seu conceito de saúde para “um estado em que o indivíduo ou um grupo são capazes de concretizar aspirações, satisfazer necessidades, e lidar com o ambiente que o rodeia. A saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo dela.” (WHO, 2009, p. 29). Com esta definição, o conceito de saúde deixou de ser visto como algo abstrato e passou a ser encarado como um meio para atingir uma finalidade, e viver uma vida produtiva em termos individuais, sociais e económicos. Para Déjours (1993), a “Saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projeto de vida, pessoal e original, em direção ao bem-estar” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p. 9). Segundo Carvalho e Carvalho (2006), o conceito individual que cada pessoa tem de saúde, influencia a perspetiva pessoal de cada um sobre os seus comportamentos de saúde e de educação para a saúde. Com base nesta perspetiva dinâmica da saúde, influenciada por fatores ambientais e sociais, parte-se para uma noção de educação para a saúde (EpS), baseada no conhecimento dos estilos de vida (comportamentos ligados à saúde) dos indivíduos e comunidades, com vista a adoção de comportamentos saudáveis.

Associado à mudança da definição de saúde também os modelos de concepção de saúde se foram alterando ao longo do tempo. Passamos de um modelo biomédico (centrado na patogénese), a um modelo social de saúde (centrado na salutogénese), ou seja, passamos de um paradigma de tratamento e prevenção, para um paradigma de capacitação das pessoas para que possam gerir a sua própria saúde e, conseqüentemente, à necessidade de lhes oferecermos meios para que o possam fazer. A WHO não ficou indiferente a este modelo salutogénico de Antonovsky (1987), tendo-o integrado nas estratégias da política de saúde para todos no século XXI. O que contribuiu para um grande impulso à promoção de saúde, na medida em que a ênfase passou a ser dada à necessidade de mudança de comportamentos individuais, para comportamentos de vida mais saudáveis.

Podemos então, afirmar que a educação e saúde estão intimamente ligadas. Assim, elevar o nível da educação individual contribui para elevar o nível da educação comunitária, tal como elevar o nível da saúde individual contribui para elevar o nível da saúde comunitária. Ou seja “o fator base do melhoramento dos indivíduos, das comunidades e do seu nível de saúde é a educação” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p. 16). Os mesmos autores referem ainda, que qualquer ação que vise promover hábitos de saúde e comportamentos de vida saudáveis, implica necessariamente a promoção de saúde ao nível individual e coletivo, sendo que as crenças e expectativas do indivíduo e comunidade devem ser tidas em consideração. A educação para a saúde é assim um processo dinâmico e interativo, que tenta “desenvolver a liberdade do homem junto de outros homens, incita e ensina o homem a pensar e decidir por si mesmo perante situações e momentos da sua vida individual e coletiva” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p. 23).

No Código Deontológico para a prática de enfermagem, está mencionado o dever de todos os enfermeiros trabalharem a área da informação através da EpS, encorajando a autonomia e independência dos indivíduos.

A promoção da saúde, da qual faz parte a estratégia de EpS, é um processo no qual o enfermeiro assume um papel relevante, garantindo sempre a participação ativa dos cidadãos.

Hoje em dia, é plenamente aceite que todos os aspetos da vida da comunidade escolar sejam potencialmente importantes para a promoção de saúde. Nos últimos vinte anos, muitas foram as estratégias desenvolvidas e programas implementados para uma abordagem global da escola, nas quais se incluem as Schools for Health in Europe. Os seus princípios baseiam-se, na já mencionada, Carta de Otawa (WHO, 1986); na Convenção dos Direitos da Criança (1989) com a qual ficou preconizado que todas as crianças têm direito à educação, saúde e segurança e na Declaração de Jakarta (1997), a qual defende a criação de programas de promoção de saúde sustentáveis, reforçando a importância de uma abordagem por sectores. Assim, simultaneamente ao trabalho de transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, “a escola deve, também, educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam autonomia” (DGS, 2007, p. 8). A este nível a área da EpS é, hoje em dia, reconhecida como um processo de vital importância na medida em que contribui “para aquisição de competências das crianças e jovens, permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprios, construírem um projeto de vida e serem capazes de fazerem escolhas individuais, conscientes e responsáveis (...) estimulando o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa” (Protocolo entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, de 2006, p. 1). Ou seja a EpS, tal como defende Carvalho (2002) tem atualmente a preocupação de “ajudar as pessoas a desenvolverem competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis, isto é, elevando o seu nível de literacia para a saúde” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p.33).

Em contexto escolar, a WHO (1996) menciona que no sentido de proporcionar aos alunos experiências e estruturas promotoras de saúde, é essencial que toda a comunidade educativa participe e colabore de forma ativa, pois só assim as escolas podem contribuir para o desenvolvimento, nas crianças, adolescentes e jovens, de competências que lhes permitam participar na vida social sem restrições e promover oportunidades para os dotar de aptidões que lhes proporcione tomada de decisão concordantes com comportamentos de vida saudáveis, uma vez que os hábitos adquiridos durante a infância e adolescência se repercutem na saúde dos adultos e

determinam a qualidade de vida de cada um e da comunidade em que se inserem (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

2.5. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (MPDS) surge como uma “framework for integrating nursing and behavioral science perspective” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.44). Trata-se de um modelo que explica a mudança do comportamento baseada na inter-relação dos seguintes fatores: comportamentos, fatores pessoais (cognitivos, afetivos e biológicos) e fatores externos (Pender e Yang, 2002; Srof e Velsor-Friedrich, 2006).

Este modelo defende a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamentos, pelo que congrega aspectos de várias teorias e modelos de mudança comportamental, onde se inclui a Teoria de Aprendizagem, na qual, segundo a literatura, se baseiam os programas de intervenção da maioria dos estudos realizados sobre a prevenção do uso/abuso de substâncias. (Barroso, 2012). Da revisão do modelo, em 1996, surge um modelo composto por três grandes componentes, os quais são subdivididos em variáveis passivas de serem trabalhadas (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011; Victor, Lopes e Ximenes, 2005). A representação gráfica do diagrama e a descrição sumária de cada um dos componentes e respetivas variáveis, encontram-se no Apêndice IX.

A Pessoa é a centralidade deste modelo, a qual se expressa de forma única e pessoal de acordo com os seus esquemas cognitivos, perceptivos e de acordo com os fatores promotores de mudança a que é exposta ao longo de todo o seu ciclo vital. A Saúde é definida como “the realization of human potential through goal-directed behavior, competent self-care, and satisfying relationships with others, while adapting to maintain structural integrity and harmony with the social and physical environments” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.22). Neste modelo não existe uma definição precisa de Saúde, na medida em que cada pessoa tem a sua definição pessoal, independentemente do conceito teórico genérico existente, no entanto esta é vista como um estado positivo que todas as pessoas pretendem alcançar e só o conseguem fazer porque os “individuals have tremendous potential

for self-directed change due their capacity for self-knowledge, self-regulation, decision making, and creative problem solving” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.37).

Os principais pressupostos do MPDS, realçam o papel ativo da Pessoa na gestão dos seus comportamentos, na sua interação com o meio ambiente modificando-o na procura de condições de vida para que possa desenvolver o seu potencial de saúde. O facto, deste modelo, poder ser aplicado a vários contextos de intervenção e ao longo de todo o ciclo vital e de simultaneamente se centrar nos comportamentos para melhorar a saúde enfatizando o papel ativo da pessoa na gestão dos seus comportamentos de saúde. Faz com que seja um importante instrumento de trabalho para os enfermeiros, na medida em que permite compreender com maior clareza a complexidade dos fenómenos de comportamento de saúde. Condição fundamental para delinear estratégias de intervenção cuja finalidade é a promoção de saúde e capacitação dos indivíduos e comunidades.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

Tendo em conta a natureza deste trabalho, que tem como pressuposto a realização de um projeto de intervenção comunitária, optou-se por seguir a metodologia de Planeamento em Saúde, utilizando como autores de referência Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990). O estudo para obtenção do diagnóstico foi realizado seguindo a metodologia de investigação, com utilização de um conjunto de técnicas e métodos, tendo como autores de referência Fortin (2003) e Quivy et al (1998).

Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990) defendem que o Planeamento da Saúde torna-se necessário, pela escassez de recursos; pela necessidade de intervir nas causas dos problemas; de definir prioridades; de uma intervenção integrada e de rentabilizar infraestruturas e equipamentos. Segundo os mesmos autores o Planeamento da Saúde é definido como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem á redução dos problemas de saúde considerados como prioritários” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 23). Trata-se assim de “um conjunto de decisões programadas, previstas e o seu resultado é uma mudança sociocultural” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 23). Todavia, não podemos esquecer que este “é indissociável dos fatores que condicionam a mesma: biológicos, endógenos, ambiente, hábitos de vida e sistema de cuidados” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 23), pelo que implica uma abordagem integrada, assente numa análise multisectorial da comunidade, na qual existe um envolvimento e cooperação da população bem como dos diversos sectores que interferem na saúde desta, independentemente da tipologia de planeamento.

Os autores supracitados mencionam que se deve ser conhecedor das diferentes etapas do Planeamento da Saúde para que o projeto seja elaborado de forma eficiente. Estes referem ainda que “o planeamento em saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 28) na medida em que nenhuma “etapa está inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 28). Passaremos então a abordar cada uma das etapas desta metodologia apresentando o percurso efetuado em cada uma delas.

3.1. Diagnóstico de situação

Na primeira etapa do processo de Planeamento em Saúde pretende-se conhecer as necessidades de Saúde da população estudada, na medida em que é a concordância entre o diagnóstico e a necessidade da população que determina a pertinência do plano, programa ou atividade. Assim, e atendendo a que “só a partir de definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação” (IMPERATORI e GIRALDES, p.43, 1993), este deverá ser realizado de forma suficientemente rápida, a fim de permitir a ação em tempo útil e suficientemente aprofundado para que a intervenção seja pertinente e a mais adequada.

Atendendo a que o diagnóstico obtido nesta etapa justifica a ação e as atividades desenvolvidas, ele funcionará como ponto de referência para comparação na fase de avaliação (Imperatori e Giraldes, 1993). Ele deve cumprir diversos requisitos, entre os quais, o de “ser uma descrição preferencialmente descritiva da situação” e “explicar a situação” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 49). No entanto existem alguns elementos, que apesar de difícil quantificação, têm grande utilidade para a explicação de determinados problemas de saúde, como por exemplo a cultura, o clima ou elementos históricos. Assim, antes de iniciar a descrição quantitativa do diagnóstico de situação apresenta-se, em termos gerais, o contexto sociodemográfico da população da freguesia de Palmela, bem como da UCC do concelho de Pamela onde decorreu o referido estágio inserida na equipa de saúde escolar.

3.1.2. População alvo e amostra

A população é o “conjunto de todos os sujeitos (...) tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação” (Fortin, 2003, p. 373). Assim a população deste estudo é constituída pelos estudantes das turmas de 7º ano de uma Escola Secundária com 3º Ciclo da freguesia de Palmela, num total de 107 alunos, sendo 53 do género feminino e 54 do género masculino com idades compreendidas entre os 11 e 15 anos.

A amostra é o “conjunto de sujeitos retirados de uma população” (FORTIN, 2003, p. 363), sendo junto destes que se procederá à recolha de informação. Neste caso

trata-se de uma amostra acidental, em virtude de serem formados por um conjunto de sujeitos que estão presentes num local determinado, num momento preciso (Fortin, 2003), constituída pelos alunos que estavam presentes em sala de aula e possuíam autorização assinada pelos encarregados de educação para que participassem no estudo. A amostra deste estudo é composta por 48 alunos, com questionários validados (Tabela 1), ou seja que cumpriam os **critérios de inclusão no estudo**: **(1)** alunos que responderam a todas as questões dos questionários; **(2)** que estavam presentes em sala de aula no dia de aplicação dos questionários; **(3)** que tinham autorização do encarregado de educação para participar no estudo.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Amostra (n= 48)				
Sexo	Masculino	26 54,17%		
	Feminino	22 45,83%		
Idade	12 Anos	25 52,06%	Mínimo	12
			Máximo	14
	13 Anos	21 43,74%	Moda	12
			Média	12,52
	14 Anos	2 4,17%	Desvio padrão	0,58
		Mediana	12	

3.1.3. Instrumento de colheita de dados

Através do diagnóstico de situação realiza-se o levantamento dos problemas e necessidades de saúde na área em análise, neste caso o consumo do álcool. Tendo como ponto de partida o conhecimento do padrão de consumo de bebidas alcoólicas nos adolescentes num panorama mundial, europeu e nacional. Realizou-se um estudo que permitiu conhecer qual o grau de envolvimento com o álcool bem como o nível de conhecimentos que os alunos têm acerca desta temática.

Neste sentido, após uma extensa pesquisa bibliográfica, tendo em conta: **(1)** a finalidade da intervenção - capacitar os adolescentes para a escolha consciente e responsável face ao consumo de álcool; **(2)** o horizonte temporal da intervenção e o referencial teórico norteador, **(3)** o MPDS de Nola Pender, que identifica como um dos determinantes do comportamento de saúde as características e experiências individuais onde se incluem os conhecimentos e afetações próprios do comportamento considerados de grande importância motivacional sendo que estas variáveis são modificáveis através de ações de enfermagem (Pender, Murdaugh e

Parsons, 2011). O Questionário de Avaliação de Conhecimentos acerca do álcool (QCaA) de Barroso, Mendes e Barbosa (2009, citado em Barroso, 2009) apresentou-se como a opção mais adequada (Anexo II), cuja caracterização se encontra no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização do QCaA		
Questionário de autopreenchimento que avalia os conhecimentos úteis acerca do álcool.		
Constituição do QCaA	40 afirmações ou itens com possibilidade de resposta dicotômica, verdadeiro ou falso	21 verdadeiras
		Itens: 1, 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 17, 19, 21, 25, 26, 27, 30, 33, 35, 37, 38, 39 e 40
		19 falsas
		Itens: 4, 5, 6, 9, 11, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 32, 34 e 36
Pontuação (Varia de 0 a 40)	Atribui-se: 1 ponto a cada resposta certa 0 pontos a cada resposta errada	

Este questionário foi validado quanto à legibilidade e compreensibilidade pelos autores (Barroso, 2009).

Sendo o diagnóstico de situação uma etapa que visa a identificação de necessidades, a pontuação final do QCaA não se revelou suficiente. Assim, com o objetivo de realizar uma segunda abordagem dos dados, houve necessidade de agrupar as diferentes afirmações por categorias de estudo. Para que todo este processo fosse devidamente validado, recorreu-se à colaboração de peritos, que desenvolvem a sua atividade profissional no âmbito da promoção primordial e primária onde se inclui a intervenção no consumo do álcool e PLA. Foram analisados os 40 itens do questionário, tendo como referência o trabalho de Mello, Barrias e Breda (2001) no âmbito do consumo de álcool e PLA em Portugal, tendo sido definidos 5 categorias: Conhecimentos sobre álcool e bebidas alcoólicas (6 itens); Conhecimento sobre comportamento do álcool no organismo (11itens); Conhecimentos sobre consumo de álcool e Saúde (13 itens); Conhecimentos sobre mitos/crenças relacionados com o álcool (6itens); Conhecimentos sobre repercussões sociais do consumo de álcool (4 itens). As categorias de análise obtidas vão de encontro às dimensões enumeradas no estudo realizado por Murteiro (2012) onde foi utilizado o mesmo instrumento de colheita de dados.

O QCaA foi precedido de um Questionário de Caracterização (Apêndice X) construído para o efeito, que inclui as características sociodemográficas, bem como

as experiências anteriores e atuais ao nível do consumo de álcool, em concordância com o MPDS de Nola Pender no domínio das características experiências pessoais, bem como sentimentos e conhecimentos específicos do comportamento.

Após terem sido cumpridos os pressupostos formais e éticos, que serão descritos em seguida, os dois instrumentos de colheita de dados (Apêndice XI) foram aplicados num único momento e de forma direta, ou seja, foram preenchidos pelos próprios participantes (Quivy e Campenhoudt, 2005), entre os dias 28 de Maio e o dia 8 de Junho 2012.

3.1.4. Questões éticas

No decurso da prática de enfermagem é fundamental ter em atenção os direitos das pessoas, centro de todas as ações de enfermagem. Também a Ordem dos Enfermeiros, reforça que as intervenções de enfermagem devem ser realizadas tendo em mente a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (OE, 2009). Reconhecendo a importância das questões éticas na prática dos cuidados de enfermagem, foi preocupação garantir a sua aplicação em todas as etapas do presente projeto de intervenção comunitária.

No cumprimento dos princípios éticos e morais aceites pela comunidade científica, tal como descritos por Fortin (1999), foram tidos em conta: o direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e confidencialidade; direito à proteção contra o desconforto e prejuízo; e direito a um tratamento justo e equitativo. Para dar cumprimento à proteção dos inquiridos e respetiva instituição foi redigido um pedido de autorização, dirigido à direção da referida Escola Secundária com 3º ciclo do concelho de Palmela, para a aplicação dos questionários e posteriores intervenções (Apêndice XII). A aplicação dos questionários foi realizada em contexto de sala de aula a todos os alunos com autorização formal dos encarregados de educação (Apêndice XIII), informando que: **(1)** a escolha de participar no estudo é voluntária, pelo que a qualquer momento se decidir não tomar parte do mesmo poderá fazê-lo sem ser pedida qualquer justificação; **(2)** todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial, ou seja todos os dados que poderão identificar a pessoa, não serão registados nem utilizados em qualquer base de dados ou outra forma de registo e **(3)** os resultados do estudo

poderão ser apresentados mais tarde, mas os participantes nunca serão identificados, sendo que os resultados serão colocados à disposição a pedido dos interessados.

Neste contexto é ainda de referir que a aplicação do QCaA foi precedida de autorização dos autores, na pessoa da Professora Doutora Teresa Barroso (Apêndice XIV).

3.1.5. Apresentação e análise dos resultados

Os dados foram introduzidos no programa informático Microsoft Excel[®] 2007, e tratados de acordo com a estatística descritiva, o que inclui medidas de tendência central e de dispersão, nas variáveis contínuas, e a distribuição de frequências, nas variáveis discretas (Fortin, 1999).

Nesta apresentação e análise de dados serão apenas destacados os dados considerados mais relevantes, tanto pela caracterização da população, como para a identificação de problemas. A totalidade dos casos é apresentada em apêndice, sendo os relativos à caracterização da população apresentados no Apêndice XV, e os dados referentes aos resultados do QCaA no Apêndice XVI.

Quanto à caracterização da amostra relativamente ao consumo de álcool (Tabela 2), constata-se que a iniciação de consumo ocorre mais frequentemente entre os 10 e 11 anos com uma frequência de 61,63%, apresentando contudo uma média de 10,96 ($\pm 1,31$) anos, verificando-se uma idade de iniciação ligeiramente mais precoce que a média nacional apresentada anteriormente nos dados epidemiológicos. Um outro dado preocupante e merecedor de reflexão é o facto de 7,7% dos alunos referirem o primeiro consumo de álcool entre os 8 e 9 anos de idade. No que se refere à companhia do primeiro consumo, 65,38% dos alunos mencionaram os pais, o que vai de encontro ao referido por Barroso (2009), e agrava a preocupação dos profissionais de saúde acerca desta temática. Relativamente à caracterização dos consumos atuais, 45,83% revelam consumir raramente em situações festivas e preferencialmente na companhia dos pais (36,36%).

Tabela 2 – Caracterização da amostra relativamente ao Consumo de álcool				
Amostra de alunos (n= 48)				
Idade da ingestão da primeira bebida alcoólica	8 Anos	1	3,85%	
	9 Anos	1	3,85%	Mínimo 8
	10 Anos	8	30,77%	Máximo 14
	11 Anos	8	30,77%	Moda 11
	12 Anos	5	19,23%	Média 10,96
	13 Anos	2	7,68%	Desvio padrão 1,31
	14 Anos	1	3,85%	Mediana 11
	Total	26	54,17%	
Idade da primeira embriaguez	Total	0		
Amostra de alunos que já experimentaram bebidas alcoólicas (n= 26)				
Com quem ocorreu a ingestão da primeira bebida alcoólica	Pais	17	65,38%	
	Amigos	9	34,62	
	Nunca	4	15,38%	
Frequência do consumo	Raramente	21	80,77%	
	Às vezes	1	3,85%	
	Total	26	100%	
Amostra de alunos que continuam a consumir bebidas alcoólicas (n= 22)				
Em que contexto ocorre o consumo atual	Festas	16	72,73%	
	Quando saio com amigos	2	9,09%	
	Festas e quando saio com amigos	4	18,18%	
	Total	22	100%	
Com quem ocorre o consumo atual	Pais	8	36,36%	
	Amigos	6	27,27%	
	Pais e amigos	7	31,82%	
	Pais e Familiares	1	4,55%	
	Total	22	100%	

No que concerne ao QCaA, tal como constatado no estudo realizado pelos autores do instrumento (Barroso, Mendes e Barbosa, 2009), optou-se por proceder a uma análise por item, contabilizando as respostas corretas (1 ponto) e as incorretas (0 pontos), obtendo-se assim quarenta-oito (48) como valor máximo e zero (0) como mínimo. Em comparação com o referido estudo, que apresenta 4 itens (itens 1, 16, 34 e 37) com uma resposta incorreta superior a 60%, o presente estudo apresenta 6 itens (item 1, 4, 11, 16, 23, 37, 39) com a mesma percentagem de respostas incorretas, nas quais se repetem três dos itens supracitados, destacando-se em ambos os estudos o item 1 com a maior percentagem de respostas incorretas.

Tabela 3 – Respostas certas do QCaA por categoria

Categorias	Respostas certas na categoria	Moda	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Conhecimentos sobre álcool e bebidas alcoólicas	144 50%	Não existe	24,00	20,50	13,56	0,565
Conhecimentos sobre comportamento do álcool no organismo	327 61,93%	38	29,73	31,00	9,52	0,320
Conhecimentos sobre consumo de álcool e saúde	503 80,61%	45	38,69	42	9,11	0,235
Conhecimentos sobre mitos e/ou falsos conceitos sobre o álcool	183 63,57%	32	30,5	54,7	7,40	0,243
Conhecimentos sobre repercussões sociais do consumo de álcool	171 89,06%	47	42,75	43,5	5,06	0,118

Atendendo aos resultados obtidos (tabela 3), constata-se:

- Através do desvio padrão uma elevada dispersão da pontuação por item, em diversas categorias nomeadamente ao nível dos conhecimentos sobre álcool e bebidas alcoólicas, onde se verifica pontuações desde 9 (item 1) a 41 (item 5); ao nível dos conhecimentos sobre comportamento do álcool no organismo, onde se observa pontuações desde 14 (item 37) a 40 (item 38) e ao nível dos conhecimentos sobre consumo de álcool e saúde, obtendo-se pontuações desde 12 (item 23) a 45 (item 21).
- Persistem ideias erróneas que estão ligadas aos mitos e/ou falsos conceitos, tradicionalmente associados ao álcool, esta categoria apresenta uma média de 26,23 ($\pm 7,40$) respostas certas.
- A categoria dos Conhecimentos sobre repercussões sociais do consumo de álcool destaca-se das restantes por apresentar a maior pontuação (89,06%).

Os dados foram apresentados à equipa de saúde pública e saúde escolar para que se procedesse a uma análise dos mesmos de forma a identificar os problemas que resultam do diagnóstico de situação realizado a este grupo de adolescentes, no entanto tal não se mostrou fácil. Na tentativa de identificar as áreas problemáticas foram analisadas os vários agrupamentos de respostas, e constatou-se que três das categorias estudadas se relacionavam com as consequências do consumo de álcool ao nível individual. Assim as categorias: Conhecimentos sobre comportamento álcool no organismo; Conhecimentos sobre consumo de álcool e saúde e Conhecimentos sobre mitos/crenças relacionadas com o álcool, foram agrupadas numa única categoria Conhecimentos sobre as consequências do consumo de

álcool para o indivíduo, visto tratar-se de três aspectos difíceis de separar na educação para a saúde relativamente ao consumo de álcool. Analisando esta categoria (Tabela 4), verifica-se valores que não diferem em grande margem, tanto em termos de medidas de tendência central como de dispersão quando comparada com cada uma das dimensões que engloba.

Tabela 4 – Respostas certas do QCaA na categoria Conhecimento sobre consequências do consumo de álcool para o indivíduo

Categorias	Respostas certas na categoria	Moda	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Conhecimento sobre consequências do consumo de álcool para o indivíduo	974 67,64%	40	32,47	37	11,50	0,354

Os dados obtidos vão de encontro ao referido anteriormente no enquadramento teórico o que vem reforçar a pertinência do atual projeto de intervenção comunitária. Por um lado o consumo de álcool associado a datas festivas é uma construção social que é estabelecida precocemente pelo indivíduo, o que leva a que o seu consumo seja amplamente aceite na nossa sociedade. Por outro lado durante a fase da adolescência o consumo de álcool associado à falta de conhecimentos acerca dos seus efeitos “é preocupante, na medida em que pode traduzir-se em consequências nefastas no desempenho e desenvolvimento do adolescente, em particular devido à diminuição da perceção do risco, um importante fator de risco para o consumo de bebidas alcoólicas” (BARROSO, 2012, p.98 citando Hawkins et al,1997; Johnston, 2003).

Segundo Tavares (1990), um diagnóstico de situação deve terminar com uma lista de problemas, sobre os quais se pretende intervir com o objetivo de solucionar ou minimizar, assim com base nos dados anteriormente apresentados é possível identificar os seguintes problemas:

- 1) Insuficientes conhecimentos, sobre substância álcool e bebidas alcoólicas
- 2) Deficientes conhecimentos, sobre as consequências do consumo de álcool para o indivíduo.

3.2. Determinação de prioridades

Esta etapa caracteriza-se pela hierarquização dos problemas identificados durante o diagnóstico de situação o que possibilita uma utilização eficiente dos recursos e uma otimização dos resultados (Tavares, 1990). Na determinação de prioridades é

essencial que se recorra a definição e adoção de critérios ponderados através dos quais se ordenam os problemas. Os critérios major de priorização dos problemas de saúde são: a **magnitude** (dimensão do problema utilizando, sobretudo, indicadores de mortalidade, a **transcendência** (trata-se de uma simples ponderação por grupos, de maneira a valorizar as mortes/doenças por determinada causa nesses diferentes grupos) e **vulnerabilidade** (avaliação do potencial ou da possibilidade de prevenção) (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Recorrendo a estes pressupostos, e analisando a lista de problemas obtidos no diagnóstico de situação, conclui-se que o critério de **transcendência** não permite priorizar os problemas definidos, uma vez que os déficits de conhecimentos identificados acerca do álcool, assumem a mesma transcendência, na medida em que só existe um grupo, o de adolescentes. Também o critério de **magnitude** e **vulnerabilidade** não demonstram a existência de um problema mais prevalente que o outro. Tanto os déficits de conhecimentos acerca da substância álcool e bebidas alcoólicas, como os ligados às consequências do consumo de álcool, são falhas do conhecimento potencialmente facilitadores para a diminuição da percepção do risco relativamente ao consumo de álcool e conseqüentemente contribuirão para um consumo nocivo do álcool. Assim sendo, como se trata de duas vertentes de um só problema, **deficit de conhecimentos**, não houve necessidade de proceder a nenhuma priorização.

3.2.1. Diagnósticos de enfermagem

A elaboração do diagnóstico de enfermagem é fundamental para a prática de cuidados, na medida em que é o ponto de partida para a seleção de intervenções de enfermagem a implementar e definir os resultados a atingir. Para os diagnósticos de enfermagem, no desenvolvimento deste projeto foi adotada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), na sua versão 2, uma vez que é considerada pela OE como um instrumento indispensável para a prática de enfermagem, fundamental para o desenvolvimento contínuo da profissão (OE, 2011).

O MDPS de Nola Pender defende que as características e experiências individuais se traduzem num padrão de comportamento associado a fatores pessoais,

biológicos e socioculturais. Ou seja, as características e experiências pessoais influenciam as cognições que por sua vez influem sobre o comportamento. Analisando os problemas á luz deste referencial teórico, verifica-se que todos se enquadram ao nível das cognições e como tal modificáveis através de ações de enfermagem (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

A intervenção visa modificar as cognições e afetar o comportamento através da percepção dos benefícios do comportamento de promoção de saúde, diminuindo as barreiras à ação e aumentando a autoeficácia percebida. Para tal é necessário que os profissionais prestadores de cuidados funcionem como elementos influenciadores, capacitando para a tomada de decisões congruentes com comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011). Sendo a potencialização dessa influência também uma finalidade deste projeto, uma vez que secundariamente, à adoção do comportamento de promoção de saúde pelos adolescentes envolvidos na intervenção, estes poderão ser influenciadores, através do seu grupo de pares, para outros adolescentes.

Partindo destes pressupostos teóricos, é assim definido o seguinte diagnóstico de enfermagem.

Conhecimento (foco) diminuído (juízo) para evitar (ação) o abuso de álcool (foco) no grupo de adolescentes (cliente).

3.3. Fixação de Objetivos

Segundo a metodologia de planeamento de saúde, realizado o diagnóstico de situação, definidos os problemas prioritários e perante o diagnóstico de enfermagem, procede-se à etapa de fixação de objetivos, sendo que para a sua consecução, ter-se-á de percorrer quatro fases: a seleção de indicadores dos problemas prioritários; a determinação de tendência, projeção e previsão dos problemas prioritários; a fixação dos objetivos a atingir e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas. (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Estes autores referem ainda que esta é uma etapa fundamental em todo o processo de planeamento, na medida em que “apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá

proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 77).

Face ao exposto foram determinados indicadores de resultado ou impacto e de atividade ou execução (Tavares, 1990), a determinação de tendências do problema não foi realizado pela inexistência de dados anteriores sobre os problemas identificados neste contexto. Relativamente à enunciação dos objetivos, estes devem identificar 5 elementos: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou de fracasso; a população-alvo do projeto; a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido (Tavares, 1990). Assim, foram delineados os seguintes objetivos (Quadro 2).

Quadro 2- Problemas identificados e respetivos objetivos			
Problema	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Déficit de conhecimentos relativamente à substância álcool e bebidas alcoólicas	Promover o acréscimo de conhecimentos durante o período de Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013, os adolescentes do 8º ano de uma Escola Secundária com 3º Ciclo do Concelho de Palmela, acerca da substância álcool e bebidas alcoólicas.	- Educar os adolescentes acerca da substância álcool	- Que os conhecimentos do grupo de adolescentes relativamente à categoria Conhecimentos sobre álcool e bebidas alcoólicas do QCCA, aumente em 15%. - Que 70% dos elementos do grupo de adolescentes apresentem conhecimentos relativamente à categoria Conhecimentos sobre álcool e bebidas alcoólicas do QCCA
Déficit de conhecimentos relativamente às consequências do consumo de álcool para o indivíduo.	Sensibilizar durante o período de Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013, os adolescentes do 8º ano de uma Escola Secundária com 3º Ciclo do Concelho de Palmela, e pais para consequências do consumo de álcool para o indivíduo.	- Consciencializar os adolescentes para os malefícios do consumo de álcool na adolescência. - Capacitar os adolescentes para estratégias de redução dos riscos do consumo abusivo do álcool. - Promover o empowerment na adoção por parte dos adolescentes de um comportamento de promoção de saúde face ao consumo de álcool	- Que os conhecimentos do grupo de adolescentes relativamente à categoria Conhecimento sobre as consequências do consumo de álcool para o indivíduo do QCCA, aumente em 15%. - Que 70% dos elementos do grupo de adolescentes apresentem conhecimentos relativamente à categoria Conhecimento sobre as consequências do consumo de álcool para o indivíduo do QCCA - Que 50% dos adolescentes seja capaz de identificar 3 estratégias protetoras para reduzir os riscos de consumo excessivo. - Que 50 % dos adolescentes sejam capazes de identificar pelo menos 3 benefícios para o adiar do uso/abuso do álcool na adolescência.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) um objetivo é um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível, de um problema que altera em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores. Ainda segundo o mesmo autor, um indicador é um a relação entre uma situação específica e uma população em risco. Segundo Imperatori e Giraldes (1993) estes

podem ser **indicadores de Impacto ou resultado** (pretendem medir as alterações verificadas num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema) ou **indicadores de atividade e execução** (pretendem medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado). Os indicadores definidos para este projeto encontram-se descritos no Quadro 3.

Quadro 3 - Indicadores de Impacto e de atividade	
<u>Indicadores de Impacto ou resultado</u>	<u>Indicadores de atividade ou execução</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de respostas corretas que aumentem a média dos resultados globais na dimensão Conhecimentos sobre álcool e bebidas alcoólicas do QCCA. - Taxa de respostas corretas que aumentem a média dos resultados globais na dimensão Conhecimentos sobre as consequências do consumo de álcool para o indivíduo do QCCA. - Taxa de participantes que identificaram 3 estratégias protetoras para reduzir os riscos de consumo excessivo. - Taxa de participantes que identificaram pelo menos 3 benefícios para o adiar do uso/abuso do álcool na adolescência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de sessões realizadas. - Taxa de participação dos elementos do grupo em cada atividade. - Taxa de participantes que avaliaram de forma positiva (Concordo totalmente/ Concordo) as sessões educativas.

3.4. Seleção de Estratégias

Ambos os autores, Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990), consideram esta etapa como uma das mais importantes num processo de planeamento, onde se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários. Definindo estratégia de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas que visam alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, o problema de saúde.

Assim, tendo como pressupostos:

- O MDPS identifica a cognição e a perceção como os principais determinantes do comportamento promotor de saúde, surgindo a **educação** para a saúde como estratégia preferencial. Ressalva ainda que os prestadores de cuidados de saúde e o contexto podem influenciar positiva ou negativamente a adoção de comportamentos de **promoção de saúde**. (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011)
- No âmbito da problemática do consumo excessivo de álcool nos adolescentes a **educação** e **informação** revelam-se a pedra angular de toda a intervenção (Mello, Barrias e Breda, 2001)

- A Teoria da Aprendizagem Social aborda o comportamento humano quando inserido no contexto social, dando valor aos processos cognitivos dos indivíduos, numa interação entre a pessoa, o ambiente e o comportamento. (Bandura, 2004)

Para este projeto de intervenção comunitária, a estratégia implementada fundamenta-se nas teorias de promoção da saúde pela educação para a saúde, tendo sido realizadas atividades que visem segundo a terminologia CIPE[®]: **Promover**, definido como “permitir às pessoas realizarem a sua capacidade para influenciar a própria saúde” (OE, 2010, p. 96) **Educar** no sentido de “transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém” (OE, 2010, p. 96) e **Prevenir** caracterizando-se por “manter alguém ou alguma coisa a salvo ou, tomar precauções face a alguma coisa” (OE, 2010, p. 99).

As atividades desenvolvidas foram:

- Realização de três sessões de educação para saúde com os alunos do 8º ano de uma escola secundária com 3º ciclo do concelho de Palmela
- Realização de uma sessão de educação para a saúde para os Encarregados de Educação dos alunos do 8º ano de uma escola secundária com 3º ciclo do concelho de Palmela

Em todas as sessões foram utilizadas além de uma metodologia expositiva, técnicas de dinâmica de grupos, nomeadamente filmes, realização de experiências, role-play, discussão dirigida, jogos, com o intuito de promover a participação e a interação entre todos os elementos do grupo, num ambiente de descontração e cooperação, como indica a literatura para este tipo de intervenções nesta faixa etária.

3.5. Preparação operacional – Preparação do projeto

Segundo a metodologia de planeamento em saúde, um projeto é “um conjunto de atividades (tarefas) que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um Programa” (TAVARES, 1990, p. 39). Este projeto de intervenção comunitária, enquadra-se nos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (DGS, 2012), pelo Programa Nacional de Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de

Vida (DGS, 2003), no Plano Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006) e no Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (IDT, 2010), numa lógica de integração e cooperação com os diferentes programas de saúde.

As atividades constituintes do projeto devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, não devendo ser criadas atividades que não satisfaçam os objetivos previamente estabelecidos (Tavares, 1990).

Em Apêndice XVII encontram-se especificadas as atividades de acordo com os parâmetros estabelecidos por Tavares (1990): Atividade, quem organiza, local, data, descrição, objetivos e avaliação. Na avaliação das atividades foram apreciados principalmente indicadores de atividade, devido à contingência do fator tempo. Apenas em algumas foram apreciados indicadores de impacto, embora de forma qualitativa e sem visibilidade a longo prazo, não permitindo por isso verificar alteração efetiva dos comportamentos de promoção de saúde.

3.5.1. Procedimentos de preparação de campo

Para a construção deste projeto, foram previamente desenvolvidos contactos com os responsáveis da instituição de educação (escola do 3º ciclo) e de saúde (ACES e UCC) com a finalidade de auscultação da sensibilidade para a implementação e avaliação do mesmo.

Desde Março de 2012 iniciou-se o trabalho de campo que envolveu um conjunto de atividades preparatórias com os diferentes atores envolvidos no programa. Nomeadamente reuniões com presidente do Conselho executivo e pedagógico, diretores de turma, e professores das turmas do 8º ano da referida escola; com a equipa de saúde pública e saúde escolar, bem como enfermeira chefe da UCC.

Após a autorização expressa do conselho executivo da escola com 3º ciclo do concelho de Palmela, e tendo como objetivo superar as dificuldades inerentes ao processo de devolução dos consentimentos por parte dos encarregados de educação. Foram realizadas reuniões com os diretores de turma e alunos de todas as turmas de 7º ano, para apresentar a proposta de implementação do programa a desenvolver no ano letivo seguinte e esclarecimento de dúvidas que existam.

No início do ano letivo 2012/2013 realizou-se uma reunião com os atores supracitados, tendo a Professora de Ciências Naturais cedido horas para que decorressem as sessões de educação para a saúde estipuladas para os alunos:

- Sessão 1: Parte I - Álcool: conhecer para prevenir....
- Sessão 2: Parte II – Álcool: conhecer para prevenir...
- Sessão 3: Jogo mito ou verdade

Procedeu-se ao agendamento de uma Sessão de educação para a saúde, no auditório da Escola em questão, para o dia 17 de Janeiro de 2013 pelas 18 horas. Esta sessão tem como grupo alvo os encarregados de educação, pelo que lhes foi enviado um convite (Apêndice XVIII) pelos seus educandos na última semana de aulas do primeiro período. Os encarregados de educação que compareceram nas reuniões de avaliação do período, que decorreram entre 7 e 11 de Janeiro de 2013, foram novamente convidados para esta sessão pela mestrandia que esteve presente em todas as reuniões.

Todos estes procedimentos da preparação da execução da operacionalização estão representados no Cronograma de Grantt (Apêndice XIX), trata-se de um gráfico de dupla entrada, onde as linhas são constituídas pelas atividades e as colunas pelos períodos de tempo considerados (Tavares, 1990).

3.6. Avaliação

Nesta fase do Planeamento de Saúde, a avaliação pretende fazer uma confrontação entre objetivos e estratégias, ao nível da adequação (Tavares, 1990), ou seja pretende-se determinar o grau de sucesso na consecução dos objetivos definidos, com base em critérios estabelecidos.

Avaliar um projeto, “ao longo e no final de um processo de planeamento e de implementação de um projeto não é fácil. Contudo é imperiosa a sua realização” (TAVARES, 1990, p. 210). Este autor refere que a maioria dos elementos utilizados na avaliação é sob a forma de indicadores, vulgarmente divididos em indicadores de impacto ou resultado, e em indicadores de execução ou atividade como já anteriormente descrito, tratando-se assim de uma “avaliação objetiva, de carácter

dedutivo e quantitativo” (TAVARES, 1990,p.205). Este autor refere ainda que existe, um outro tipo de avaliação a ter em conta ao nível da intervenção que passa pela satisfação e aceitabilidade por parte do grupo alvo de cuidados (Tavares, 1990).

Para a avaliação foram então utilizados dois instrumentos de colheita de dados um questionário de satisfação elaborado para esse fim (Apêndice XX) e novamente o QCAA. Ambos foram aplicados num único momento e de forma direta, ou seja, foram preenchidos pelos próprios participantes (Quivy e Campenhoudt, 2005), entre os dias 04 de Fevereiro e o dia 15 de Fevereiro 2013. Paralelamente a esta avaliação em todas as sessões de educação para a saúde realizou-se uma avaliação qualitativa e informal, atendendo à natureza da ação, baseando-se nas respostas emocionais e interação do grupo. A 3ª sessão, o jogo mito ou verdade, serviu para validar os conhecimentos adquiridos pelos participantes nas outras duas sessões de educação para a saúde, bem como esclarecer dúvidas que poderão ter surgido ou reforçar ideias e conceitos que não ficaram bem explanados anteriormente.

Relativamente à avaliação dos indicadores de resultados (Apêndice XXI) observou-se uma evolução positiva nas categorias consideradas no QCaA, assim verifica-se um aumento, na percentagem de respostas certas em todas elas.

Quadro 4 – Acréscimo de respostas corretas (%) em cada categoria considerada do QCaA	
Dimensão	% de aumento de respostas certas
<u>Conhecimentos sobre álcool e bebidas alcoólicas</u>	35,07%;
<u>Conhecimento sobre comportamento do álcool no organismo</u>	16,86%
<u>Conhecimentos sobre consumo de álcool e saúde</u>	8,81%
<u>Conhecimentos sobre mitos e/ou falsos conceitos</u>	27,43%
<u>Conhecimentos sobre repercussões sociais do consumo de álcool</u>	6,25%
<u>Conhecimento sobre consequências do consumo de álcool para o indivíduo</u>	17,01%

Na avaliação realizada na 3ª sessão, todos os elementos à exceção de dois que faltaram conseguiram enumerar três estratégias de redução de riscos bem como três benefícios para o adiar do uso/abuso do álcool na adolescência obtendo-se assim uma taxa de 96% superando em muito aquela que se enunciou como meta.

Relativamente à avaliação dos indicadores de atividade (Apêndice XXII) observou-se uma boa adesão e participação às atividades propostas, exceção feita à sessão

planeada cujo grupo alvo seriam os encarregados de educação, uma vez que nenhum apareceu, e que por esse motivo não foi realizada.

Em termos de avaliação da satisfação como projeto, verificou-se que 95,8% dos adolescentes ficaram satisfeitos com a realização do projeto (tabela 8), nomeadamente no que se refere aos conteúdos abordados, utilidade destes para a vida futura, esclarecimento de dúvidas e ideias erróneas acerca da temática abordada, e consideraram que as estratégias de dinâmica de grupo foram facilitadoras para consolidar a aprendizagem. Somente dois elementos (4,2%) referiram não concordar ou discordar relativamente ao facto das sessões realizadas irem de encontro às suas expectativas.

Tabela 5- Respostas ao questionário de satisfação do projeto

	Total
Concordo e concordo totalmente	46
	95,8%
Não concordo nem discordo	2
	4,2%

CAPITULO VI – CONCLUSÕES

Neste capítulo realiza-se uma apreciação do projeto desenvolvido, os aspetos positivos, limitações e perspectivas de continuação deste para além do estágio, apresenta-se também as considerações finais onde para além da dita apreciação do projeto se realiza uma reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária e saúde pública.

4.1. Apreciação do projeto: Aspetos positivos, limitações e perspectivas de continuação do projeto para além do estágio

Ao longo deste trabalho foram percorridas todas as etapas do processo de Planeamento de Saúde, tendo sido descrito o que ocorreu em cada uma delas. Esta descrição possibilitou a realização de um balanço global do projeto bem como apresentar os principais resultados a diferentes níveis, inicialmente dentro da equipa, nomeadamente enfermeira responsável pelo estágio, e posteriormente ao exterior, através do presente relatório e outras atividades adiante mencionadas.

Desde o início de estágio que se pretendeu desenvolver um projeto de intervenção comunitária que tivesse efeito a médio/longo prazo e não apenas com o intuito de desenvolver competências. Apesar do projeto no âmbito de estágio ter findado, este não está concluído perspetivando-se a continuação de algumas atividades e a implementação de outras.

Um aspeto que espelha esta continuidade passa pela sua integração no plano de atividades da Saúde Escolar bem como no plano de ação da escola em questão. Esta continuidade foi reforçada com o convite da Sr.^a Enfermeira Chefe responsável pela UCC, para a existência de uma parceria entre a UCC (ao nível da saúde escolar) e a mestranda a fim de haver continuidade do projeto e lançado o desafio para que haja uma monitorização anual deste grupo de alunos até ao 12º ano inclusive (possibilitando assim avaliar uma possível mudança de comportamento e eventuais ganhos em saúde). Foi também decidido que, em todos os anos letivos um outro ano de escolaridade fosse integrado neste projeto. Assim, estima-se que no ano letivo 2013/2014 integrarão o projeto os alunos do 8º e 9º ano da respetiva

escola. Para que a continuidade seja possível, está em elaboração um dossier com todas as sessões e atividades realizadas neste estágio, para consulta e posterior implementação pela equipa de saúde escolar. Estão programadas reuniões com a referida equipa para definir atividades para o ano letivo 2013/2014.

Este projeto foi divulgado a outras instituições na comunidade, nomeadamente à Câmara Municipal de Palmela, tendo-se verificado interesse por parte desta instituição numa possível parceria com a equipa de saúde escolar, para a realização de um projeto abrangente sobre esta temática com os alunos das diversas escolas deste concelho.

No decurso da implementação de um projeto, os atores envolvidos no mesmo deparam-se com limitações de origens diversas, desde a inexperiência de quem pela primeira vez experiencia a responsabilidade da elaboração e implementação de um projeto de intervenção comunitária, passando por fatores de contexto, organizacionais, entre outros. Estas limitações constituem uma mais-valia para a aquisição de competências, na medida que são uma oportunidade para após a sua identificação, refletir e mobilizar conhecimentos e aptidões para os contornar. O que contribui para que possam ser antecipadas em processos futuros.

Uma das limitações de carácter contextual, relaciona-se com o facto de atualmente no sistema de ensino português não existirem áreas curriculares não disciplinares, tais como área de projeto ou formação cívica, o que condiciona em muito a disponibilidade dos professores cederem horas necessárias para a consecução dos seus objetivos curriculares, a alguém externo para a realização de um projeto de intervenção comunitária.

Apesar dos professores, reconhecerem a importância de uma abordagem acerca desta temática neste *timing* e *setting*, na verdade referem estar muito condicionados com o fator tempo. De ressaltar que, apesar destes condicionamentos, a professora de Ciências Naturais foi uma força impulsionadora para que este projeto fosse evoluindo; na medida em que não só disponibilizou horas para a sua realização, como também o integrou no seu currículo disciplinar.

Outro constrangimento prende-se com o facto de a estagiária não desempenhar funções na unidade onde decorreu o estágio, o que implicou um período de integração durante o qual contactei com os diversos projetos existentes na UCC

tendo participado em algumas reuniões, o que me possibilitou aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de relação de confiança com os atores que posteriormente estariam envolvidos no projeto.

O período do estágio limitou a intervenção multisectorial, na medida em que não permitiu reestruturar estratégias para a participação dos pais no projeto. Considero que a totalidade dos objetivos definidos foram alcançados, sendo perceptível pelo facto de os participantes enumerarem estratégias para reduzir os riscos do consumo nocivo de álcool ou identificarem benefícios para o adiar do uso/abuso de álcool associados a um aumento de respostas certas em todas as dimensões do QCaA, o que traduz aquisição de conhecimentos. O facto de o estágio estar limitado no tempo, não permite avaliar se essa aquisição conduziu ou conduzirá a mudança de comportamentos, nem a eventuais ganhos de saúde. Nesta vertente a continuidade deste projeto irá contribuir para colmatar esta lacuna.

4.2. Considerações Finais

Na última década verificaram-se em Portugal, tal como na generalidade dos países europeus, mudanças muito significativas no consumo de álcool pelos adolescentes, traduzindo-se quer na quantidade consumida, quer no padrão de consumo, o que aumenta a preocupação relativamente a esta questão. Também na última década se tem vindo a verificar, uma maior preocupação com a saúde e bem-estar, com estilos de vida e comportamentos saudáveis, sendo estes os principais determinantes para uma sociedade saudável.

No entanto, os estilos de vida não dependem unicamente da vontade de cada indivíduo. Sofrem influências e estão em estreita ligação com o nível socioeconómico, a família, a comunidade e fatores culturais, pelo que, as escolas são instituições que podem desempenhar um papel fundamental na influência dos comportamentos saudáveis e estilos de vida (WHO, 1985).

A promoção de saúde em geral, e concretamente a prevenção dos problemas ligados ao álcool, em contexto escolar, é um processo demorado, o que implica que os profissionais desenvolvam competências técnicas e científicas implementando

intervenções integradas e integradoras, de trabalho de parceria com diferentes sectores e estruturas da comunidade. Implica ter capacidade de olhar a longo prazo, de forma objetiva, numa lógica de avaliação e reestruturação constante dos objetivos e estratégias, mediante os resultados que vão sendo alcançados. É neste contexto que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel fundamental, uma vez que no seu percurso de formação especializada adquire competências que lhe permitem, desenvolver atividades, entre as quais a de educação para a saúde, que visem a promoção de saúde, a capacitação e o *empowerment* de um grupo/comunidade.

O desenvolvimento de competências realiza-se na ação ou seja, desenvolver competências implica mobilizar conscientemente conhecimentos, aptidões e recursos de modo pertinente e em tempo útil, selecionando a melhor estratégia de ação para uma situação concreta (Perrenoud, 1999 citando Le Boterf, 1994).

A metodologia de Planeamento em Saúde, é uma aplicação da lógica à tomada de decisão visando reduzir ou eliminar problemas de saúde reais através da implementação de estratégias e intervenções eficientes, e através desta, a aquisição de capacidades e competências (Imperatori e Giraldes, 1993).

No âmbito do desenvolvimento e implementação do projeto em estágio foi possível desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, definidas pela OE (2010), nomeadamente ao nível da conceção, desenvolvimento e implementação de um projeto, que visa a capacitação e o *empowerment*, onde se evidenciam atividades de educação para a saúde, manutenção e restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, familiares e grupos que constituem a comunidade.

É visível, em toda a descrição e análise do trabalho desenvolvido neste estágio, que no projeto de intervenção comunitária é aplicado a metodologia de Planeamento em Saúde, em todas as fases que a constituem: elaborar um diagnóstico de situação, estabelecer as prioridades em saúde, formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde determinadas pelo diagnóstico, estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados e proceder à sua avaliação. O desenvolvimento de todo este processo permitiu a aquisição de competências que possibilitam estabelecer, “com base na

metodologia do Planeamento de saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2010, p.3).

O projeto desenvolvido interveio fundamentalmente no âmbito da promoção de saúde e prevenção do consumo nocivo de álcool na adolescência, capacitando o grupo alvo da intervenção para o conhecimento dos efeitos do álcool no organismo, consciencialização dos riscos e consequências a ele associados e estratégias de redução de riscos. Optou-se por uma abordagem considerada essencial por Mello, Barrias e Breda (2001), ou seja baseada na transmissão de conhecimentos e informação acerca desta temática. Isto contribui para que: Os adolescentes possam decidir quais os comportamentos que querem ter, de forma consciente; e que possam atuar em conformidade em diversas circunstâncias, de forma consciente e não de forma automática, em função do grupo ou da programação.

Para tal recorreu-se à realização de sessões de educação para a saúde, com o desenvolvimento de estratégias formativas, que permitissem o envolvimento e compromisso com o plano de ação como defende Pender, Murdaugh e Parsons (2011). Todo este processo contribuiu para o desenvolvimento de competências que visam contribuir para a capacitação de um grupo na consecução de um projeto de saúde coletivo, neste caso a prevenção do uso/abuso de álcool pelos adolescentes através da disseminação de informações para promover compreensão, e apoiar o desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas que capacitem indivíduos a tomar atitudes de promoção de saúde.

Este projeto de intervenção comunitária, que tentou dar resposta a uma problemática já identificada como prioritária na realidade portuguesa enquadra-se nos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (DGS, 2012), pelo Programa Nacional de Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (DGS, 2003), no Plano Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006) e no Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (IDT, 2010), numa lógica de integração e cooperação com os diferentes programas de saúde, o que possibilitou adquirir competências na elaboração e implementação de um projeto que contribui para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Considero que a totalidade dos objetivos definidos foram alcançados, sendo perceptível pelo facto de os participantes enumerarem estratégias para reduzir os

riscos do consumo nocivo de álcool ou identificarem benefícios para o adiar do uso/abuso de álcool associados a um aumento de respostas certas em todas as dimensões do QCaA, o que traduz aquisição de conhecimentos. Por sua vez esta aquisição de conhecimentos poderá levar a que haja adoção de um comportamento promotor de saúde, na medida em que existem estudos cujos resultados indicam “que os adolescentes que possuem mais conhecimentos acerca do álcool, são aqueles que referem menor ocorrência de episódios de embriaguez, apresentando-se assim estes conhecimentos como uma potencial dimensão de proteção” (BARROSO, 2012,p. 99).

Perspetivaram-se atividades que darão continuidade ao projeto de forma a contribuir para colmatar as lacunas identificadas, nomeadamente através do seguimento deste grupo de adolescentes até ao 12º ano possibilitando a avaliação de possíveis ganhos em saúde, bem como o facto de poder trabalhar outras vertentes que por condicionamento temporal não puderam ser aprofundadas, como o trabalhar competências, ou mesmo abordadas, como o envolvimento dos pais neste projeto.

O problema do consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens e todos os PLA a ele associados, com repercussões a nível individual, familiar e da comunidade, carece de uma abordagem multisectorial, pelo que este projeto é um dos primeiros passos para esse fim. Assim, no final deste relatório o sentimento que predomina não é o de trabalho finalizado, mas sim o do início de uma nova etapa, num mundo de oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, colocando ao serviço das pessoas beneficiárias dos nossos cuidados, as competências adquiridas ao longo de todo este percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDURA, Albert (1989) – Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.) Six Theories of child development. **Annals of child development** [em linha]. Vol. 6. p. 1-60. Acedido em 23/06/2012. Disponível: <http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura1989ACD.pdf>.

BARROSO T., MENDES A., BARBOSA A. (2009) - Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: Study carried out with adolescents in intermediate public education. **Revista Latino-americana de Enfermagem** [em linha]. Vol. 17 nº 3 (Junho, 2009) p. 343-53. ISSN 0104-1169. Acedido em 09/03/2012. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300011>.

BARROSO, Teresa Maria M.D. Andrade (2012) – **Parar para pensar: intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso de álcool**, Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-90-3

BERNARDINO, Ana et al (2009) - **Os enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: validação da escala de práticas e comportamentos de educação para a saúde**. [em linha]. Acedido em 11/06/2012. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/113>.

BROWNING, Gloria (2007) - Pender 's Health Promotion Theory from a Transcultural Perspective in **Innovations in Theory Development for the Nursing Discipline** [em linha] Vol. 1 p. 3 - 14. Acedido em 11/06/2012. Disponível em <http://repository.unm.edu/bitstream/handle/1928/3233/2007PHDTheoryExtensionMonograph.pdf?sequence=1>

CAVICCHIA, Durlei de Carvalho (2010) – O desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, **Caderno de Formação: Formação de professores. Educação Infantil: princípios e fundamentos** [em linha] Vol.1 p. 13 – 27. ISSN 978-85-7983-069-3. Acedido em: 29/07/2013. Disponível: http://www.acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/223/1/Caderno_mod3_vol1.pdf

CABRAL, Lídia do Rosário (2004) – Alcoolismo Juvenil, **Revista do ISPV** [em linha]. Nº 30 (Outubro, 2004) p. 172 – 178. ISSN – 1647-662X. Acedido em 16/02/2012. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/14.pdf>

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) – **Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-22-4.

COSTA, Maria Arminda Mendes (1998) – **Enfermeiros. Dos percursos de formação á produção de cuidados**. Lisboa: Fim de século. ISBN: 9727541259.

ESPAD (2002, 2006, 2010) – **ESPAD reports**. Acedido em 01/05/2012. Disponível: <http://www.espad.org/en/Reports--Documents/ESPAD-Reports/>.

FERREIRA, M. & NELAS, P.B. (2006) – Adolescência ... Adolescentes **Revista do ISPV** [em linha]. Nº 32 (Fevereiro, 2006) p. 141-162. ISSN – 1647-662X. Acedido em 16/02/2012. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf>.

HBSC (2001/02, 2005/06, 2009/10) – **Publications: International reports**. Acedido em 01/05/2012. Disponível: <http://www.hbsc.org/publications/international/>.

MATOS, Margarida Gaspar (2008) - **Consumo de Substâncias: Estilo de vida? Á procura de um estilo?** Coleção Estudos – Universidades. Edição: Instituto da Droga e da Toxicodependência. ISBN: 978-972-9345-65-4

MARQUES, M. Silva (1997) – **Marcos transhistóricos do álcool**. Porto: L. Lepori.

MELLO, M.L.; BARRIAS, J.; BRENDA, J. (2001) – **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**. Lisboa: Direção Geral de Saúde. ISBN: 972-9425-93-0

MCKINNEY, J. P. (1986) - **Psicologia do desenvolvimento. O adolescente e o adulto jovem**. Rio de Janeiro: Editora Campus, Lda. ISBN: 8570011148.

NATIONAL INSTITUTE OF ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (2012) - **College Drinking**. [em linha] Abril 2012. Acedido em 07/07/2012. Disponível em: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/CollegeFactSheet/CollegeFactSheet.pdf>.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Código Deontológico** [em linha]. Acedido em 07/07/2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn L.; PARSONS, Mary Ann (2011) – **Health promotion in nursing practice**. 6ª Edição. New Jersey: Pearson Education, Inc. ISBN: 0-13-509721-5.

PENDER, N.; YANG, K. (2002) – Promotion phisical activity among Taiwanese and American adolescents. **Journal of Nursing Research** [em linha], Vol.10 nº 1 (Março, 2002) p. 57- 64. ISSN: 1682-3141.

PHEPA (2012) **Álcool e Cuidados de Saúde Primários: Recomendações Clínicas para a Detecção e Intervenções Breves**. [em linha]. Acedido em 05/02/2013. Disponível: http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/cg_1.pdf.

PIAGET, Jean (1993) - **A Evolução Intelectual da Adolescência à Vida Adulta**. Porto Alegre: Faculdade de Educação, 1993.

PORTAL DA SAÚDE – EU. Acedido em 30/05/2012. Disponível: http://ec.europa.eu/health-eu/about_pt.htm.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2007) – **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Lisboa: Direção Geral da Saúde. ISBN: 978-972-675-153-3.

REIS, André et al (2011) – Prevalência da INGestão de Álcool nos adolescentes – Estudo PINGA. **Revista Portuguesa Clinica Geral** [em linha]. Vol. 27, nº 4 (Julho, 2011) p. 338-346. ISSN: 0870-7103. Acedido em 05/02/2013. Disponível: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpcg/v27n4/v27n4a04.pdf>.

RUSSEL, Nancy (1995) - **Manual de educação para a saúde**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-9425-51-5

SAKRAIDA, Teresa J. (2005) – Nola J. Pender Modelo de Promoção de Saúde In: TOMEY, Ann Marriner; ALIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6, p. 699 – 709.

SROF, B.; VELSOR-FRIEDRICH, B. (2006) – Health promotion in adolescents: a review of Pender's health promotion model. **Nursing Science Quarterly**. Vol. 19, nº 4 (October, 2006) p. 366-373. ISSN: 0894-3184.

TAPERT, S; CALDWELL, L; BURKE, C. (2004/2005) – Alcohol and adolescent brain – human studies. **Alcohol Research & Health** [em linha]. Vol. 28, nº 4 (2004/2005) p. 205-212. Acedido em 30/05/2012. Disponível em: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh284/205-212.htm>

TAVARES, António (1990) – **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde- Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

TERRA, Márcia Regina - **O desenvolvimento humano na teoria de Piaget**. Acedido em 29/06/2013. Disponível em: www.unicamp.br/iel/site/alunos/publicacoes/textos/d00005.htm.

VICTOR, Janaína Fonseca; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; XIMENES, Lorena Barbosa (2005) - Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem** [em linha]. Vol.18, nº3, p. 235-240. ISSN 1982-0194. Acedido em: 11/06/2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1946). **Constitution of the World Health Organizations. Basic Documents** [em linha]. Genebra: World Health Organization. Acedido em 11/06/2012. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986). **Ottawa Charter for health promotion – An International Conference on Health Promotion**. [em linha]. Copenhaga: World Health Organization. Acedido em 17/05/2012. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994) - **Lexicon of alcohol and drug terms**, Geneva, ISBN 92 4 154468 6

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998a) - **Health Promotion Glossary**. [em linha] Genebra: World Health Organization. Acedido em 11/06/2012. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998b) **Health Promoting Schools – a healthy setting for living, learning and working.** [em linha]. Genebra: World Health Organization. Acedido em 15/06/2012. Disponível em: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/92.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009) – **Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences.** [em linha] Genebra: World Health Organization. Acedido em 15/06/2012. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf

ANEXOS

Anexo I

Guia de Eventos do Concelho de Palmela

Palmela Cidade Europeia do Vinho

Palmela é a Cidade Europeia do Vinho 2012. O título foi atribuído, pela primeira vez, pela RECEVIN – Rede Europeia de Cidades do Vinho que pretende distinguir, anualmente, uma cidade símbolo do desenvolvimento vitivinícola, a nível europeu.

Em 2012, Palmela é palco de grandes eventos onde o vinho, a tradição, a cultura e o gastroneo estão em destaque, onde a criação e apresentação de espetáculos de vinho desde artísticos são impulsionados pelo mundo da vitivinicultura. A oferta à visitar e integrar, também um conjunto de iniciativas nas áreas da educação, investigação e divulgação científica, com a promoção de encontros técnicos, debates e formação.

Guia de Eventos 2012



em destaque...

1, 2 e 3 junho
Largo S. João, Palmela

FESTIVAL DO MOSCATEL

Descubra aromas inconfundíveis do néctar mais precioso da região. Mostre, prova e vende de Moscatel de Setúbal e Moscatel Branco, com a presença dos produtores da Península de Setúbal; docas, chocolates, cachaço e gelados elaborados com Moscatel de Setúbal workshop; provas de Moscatel de Setúbal comentadas por enólogos e animação musical.

Org.: Câmara Municipal de Palmela
Parceiro: Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal/ Costa Azul e Conselho Regional Vitivinícola da Península de Setúbal

1 junho
Cine-teatro S. João, Palmela

GALA CIDADE EUROPEIA DO VINHO 2012

DA COR DA ÁGUA:
do tempo em que as mulheres não arrastam nas tabernas.
Concerto encenado, sob direção do Maestro Jorge Salgueiro
MÚSICA

A partir das cinco canções e árias de ópera mais populares que falam de vinho, Jorge Salgueiro construiu cinco prelúdios e a ideia de um espetáculo alçado nos próprios músicos como intérpretes, não só do seu instrumento mas também da dramaturgia. A ação passa-se no tempo em que as mulheres não arrastam nas tabernas.

Composição e direção artística:
JORGE SALGUEIRO
Org.: Câmara Municipal de Palmela



29 junho a 7 julho
Palmela

PALMELA WINE / DIA DO VINHO

30 junho
Adegas da Península de Setúbal

10h00 e 15h00 | Bacalhã - Vinhos de Portugal

11h00 | Ventinho da Costa Lusa

11h00 e 15h00 | José Maria da Fonseca

17h00 | Herdade da Comporta

Entrada livre mediante reserva prévia.

Org.: Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal

30 junho
Casa Ermelinda Freitas, Fernando Pó

Almoço vívido "Palmela - Experiências com Sabor!"

Vista à adega, almoço com prova de vinhos comentada numa adega familiar.

Menu: Prato Misto de Típicos (Pão caseiro, Queijo de Azeitão, Choco Frito, Linguiça assada e Marreco de Divalta); Bacalhau à Duque de Palmela, Feijoado de Casão com Pão Frito e Ervas da Arrábida
Torta de Azeitão, Café e Fogaço de Palmela;
Vinhos de Adega Ermelinda Freitas

Valor: 25€/por pessoa.
Inf/Reservas: 212 334 398
www.rotavinhospeninsul.com



30 Junho

Adegas do Portas Abertas

As adegas aderentes dão a conhecer os seus vinhos que contam a história desta região. Entrada livre mediante reserva prévia.

Inf: 212 334 396
www.rotavinhospaesubal.com

30 Junho

Por terras verdes - Percorso enoturístico

Visita à adega Venâncio da Costa Lima, visita e almoço na adega da Casa Ermelinda Freitas; prova de Moscatel de Setúbal na Casa Mãe da Rota de Vinhos e jantar no Restaurante 3ª Geração, com menu especial.

Inf: 212 334 396
www.rotavinhospaesubal.com

1 Julho

Pousada do Castelo de Palmela

Prova de Vinhos e Astronomia

Uma prova de vinhos conduzida realizada na pousada histórica do Castelo de Palmela com observação de estrelas e jantar no restaurante da Pousada.

18h00 - Recepção aos participantes com Moscatel de Hora

18h30 - Prova de vinhos
Programa: Metodologia da prova e técnicas para aferir a qualidade de um vinho. Prova de 4 vinhos.

19h30 - Orientações técnicas para observação de estrelas

20h00 - Jantar no restaurante da Pousada.

21h30 - Observação de estrelas. (na data proposta, será possível observar a Lua, Marte e Saturno, entre outros objetos)
Valor: 65€/por pessoa

Inf/Reservas: 212 334 398
info@pousadocastelodopalmela.com

6 Julho

Biblioteca Municipal de Palmela

Cordão "Wine In - Consumo moderado e responsável de Vinho"

George Sandeman do Projecto "Wine In Moderation" (a confirmar)

Nuno Borges, Professor da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

Associação Portuguesa de Jovens Enófilos
Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal

Inscrições: 212 338 668
dal@bcm-palmela.pt

6 e 7 Julho | 21h00

Centro Histórico de Palmela

Palmela Wine Party - Festa a copo

Animação musical no Terraço do Mercado Municipal de Palmela

Vinho a copo, com petiscos e música nos restaurantes, café, bares e estabelecimentos aderentes do Centro Histórico de Palmela.
"Os bons momentos brindam-se a copo". Venha brindar em Palmela.



30 agosto a 4 setembro

Vila de Palmela

FESTA DAS VINDIMAS

Momento festivo do concelho, por excelência, em honra do vinho e da vitinha, a Festa das Vindimas de Palmela celebra, em 2017, a sua 50ª edição. No Largo de S. João, os melhores adagos do região promovem e vendem os seus vinhos, em petiscos, o Moscatel de Setúbal, Gastronomia, cortejos, espetáculos musicais e a certesa de um final de Verão Inesquecível. Nos restaurantes aderentes, os Fins de semana gastronómicos do vinho de Palmela introduzem o vinho na confeção de pratos Inesquecíveis.

29 agosto

Cine-teatro S. João, Palmela

Eleição da Rainha das Vindimas de Palmela

Org: Associação das Festas de Palmela
- Festa das Vindimas
Patrocínio: Câmara Municipal de Palmela

9, 10 e 11 novembro

Palmela

DIA EUROPEU DO ENOTURISMO/ S. MARTINHO

9 novembro

Pousada do Castelo de Palmela

Jantar vínico

"Palmela - Experiências com Sabor!"

Jantar com Soro do Vinho pela adega Sólipa.
Org: Câmara Municipal de Palmela, Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal / Costa Azul

9 a 11 novembro

Casa Mãe da Rota de Vinhos, Palmela

Esta antiga adega, recebe uma exposição de vinhos dos países membros da Rede Europeia de Cidades do Vinho.
Org: Câmara Municipal de Palmela, Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal/ Costa Azul, RECVIN e ANPV

11 novembro

Largo de S. João, Palmela

Dia Europeu do Enoturismo

O Dia Europeu do Enoturismo será comemorado no Dia de S. Martinho, momento de abertura das pipas e de festejar o vinho novo, com castanhas e bolachas-doces assadas, muita música e poesia, numa homenagem ao santo e ao vinho. Decorrem, em simultâneo, os Fins de semana Gastronómicos do Moscatel. Consulte a lista de restaurantes aderentes e deixe-se cair em tentação com menus elaborados com Moscatel de Setúbal.



a gastronomia e o vinho

PALMELA - EXPERIÊNCIAS COM SABOR

Ementas diversificadas onde os produtos regionais dão origem a pratos e sobremesas originais e requintados. Consulte a lista de estabelecimentos de restauração do concelho aderentes e deixe-se cair em tentação.

22, 23, 24 e 29, 30 Junho e 1 Julho

Fins de semana gastronómicos da Fruta de Palmeira

31 agosto, 1, 2 e 7, 8, 9 setembro

Fins de semana gastronómicos do Vinho de Palmeira

12 a 21 outubro
Concurso de Gastronomia de Palmeira

2, 3, 4 e 9, 10, 11 novembro
Fins de semana gastronómicos do Moscatel de Setúbal

Org.: Câmara Municipal de Palmela
Parceria: Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal/ Costa Azul

Junho, Julho e agosto
Adega Cooperativa de Palmela

ADEGAS SEM FRONTEIRAS

As melhores harmonizações entre a gastronomia e vinho nacional e internacional.
Org.: Adega Cooperativa de Palmela

CURSOS DE PROVA DE VINHOS

2 Junho
Casa Mãe da Rota de Vinhos, Palmela

Prova de vinhos: "Moscatel de Setúbal e Chocolate"

A combinação perfeita!

1 Julho
Pousada do Castelo de Palmela

Prova de vinhos e Astronomia no Castelo de Palmela

Uma prova de vinhos conduzida com a oportunidade de observar as estrelas e jantar no Restaurante da Pousada de Palmela.

22 setembro
Adega Venâncio da Costa Lima, Quinta do Anjo

Curso de iniciação à prova de vinhos: in adega

A prova de vinhos realizada numa adega é uma experiência única, que permite conhecer as características de um vinho no ambiente onde ele é produzido.

20 outubro
Casa Mãe da Rota de Vinhos, Palmela

Curso de vinhos " Edição Especial Castas "

Aromas florais? Paladar Mineral? Prova de três grandes vinhos por região de origem: o carnaléonico Chardonnay, o mineral do Arinto, o pimento do Cabernet Sauvignon e o floral do Touriga Nacional.



3 novembro
Casa Mãe Rota de Vinhos, Palmela

Prova de vinhos: "Os Syrahs da Península de Setúbal"

O Syrah é uma casta recentemente plantada na Península de Setúbal, que demonstra grande aptidão nesta região, tendo já conquistado vários prémios nacionais e internacionais. Seguida de degustação de produtos regionais.
Org.: Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal / Costa Azul

5 a 10 Junho
Mercado Municipal de Pinhal Novo

FEIRA DE VINHOS

Org.: Associação de Festas do Pinhal Novo

29 Junho a 1 Julho
Poçoirão

FEIRA COMERCIAL E AGRÍCOLA DO POCEIRÃO

Um programa popular com arraiolos, gastronomia, música, animação e exposição de máquinas agrícolas. Forte presença do vinho, com as produções do concelho e provas livres dos vinhos da freguesia do Poçoirão.
Org.: Junta de Freguesia de Poçoirão, Associação da Feira Comercial e Agrícola de Poçoirão

a cultura e o vinho

SONS DO VINHO

Intervenções musicais e provas de vinhos animam as adegas.
Org.: Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal/ Costa Azul

23 Junho
Adega Cooperativa de Palmela

Concerto com provas de vinhos e produtos regionais

14 Julho
Paços do Concelho, Palmela

Música ao copo

Concerto com música tocada em copos de vinho.
Org.: Sociedade Filarmónica Palmelense "Loureiros"

22 a 28 julho
Casa Mãe da Rota de Vinhos, Palmela

Festival Internacional de Saxofones Jam Sessions

Org.: Sociedade Filarmónica Humanitária, Conservatório Regional de Palmela, Artensax

8 setembro
Adega Herdade da Comporta

Concerto com provas de vinhos

29 setembro
Adega José Maria da Fonseca, Vila Nogueira de Azeitão

Concerto seguido de cocktail

13 outubro
Adega Casa Agrícola Assis Lobo, Palmela

Concerto com provas de vinhos, seguido de ceia com pão quente e manteiga de ovelha

14 outubro
Adega Casa Ermelinda Freitas, Fernando Pó

VIII Festival Internacional de Música de Palmela: Encontro Regional de Coros

Org.: Sociedade Filarmónica Palmelense "Loureiros"



20 outubro
Adega Quinta de Alcube, Azeitão

Concerto com prova de vinhos e produtos regionais

10 novembro
Sociedade Filarmónica Humanitária, Palmela

Magusto Gourmet: Vinho e fado na Cidade Europeia do Vinho

Org.: Sociedade Filarmónica Humanitária

17 novembro
Adega Xavier Santana, Palmela

Concerto com merenda regional

24 novembro
Adega Bacalhós – Vinhos de Portugal, Vila Noqueira de Azeitão

Concerto com prova de vinhos

26 outubro
16 novembro
23 novembro

TEATRO NAS ADEGAS: AUTO DA PURIFICAÇÃO

Produção: O Bando Cultura, património rural, vinhos e produtos locais, numa recriação de Virgílio Ferreira pelo grupo de teatro O Bando. O Auto de Purificação conta com a música ao vivo e com figuras marcadamente populares, extravagantes que desenrolam as suas histórias de modo a darem a conhecer a sua aldeia imaginária e também as próprias adegas onde se vivem momentos de degustação de vinhos e produtos regionais.
Org.: Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal / Costa Azul.
Apoio: ADREPEs



EXPOSIÇÕES E EVENTOS

1 junho
Paredão do Largo de São João, Palmela

Inauguração da exposição IN OUT - fotografia

Inauguração da exposição IN OUT – fotografia. No último ano do ciclo IN OUT (2008-2012), a DançArte propõe uma exposição de fotografia. Na Inauguração decorre um momento de dança no ar e música ao vivo na fachada do Cineteatro S. João.
Org.: Passos e Compassos. Estrutura apoiada pela CMP.



1 junho a 27 julho
Cineteatro S. João, Palmela

ADEGAS UM OLHAR DIFERENTE

Exposição de Fotografia | Grupo F4 – Artistas: Ana Carmo, José Carlos Nero, Mário Nogueira e Mónica Martins
Org.: Câmara Municipal de Palmela

A partir de 9 junho
Largo S. João, Palmela

FESTA NO CORETO - TODOS AO LARGO

Encontro com a música e o vinho com degustação de vinhos e produtos regionais da Península de Setúbal.
Org.: Sociedade Filarmónica Humanitária

27 julho a 15 setembro
Biblioteca Municipal de Palmela

"MAGNUM MYSTERIUM"

Exposição de pintura com artista plástica Teresa Machado.
Org.: Câmara Municipal de Palmela



25 agosto
Sociedade Filarmónica Humanitária, Palmela

FESTIVAL VINDIMAS 2012 - ALL NIGHT LONG

Org.: Sociedade Filarmónica Humanitária

25 agosto
Sociedade Filarmónica Palmeiense "Loureiros", Palmela

WELCOME VINDIMAS 2012

Org.: Sociedade Filarmónica Palmeiense "Loureiros"

31 agosto, 1 e 2 setembro
Rio Frio, Pinhal Novo

1º CAMPEONATO INTERNACIONAL DE EQUITAÇÃO DE TRABALHO - Cidades Europeias do Vinho

Org.: Sociedade Agrícola de Rio Frio

6, 13, 20 e 27 setembro
Auditorio Municipal de Pinhal Novo

CICLO CINEMA às 5ªs "O Vinho"

Org.: Câmara Municipal de Palmela

22 setembro
Largo de S. João, Palmela

"AS ARTES E O VINHO"
1º ENCONTRO DE ARTES AO VIVO EM PALMELA

Org.: "Controvérsias e Ideias Associação Artística"

22 setembro a 2 novembro
Cineteatro S. João, Palmela

"PALMELA, UMA CIDADE DO VINHO"

Exposição de pintura pelos alunos de "Controvérsias e Ideias Associação Artística"
Inauguração: 17h00
Org.: "Controvérsias e Ideias Associação Artística"

27 setembro
Concelho de Palmela

DIA MUNDIAL DO TURISMO

A dois ou em família venha conhecer o que temos de diferente para si. Sugestões de atividades para desfrutar dos encantos e sabores desta região.
Org.: Câmara Municipal de Palmela

10 novembro
Sociedade Filarmónica Palmeiense "Loureiros", Palmela

O VINHO E O FADO – O Património da Humanidade na Cidade Europeia do Vinho
Org.: Sociedade Filarmónica Palmeiense "Loureiros"

12 dezembro
Casa Ermelinda Freitas, Fernando Pó

A VIDA DE UM VINHO

Encerramento oficial do programa Palmela, Cidade Europeia do Vinho 2012. "A Vida de um Vinho" é um projeto de responsabilidade social da Casa Ermelinda Freitas. Um vinho, da colheita de 2008, será lançado no final de 2012, acompanhado por um livro com apontamentos da vida desse vinho, da região, do país e do mundo. Quarenta e duas personalidades contribuem para o conteúdo do livro. A 12-12-12, apresentam-se-lhe as 1500 garrafas do vinho, acompanhadas pelo livro, uma série de quadros e uma obra musical. O resultado do leilão reverterá para fins de solidariedade social.
Org.: Casa Ermelinda Freitas



enoturismo

22 de Junho a 14 setembro

CRUZEIROS ENOTURÍSTICOS

Passelões de barco no rio Tejo com provas de vinhos a bordo com enólogos das adegas aderentes à Rota de Vinhos da Península de Setúbal.

22 junho - Venâncio da Costa Lima
 29 junho - José Maria da Fonseca
 13 julho - Malio Tejo
 20 julho - Sílvia
 27 julho - Casa Agrícola Horácio Simões
 3 agosto - Herdade da Comporta
 10 agosto - Cooperativa Agrícola Santo Isidro de Pegões
 17 agosto - Casa Agrícola Assis Lobo
 24 agosto - Adega Cooperativa de Palmela
 31 agosto - Bacalhóia - Vinhos de Portugal
 7 setembro - Casa Emelinda Freitas
 14 setembro - Xavier Santana
 Org.: Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal/ Costa Azul

CIRCUITOS ENOTURÍSTICOS

2 junho

NA VILA DE PALMELA

Programa 1 dia: Visita guiada ao Castelo de Palmela; Atelier de Pintura Artística: Pinte o seu próprio azulejo; Prova de três Moscatéis de Setúbal; participação no Workshop "Moscatel de Setúbal e Chocolate", no Festival do Moscatel.

3 junho

FIQUE ESPECIALISTA EM MOSCATEL DE SETÚBAL

Programa 1 dia: Visita guiada à Casa Museu José Maria da Fonseca, com prova de vinhos; Prova "Moscatéis Especiais"; participação no Workshop "Cocktails com Moscatel de Setúbal", no Festival do Moscatel.

30 junho

POR TERRAS VERDES

Programa 1 dia: Visita à adega Venâncio da Costa Lima; Almoço na Adega Casa Emelinda Freitas; Prova de Moscatéis de Setúbal na Casa Mãe da Rota de Vinhos; Jantar no Restaurante 3ª Geração, com menu especial confeccionado com fruta de Palmela.

1 julho

PROVA DE VINHOS E ASTRONOMIA

Programa ½ dia: Prova de vinhos conduzida realizada na pousada histórica do Castelo de Palmela com observação de estrelas e constelações, com Jantar no restaurante da Pousada.

23 e 24 agosto

HARVEST MOON (Vindima ao Luar)

Programa 2 dias: 23 Agosto | Check in no Hotel Rural Quinta de Catralvos; Merenda regional com apanha da uva, Vindima noturna; Ceta. 24 Agosto | Visita à adega com acompanhamento do processamento da uva; Visita à Casa Museu José Maria da Fonseca, com prova de vinhos; Prova de vinhos e doçaria regional na Casa Mãe da Rota de Vinhos.

25 agosto

PELO ESTUÁRIO DO SADO

Programa ½ dia: Circuito pedestre observação de aves aquáticas; Almoço regional na Herdade da Gâmbia.

15 setembro

VENHA A VINDIMA!

Programa ½ dia: Pequeno almoço regional na Adega Quinta de Alcúbe; Visita guiada às vinhas com participação nas vindimas; Almoço na adega.

22 setembro

PISA A PÉ NA ADEGA

Programa ½ dia: Visita à vinha da Casa Agrícola Horácio Simões; Pisa a pé; Almoço na adega.

10 novembro

FIM DE SEMANA DO MOSCATEL DE SETÚBAL

Programa ½ dia: Visita guiada ao Palácio da Bacalhóia, visita à adega Bacalhóia - Vinhos de Portugal; Workshop "Moscatel de Setúbal e Chocolate" e Jantar no Restaurante Retiro do Gama.
 Org.: Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal/ Costa Azul



universidade do vinho

Saber mais sobre o vinho, a sua cultura, o negócio do vinho, a produção e características, o enoturismo e muito mais em encontros técnicos para profissionais e apaixonados pelo mundo do vinho.

29 maio

Biblioteca Municipal de Palmela

Seminário "Marketing do Vinho"

Org.: ADREPE, Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal/Costa Azul, CVR Península de Setúbal, Câmara Municipal de Palmela

29 junho

Biblioteca Municipal de Palmela

Colóquio Wine IN - Educação para o consumo saudável do vinho

Org.: ADREPE, Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal/Costa Azul, CVR Península de Setúbal, Câmara Municipal de Palmela

20 outubro

Biblioteca Municipal de Palmela

Conferência "A vinha e a preservação da diversidade da videira"

Org.: AVIPE, PORVID

9 novembro

Biblioteca Municipal de Palmela

Seminário "Inovar a Oferta Enoturística"

Org.: Câmara Municipal de Palmela, Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal/Costa Azul, ADREPE

ofereça experiências com aroma e sabor... A Vida é Bela!

Surpresas Gourmet e Momentos com Sabor

A selecionar uma opção:
 Adega e Casa Mãe Rota de Vinhos;
 Visita guiada à Casa Museu José Maria da Fonseca, com prova de vinhos; Prova regional na Casa Mãe Rota dos Vinhos.

Palácio, Adega e Casa Mãe Rota de Vinhos
 Visita guiada ao Palácio da Bacalhóia; visita à Adega Bacalhóia - Vinhos de Portugal, com prova de vinhos; Prova de queijos na Casa Mãe Rota dos Vinhos.

Casa Mãe da Rota de Vinhos e Adega;
 Prova de doçaria regional e Moscatel de Setúbal; Visita à adega Venâncio da Costa Lima, com prova de vinhos e degustação de produtos regionais.

Workshops

Prova comentada de vinhos na Casa Mãe Rota de Vinhos; Almoço; Visita à adega com prova de vinhos.

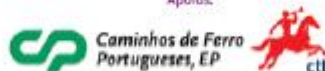
Party & Friends

Visita guiada ao Castelo de Palmela; Atelier Criativo: pintura de azulejo ou realização de peça em barro no centro de artesanato Fortuná, Artes e Ofícios; Lanche regional na Casa Mãe Rota de Vinhos; Visita à adega com prova de vinhos.
 Org.: Associação da Rota de Vinhos da Península de Setúbal/ Costa Azul

Patrocínios:



Apoios:



Parceiros:



Apoios Institucionais:



Organização



INFORMAÇÕES

Posto de Turismo de Palmela
 Castelo de Palmela
 GPS: N 38° 33' 57,116" O 8° 54' 0,578"
 Tel: (+351) 212 332 122
 Email: dtel@cm-palmela.pt
 www.cm-palmela.pt

INFORMAÇÕES e RESERVAS

Rota de Vinhos da Península de Setúbal /
 Costa Azul
 Casa Mãe da Rota de Vinhos
 Largo de S. João - Palmela
 GPS: N 38° 34' 17,9" O 8° 54' 09,10"
 Tel: (+351) 212 334 398
 Email: info@rotavinhossetubal.com
 www.rotavinhossetubal.com

Consulte o programa específico de cada evento em:
www.cm-palmela.pt
www.palmela.cidadeeuropeladovinho.eu



Nota: Informe-se sobre os valores de participação e iniciativas gratuitas. Programa sujeito a alterações.

Anexo II

Instrumento de Colheita de Dados

Questionário de Avaliação de Conhecimentos acerca do Álcool

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS

Barroso, T; Barbosa, A. e Mendes, A. (2006)

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 ma 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		

	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.		

APÊNDICES

Apêndice I

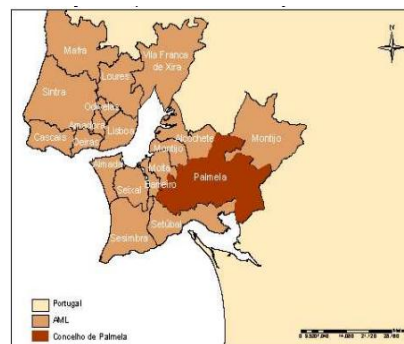
Caracterização do local de estágio

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTAGIO

1.1 Contexto do Local de Estágio

Palmela constitui-se como um dos 18 municípios da Área Metropolitana de Lisboa (AML) e como o maior da Península de Setúbal, com aproximadamente 462Km². Apesar da sua proximidade com a cidade de Lisboa e do crescimento industrial da Península de Setúbal, o Concelho de Palmela tem conseguido conciliar o desenvolvimento industrial com a preservação de muitas das suas características rurais.

Figura 1- Mapa do concelho de Palmela



Fonte: <http://www.cm-palmela.pt/NR/rdonlyres/6A76BF94-B0F8-40E6-9EBE-C27C32089F46/0/GeografiadoConcelho.pdf>

Figura 2- Dimensão do concelho de Palmela



Fonte: <http://www.cm-palmela.pt/NR/rdonlyres/6A76BF94-B0F8-40E6-9EBE-C27C32089F46/0/GeografiadoConcelho.pdf>

Palmela é uma freguesia do concelho de Palmela, distrito de Setúbal, com uma área total de 76,6 Km². Apresenta uma população residente de 17481, dos quais 712 são população flutuante. Relativamente à idade da adolescência apresenta 805 indivíduos com idade compreendida entre os 10 e 14 anos e 864 com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos. Apesar de maioritariamente a população residente ser do género feminino (9019), nas faixas etárias mais novas verifica-se o inverso, sendo que na fase da adolescência a população do género masculino é de 471 com idades compreendidas entre os 10 e 14 anos e de 457 com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos de idade. (INE, 20 Novembro 2012).

1.2 Caracterização da UCC

No âmbito reforma dos Cuidados de Saúde Primários é referido que a estrutura organizacional dos Centros de Saúde deverá assentar em pequenas unidades Organizacionais.

Surge então o Decreto de Lei n.º 28 / 2008 de 22 de Fevereiro, que regula e caracteriza a constituição dos ACES, com todas as suas unidades funcionais.

Importa neste trabalho fazer referência a uma dessas unidades funcionais específicas, a UCC.

A Unidade de Cuidados na Comunidade é definida no artigo 11º do já citado decreto de lei:

“ 1- A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio á família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

2 – A equipa de UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidade de recursos.

3 – O ACES participa através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local.

4 – À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho.”

Com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, a UCC onde o estágio se irá desenvolver pertence a um ACES do Distrito de Setúbal. Esta UCC viu o seu plano de ação aprovado em Março de 2010, tendo iniciado a sua atividade nesta data.

Esta UCC, como preconizado é constituída por uma equipa Multidisciplinar:

- 1 Enfermeira Chefe Coordenador (Especialista em Saúde Publica)
- 9 Enfermeiros, dos quais:
 - 1 Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (35H)
 - 1 Especialista em Enfermagem Saúde Infantil
 - 1 Especialista em Enfermagem de Reabilitação (20h/ semana)
 - 1 Especialista em Enfermagem de Saúde Materna
- 1 Médico Medicina Familiar (6h/ semana)

- 1 Terapeuta da Fala (3h/semana)
- 1 Nutricionista (3h/semana)
- 1 Psicóloga (3h/semana)
- 1 Assistente Social (3h/ semana)
- 1 Higienista oral (7h /mês)
- 2 Fisioterapeutas (30h/semana + 128h/ano)

Apresenta uma carteira de serviços variada, sendo que presta Cuidados de Saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física ou funcional, atuando ainda na educação para a saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Projetos específicos da UCC

Nome dos Projetos	Finalidade
Projeto "Aproximar para Cuidar"	Aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde dos recém-nascidos / puérperas com risco biopsicossocial do Concelho de Palmela; melhorar a qualidade dos cuidados a prestar aos recém-nascidos.
Curso de Preparação para a Parentalidade "Sê bem-vindo bebé"	Melhorar a acessibilidade de todas as mulheres grávidas/puérperas aos cuidados de enfermagem em Saúde Materna.
Projeto Unidade de Cuidados Móvel "Ao encontro dos que mais precisam..."	Prevenir as doenças evitáveis, através da promoção de estilos de vida saudáveis; Diminuir as complicações major da diabetes; responder às necessidades de saúde da população alvo no âmbito dos cuidados de enfermagem; diminuir as complicações resultantes dos comportamentos de risco.
Programa de Cuidados Integrados "Qualidade de vida ... sempre"	Planear, desenvolver e avaliar intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio social dirigidas ao indivíduo dependente e família, no domicílio, orientadas para a prevenção, resolução e palição de problemas concretos, numa perspetiva global que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade e bem-estar da população alvo.

Do seu plano de ação fazem parte vários projetos, alguns específicos da UCC, e outros em parceria com outras entidades, que vão de encontro aos vários programas do Plano Nacional de Saúde: Programa de Saúde Materno Infantil, Saúde Escolar, Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto, Cuidados Continuados Integrados e Saúde do Idoso.

Ao nível do Programa de Saúde Escolar, compete aos Centros de Saúde a sua implementação e com a atual legislação, as intervenções de enfermagem, nesta área, são parte integrante das Unidades de Cuidados na Comunidade.

Desta forma, visando ganhos e saúde a médio e longo prazo, das crianças e adolescentes assim como da restante comunidade educativa, a Saúde e Educação coexistirão numa relação harmoniosa, em que a Equipa de Saúde Escolar da UCC assume um papel ativo na gestão dos determinantes de saúde e apresenta propostas de atividades que assentam em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos capacidades e competências em promoção da saúde. Assume também um papel fundamental na sensibilização e reforço de competências dos outros técnicos de saúde, dos pais, dos educadores e dos professores.

O plano de intervenção da Equipa de Saúde Escolar desta UCC destina-se a toda a comunidade educativa (educadores de infância, professores, auxiliares de ação educativa, alunos, pais e encarregados de educação e outros profissionais da escola), dos Jardins de Infância e das Escolas do Ensino Básico e Secundário do ensino público do Concelho de Palmela. As atividades que são propostas no seu plano de intervenção baseiam-se nas estratégias delineadas no Plano Nacional de Saúde Escolar, e privilegiam a saúde individual e coletiva e a inclusão escolar, mas também incide ao nível do ambiente escolar e dos estilos de vida. Impõem-se assim como desafio, o desenvolvimento e abordagens inovadoras de ensino e aprendizagem na educação para a saúde, agindo de forma ativa nos domínios da promoção de saúde nas escolas, tendo sempre em conta os próprios alunos e as necessidades por eles sentidas e verbalizadas.

No seu plano de ação vem referido que “Alguns determinantes da saúde exigem o desenvolvimento de programas de prevenção, e no contexto da intervenção de Saúde Escolar nas áreas prioritárias para a promoção de estilos de vidas saudáveis, propõe-se em simultâneo, numa metodologia de projeto o desenvolvimento de projetos que visem colmatar as necessidades identificadas”.

1.3 Caracterização da Escola com 3º Ciclo do Concelho de Palmela

A escola deu o seu primeiro passo em 15 de Outubro de 1973, surgindo por duas razões: a primeira prendeu-se com a filosofia da Reforma Veiga Simão, e a segunda com a necessidade de dar continuidade de estudos aos alunos do Concelho de Palmela que, após terminarem o segundo ciclo, se viam obrigados a deslocarem-se para Setúbal cujas escolas, à data, já se encontravam superlotadas.

Ainda sem local próprio, a escola iniciou a sua atividade, sendo só a 6 de Janeiro de 1975 que o concelho pôde contar com uma escola com instalações próprias, então, já no seu atual espaço.

Foi ainda longo o período que esta escola viveu com dificuldades uma vez que era tida como provisória. Neste momento, a escola dispõe de recursos físicos mais adequados à sua organização interna, assim como de condições de trabalho condignas, que permitem dar uma resposta mais eficiente às necessidades da comunidade escolar.

Em termos de Caracterização física da escola, o edifício existente é composto por diversos corpos relativamente autónomos na sua funcionalidade e caracterização volumétrica, interligados por unidades construtivas, de forma a criar um conjunto como um todo coerente e de fácil reconhecimento.

Visto do exterior são facilmente identificados os diversos volumes como os corpos de aulas – “Edifício das Artes” (Bloco A) e o “Edifício das Ciências” (Bloco C), os corpos dos espaços socioculturais com Auditório, Átrio para Exposições, Convívios e Vestiários (Blocos E e F), o Edifício Administrativo, Biblioteca e Centro de Recursos (Bloco B) e o Edifício do Ginásio (Bloco G). Os edifícios existentes estão ligados fisicamente através de uma estreita galeria de passagem superior “em ponte”.

Relativamente à Oferta Formativa está explanada no quadro seguinte

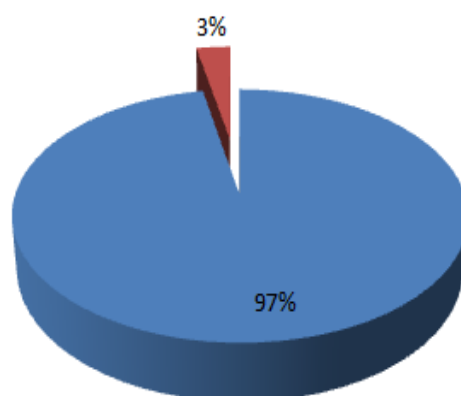
Ensino Básico		Ensino Secundário		
Anos de Escolaridade	7º Ano	Ensino Regular	10º Ano	Cursos Científico-Humanísticos
	8º Ano		11º Ano	
	9º Ano		12º Ano	
Cursos de Educação e Formação (CEF)	C. de Instalação e Operação de Sistemas Informáticos	Ensino Profissional	Técnico de Gestão e Programação de Sistemas Informáticos.	
	C. de Pintura e Decoração Cerâmica		Técnico de Turismo Ambiental e Rural	
	C. Técnico de Apoio Familiar e à Comunidade		Técnico de Design Gráfico	
	C. de Práticas Técnico-Comerciais		Técnico de Gestão de Equipamentos Informáticos	
Percurso Curricular Alternativo (PCA)				
Programa Integrado de Educação e Formação (PIEF)				

Apêndice II

Taxa de mortalidade Padronizada por doenças atribuíveis ao álcool por 100 000 habitantes (INE, 2009)

Taxa de Mortalidade Padronizada por doença atribuíveis ao álcool por 100 000 habitantes (INE, 2009)

- Taxa de mortalidade padronizada por 1000 000 habitantes
- Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool por 100 000 habitantes

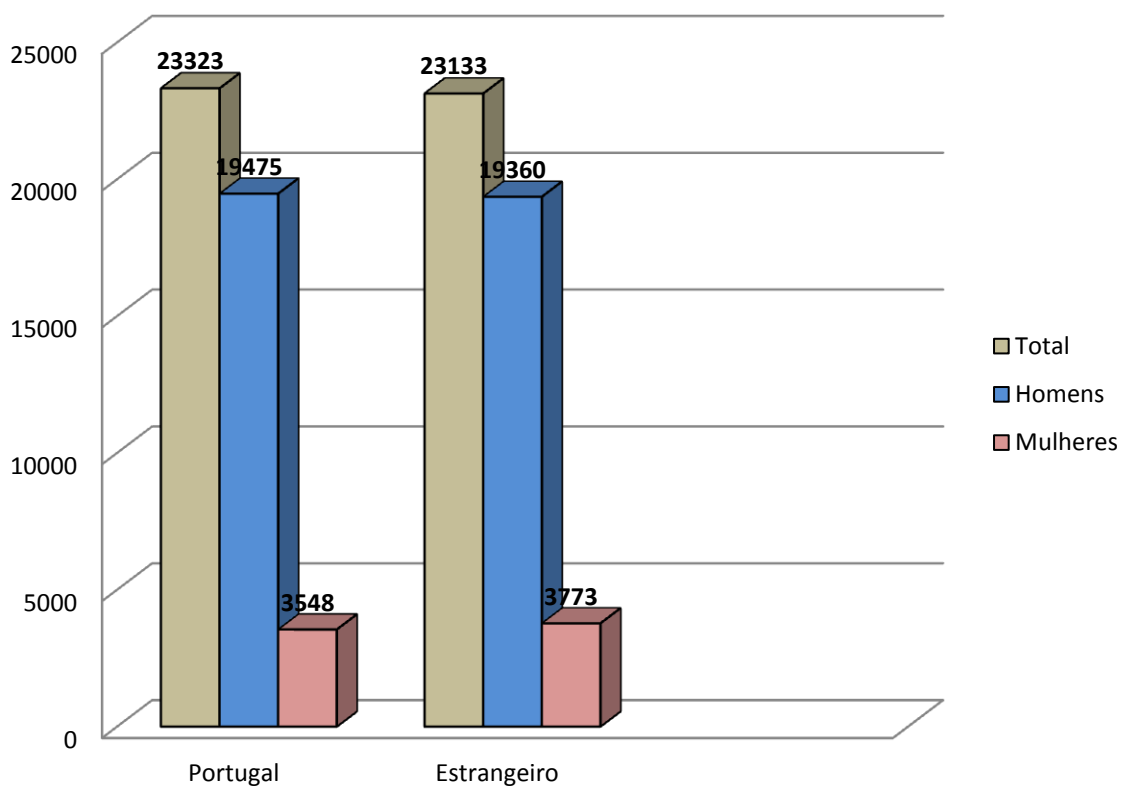


Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool por 100 000 habitantes (INE, 2009)	
Taxa de mortalidade padronizada por 1000 000 (INE, 2009)	607,1
Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool (menos de 65 anos) por 100 000 habitantes (INE,2009)	18,7

Apêndice III

Anos potenciais de vida perdidos por doenças atribuíveis ao álcool por local de residência NUTS-2002 e sexo, Anual (INE, 2009)

Anos Potenciais de Vida Perdidos por doenças Atribuíveis ao Álcool por local de residência NUTS-2002 e sexo, Anual (INE, 2009)



Apêndice IV

Percentagem de adolescentes que iniciam o consumo de álcool em Portugal por sexo e idades e tipo de bebida.
(ESCATD 2007, 2011)

Percentagem de adolescentes que iniciam o consumo de álcool em Portugal por sexo e idades e tipo de bebida - (ESCATD 2007, 2011)

Idade de Iniciação Cerveja										
	≤ 16 Anos		13-15 Anos		10-12 Anos		≤10 Anos		Nunca	
ANO	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
2007	1,6	1,1	41,2	39,5	22,1	18,3	7,2	5,4	28	35,7
2011	2,2	0,9	40,6	44,6	20,6	16,6	9,4	6,1	27,1	31,8

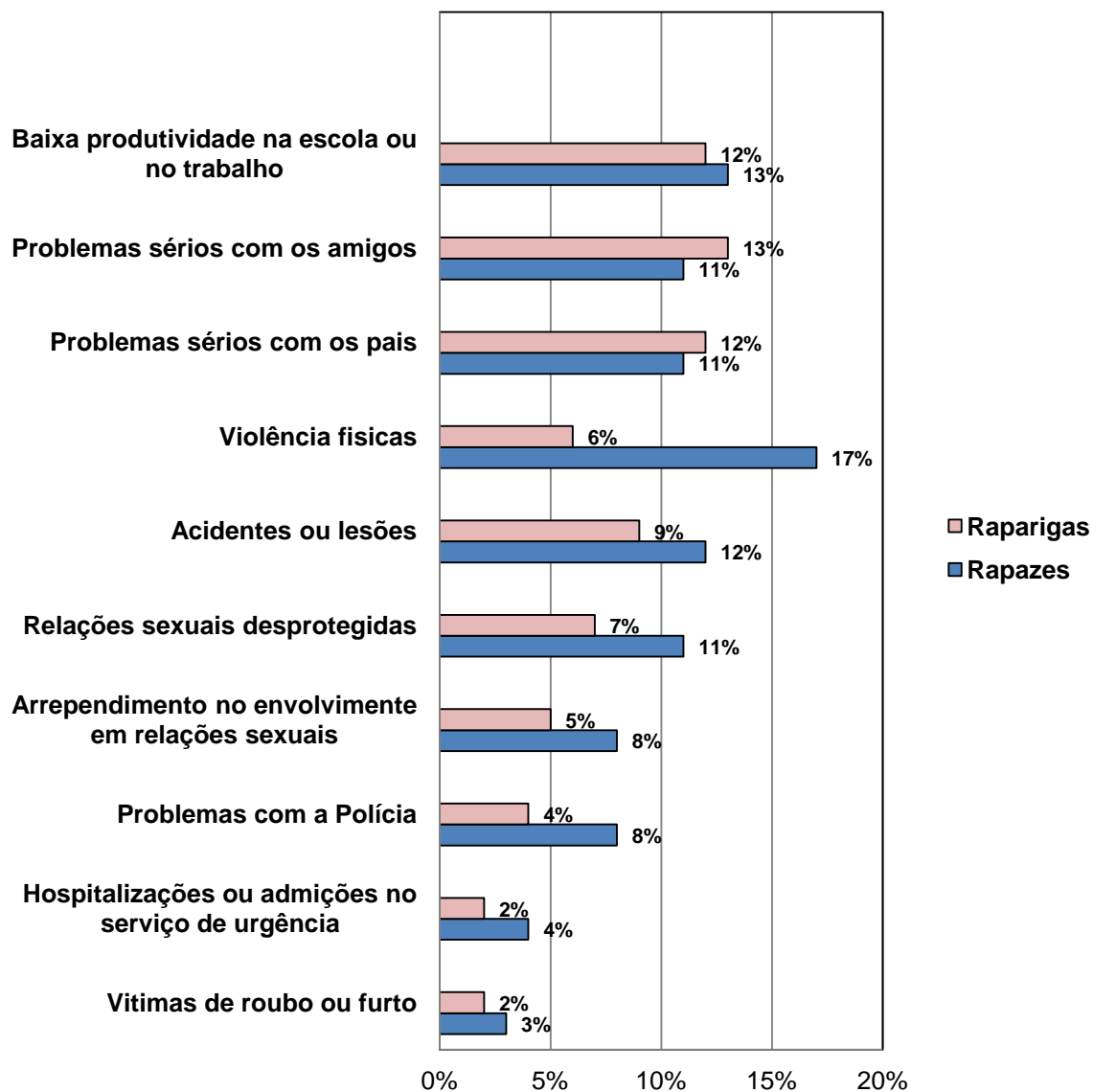
Idade de Iniciação Vinho										
	≤ 16 Anos		13-15 Anos		10-12 Anos		≤10 Anos		Nunca	
ANO	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
2007	1,1	0,8	24,3	24,5	16,1	13,4	8,2	6,1	50,1	55,2
2011	1,1	0,9	27,4	29	16	13,5	8	4,6	47,5	52,1

Idade Iniciação Bebidas Destiladas										
	≤ 16 Anos		13-15 Anos		10-12 Anos		≤10 Anos		Nunca	
ANO	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
2007	2,8	2,6	48,6	54,8	9,7	8,1	2,9	2,4	36,1	32,1
2011	3,5	2,2	47,4	62,5	9,2	6,8	4	3,5	35,8	25

Apêndice V

Percentagem de alunos de todos os países que referiram ter tido problemas que o próprio atribuí ao consumo de álcool nos últimos 12 meses (ESPAD, 2011)

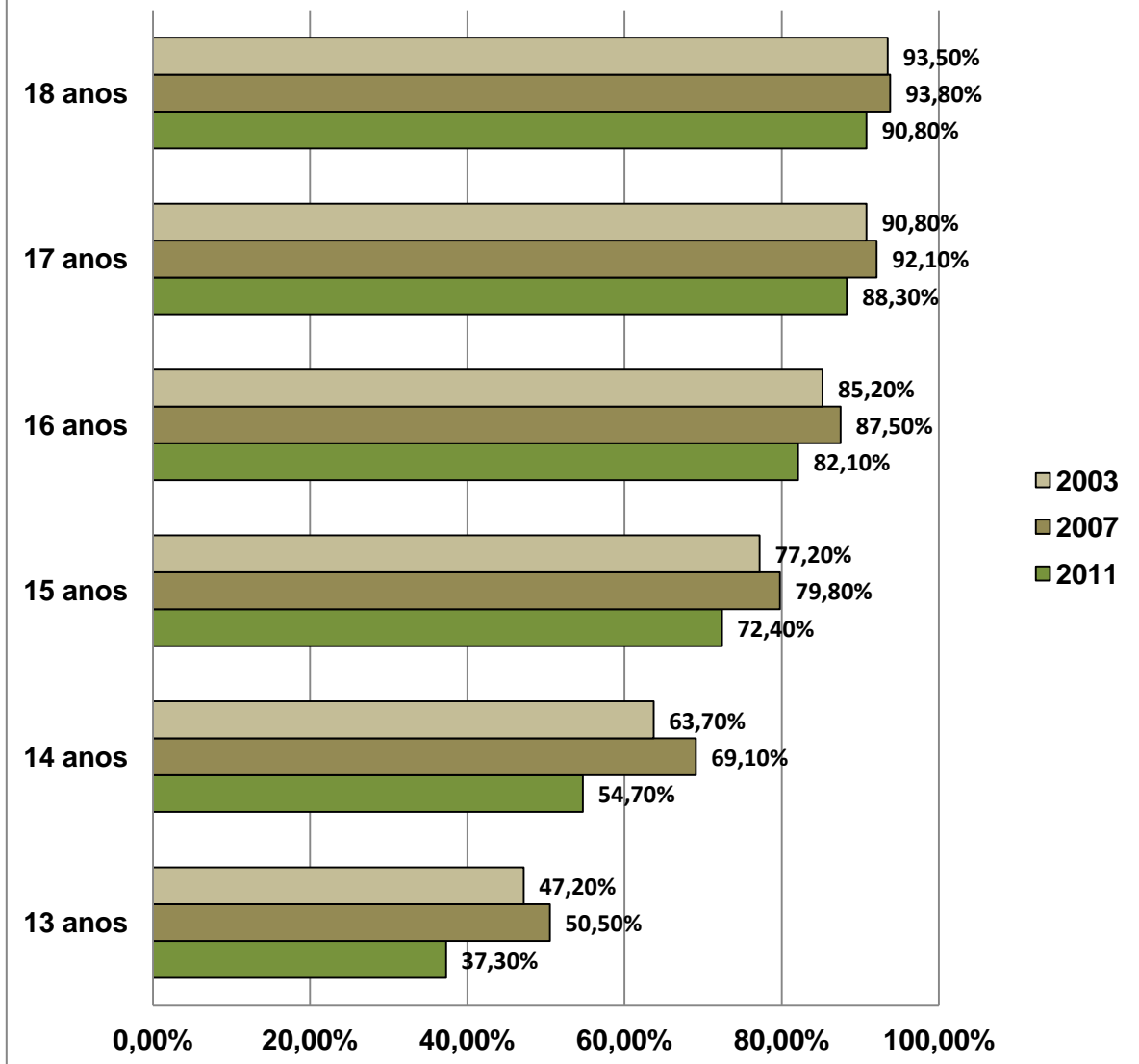
Percentagem de alunos, de todos os países, que referiram ter tido problemas que o próprio atribuí ao consumo de álcool nos últimos 12 meses (ESPAD 2011)



Apêndice VI

Prevalência ao longo da vida do consumo de bebidas alcoólicas em Portugal, por grupo etário (%) – (ESCADT 2003,2007,2011)

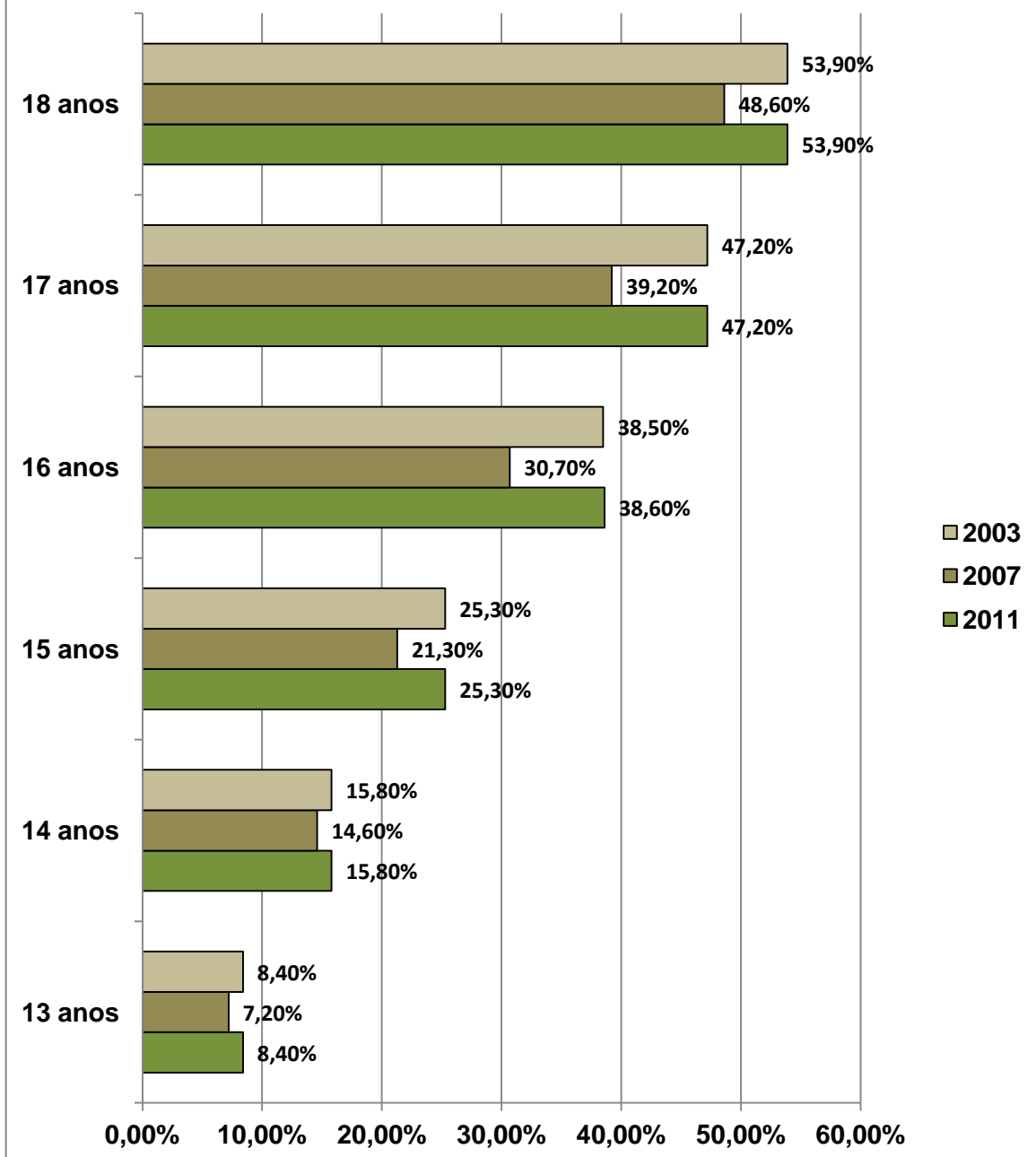
Prevelência ao longo da vida do consumo de bebidas alcoólicas, em Portugal por grupo etário (%) ESCATD (2003, 2007, 2011)



Apêndice VII

Prevalência de episódios de embriaguez ao longo da vida em Portugal, por grupo etário (%) – (ESCADT 2003,2007,2011)

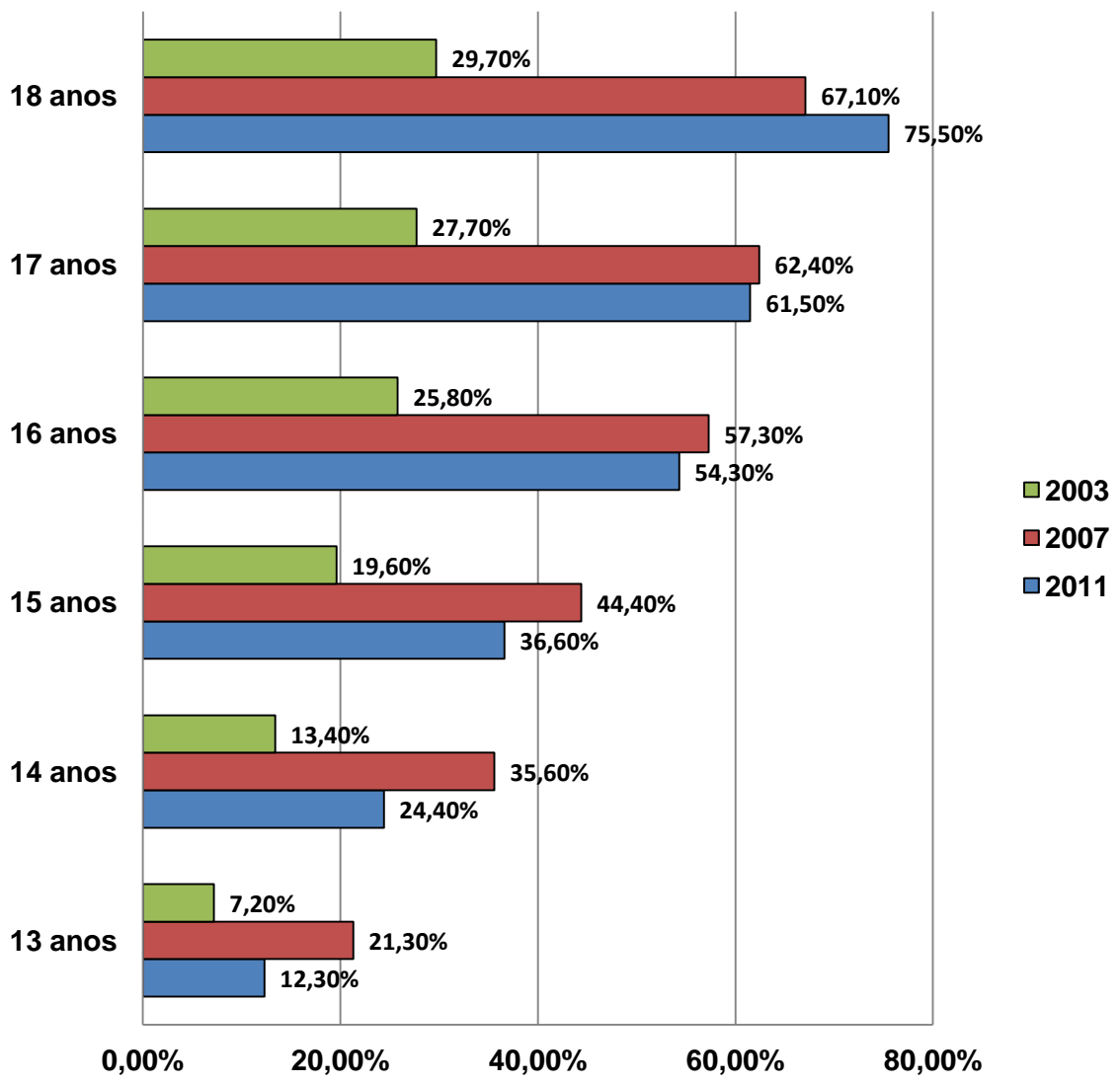
**Prevalência de episódios de embriaguês ao longo da vida em Portugal, por grupo etário (%)
ESCATD (2003, 2007, 2011)**



Apêndice VIII

Prevalência de "Binge Drinking" nos últimos 30 dias em Portugal, por grupo etário (%) - (ESCADT 2003,2007,2011)

**Prevalência "Binge Drinking" nos últimos 30 dias
em Portugal, por grupo etário (%)
ESCATD (2003,2007,2011)**



Apêndice IX

Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

O Modelo, revisto pela autora em 1996, é composto por três grandes componentes, que estão representados graficamente no diagrama seguinte, os quais são subdivididos em variáveis passivas de serem trabalhadas (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011; Victor Lopes e Ximenes, 2005).

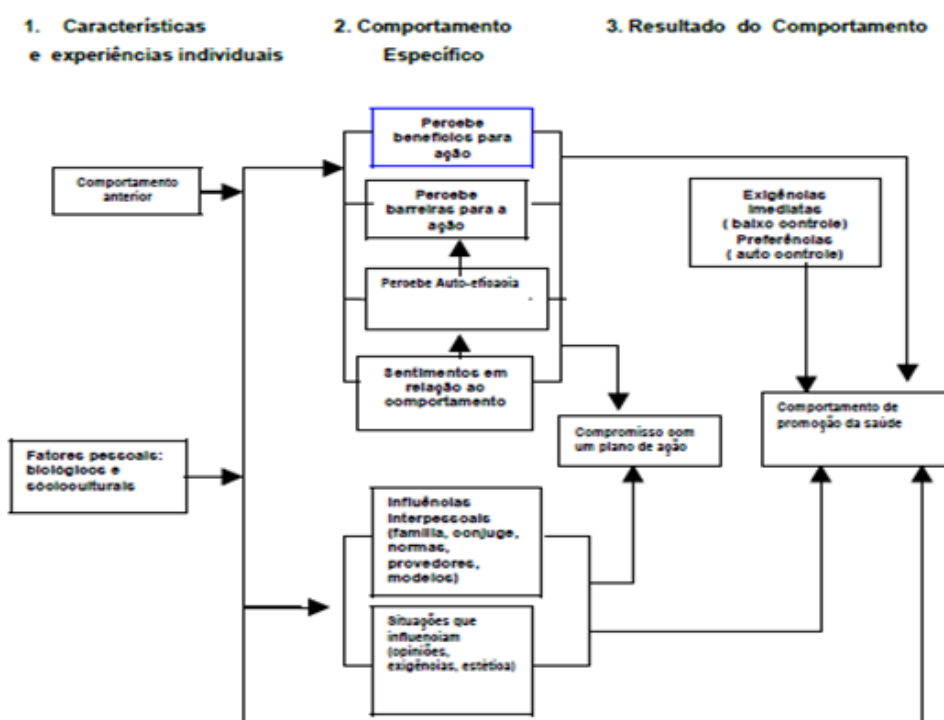


Fig. 1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice* in Vitor, Lopes e Ximenes (2005)

Seguidamente descreve-se sumariamente cada um dos componentes e respetivas variáveis.

Os componentes do modelo de promoção de saúde de Nola Pender são:

1. Características e experiências individuais. Estas experiências são únicas para cada pessoa e afetam de forma particular as ações subsequentes. Esta componente contempla duas variáveis: comportamento anterior e os fatores pessoais. O **comportamento anterior**, refere-se ao comportamento que deve ser modificado (Vitor, Lopes e Ximenes, 2005) e que podem afetar direta ou indiretamente a probabilidade de ter comportamentos de promoção de saúde (Sakraida, 2005). Os enfermeiros podem ajudar os clientes a terem comportamentos promotores de saúde focando os benefícios do mesmo, ensinando estratégias para ultrapassar

dificuldades e fornecendo reforço positivo (Pender, Murdaugh e Parsons, 2002, 2006, 2011). Os **fatores pessoais** reportam-se a aspetos que são preditores de um dado comportamento moldados pela natureza do comportamento alvo a ser considerado, ou seja a sua importância e relevância depende da natureza do comportamento alvo (Pender, Murdaugh e Parsons, 2002, 2006, 2011). Estes dividem-se em fatores: **biológicos** (inclui entre outros a idade, género, estado de puberdade, força, agilidade equilíbrio); **psicológicos** (inclui entre outros a auto estima, auto motivação, competência pessoal) e **socioculturais** (inclui entre outras a raça, educação, nível socioeconómico) (Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

2. Comportamento específico. Esta componente é o núcleo central do diagrama, sendo considerada a que apresenta maior significância motivacional. Contempla 6 variáveis: percebe benefícios para a ação, percebe barreiras para a ação, percebe autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e sentimentos que influenciam, que constitui o “core” da intervenção uma vez que são passíveis de serem modificadas através de intervenções de enfermagem (Pender, Murdaugh e Parsons, 2002, 2006, 2011; Sakraida, 2005). A primeira variável **percebe benefícios para a ação** refere-se a representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adoção de um determinado comportamento (Victor, Lopes e Ximenes, 2005), ou seja o indivíduo tende a investir tempo e recursos em atividades que apresentam a maior probabilidade de resultados satisfatórios (Pender, Murdaugh e Parsons, 2002). A segunda variável **percebe barreiras para a ação** refere-se a barreiras para a ação que podem ser antecipadas, imaginadas ou reais, podem ser consideradas como percepções negativas sobre um determinado comportamento e entendidas como dificuldades e custos pessoais (Victor, Lopes e Ximenes, 2005). A terceira variável **percebe autoeficácia** diz respeito ao julgamento da capacidade pessoal para organizar executar um comportamento de promoção de saúde (Victor, Lopes e Ximenes, 2005). Esta variável influencia a anterior na medida em que uma maior eficácia resulta em percepções reduzidas das barreiras ao desempenho comportamental (Sakraida, 2005). No que respeita à quarta variável **sentimentos em relação ao comportamento**, esta reporta-se à reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável (Vitor, Lopes e Ximenes, 2005), o que vai de encontro à Teoria Cognitiva Social de Albert Bandura (1989), a qual defende que a resposta

emocional e o seu estado fisiológico induzido durante o comportamento servem como fonte de informação eficiente (Pender, Murdaugh e Parsons, 2002). A quinta variável **influências interpessoais** remete para o comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas (tais como família, cônjuge, prestadores de cuidados, amigos, entre outros), ou por normas e modelos sociais (Victor, Lopes e Ximenes, 2005). As fontes primárias de influência são as famílias, os pares e as prestadoras de cuidados, sendo ainda a este nível reconhecida a importância da cultura (Pender, Murdaugh e Parsons, 2002). ; Sakraida, 2005). O Modelo de Promoção de Saúde defende que as influências interpessoais afetam a adoção de comportamentos de forma direta, mas também de forma indireta através da pressão social e do compromisso para um plano de ação (Pender, Murdaugh e Parsons, 2002). A última variável desta componente são as **influências situacionais**, estas influências tais como o ambiente podem facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde (Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

3. Resultado do comportamento e experiências individuais. Esta componente abrange três variáveis: o **compromisso para um plano de ação** reporta-se às ações, isto é intervenções de enfermagem, que permitem ao indivíduo manter-se num comportamento de promoção de saúde esperado (Vítor, Lopes e Ximenes, 2005); a segunda variável **exigências imediatas e preferências** considera que as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem uma mudança imediata, no entanto têm um elevado controle acerca das suas preferências pessoais, as quais exercem uma grande influência sob as ações de mudança de comportamentos, como por exemplo a escolha entre um gelado e uma maçã para o lanche (Sakraida, 2005). (Victor, Lopes e Ximenes, 2005); e a terceira e última variável **comportamento de promoção de saúde** a qual pode ser entendida como o resultado da implementação do Modelo de Promoção de saúde (Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

Apêndice X

Questionário de Caracterização

Nº Questionário (Não preencher)

QUESTIONÁRIO

Parte I - Caracterização

1. És do sexo:

Feminino

Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Já consumiste bebidas alcoólicas?

Por bebida alcoólica deves entender qualquer bebida que contenha álcool como a cerveja, o vinho, bebidas destiladas como o Whisky, licores e shots, ou outro tipo de bebidas como o Champanhe

Não

Sim

Com que idade: _____ anos

4. Com quem experimentaste?

Pais

Familiares

Amigos/colegas

Sozinho

Outros

Quem? _____

5. No caso de consumires bebidas alcoólicas, com que frequência o fazes:

Nunca

Raramente

Às vezes

Todos os meses

Todas as semanas

Todos os dias

6. No caso de consumires bebidas alcoólicas, indica em que situação o fazes:

Só em festas

Quando saio com amigos

Em festas e quando saio com amigos

Só ao fim-de-semana

Outras _____

7. Com quem costumavas beber bebidas alcoólicas?

Pais

Pais e Familiares

Pais e amigos

Familiares

Amigos

Sozinho

Outros Quem? _____

8. Já te embebedaste:

Não

Sim

Com que idade: _____ anos

Apêndice XI

Instrumento de colheita de dados



Sou aluna de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Saúde Comunitária e pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária, cuja temática se centra, na Promoção de Saúde e prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool, cuja população alvo são os adolescentes inseridos na faixa etária dos 11 aos 16 anos entre os estudantes do ensino básico.

A implementação do projeto, e correspondentes atividades, decorrerá durante o primeiro período do ano letivo 2012/2013.

Deste modo gostaria de obter a tua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, onde se torna indispensável que respondas com o máximo de sinceridade a todas as questões apresentadas.

O questionário é anónimo pelo que solicito que não escrevas o teu nome em nenhuma folha do mesmo. Garanto a confidencialidade de todos os dados obtidos assim como do tratamento dos mesmos.

Obrigada pela colaboração

Sónia Afonso

Nº Questionário (Não preencher)

QUESTIONÁRIO

Parte I - Caracterização

1. És do sexo:

Feminino

Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Já consumiste bebidas alcoólicas?

Por bebida alcoólica deves entender qualquer bebida que contenha álcool como a cerveja, o vinho, bebidas destiladas como o Whisky, licores e shots, ou outro tipo de bebidas como o Champanhe

Não

Sim

Com que idade: _____ anos

4. Com quem experimentaste?

Pais

Familiares

Amigos/colegas

Sozinho

Outros

Quem? _____

5. No caso de consumires bebidas alcoólicas, com que frequência o fazes:

Nunca

Raramente

Às vezes

Todos os meses

Todas as semanas

Todos os dias

6. No caso de consumires bebidas alcoólicas, indica em que situação o fazes:

Só em festas

Quando saio com amigos

Em festas e quando saio com amigos

Só ao fim-de-semana

Outras _____

7. Com quem costumavas beber bebidas alcoólicas?

Pais

Pais e Familiares

Pais e amigos

Familiares

Amigos

Sozinho

Outros Quem? _____

8. Já te embebedaste:

Não

Sim

Com que idade: _____ anos

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS

Barroso, T; Barbosa, A. e Mendes, A. (2006)

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 ma 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		

	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 XII

Pedido de autorização dirigido à direção da Escola Secundária
com 3º Ciclo do concelho de Palmela



Ex.^a Sr.^a Diretora

de uma Escola Secundária com 3º Ciclo do
Concelho de Palmela

Palmela, 7 de Maio de 2011

Chamo-me Sónia Cristina Grabulho Afonso, sou enfermeira e atualmente estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No âmbito do curso acima referido, encontro-me a elaborar um projeto de intervenção comunitário na Unidade Curricular Opção II, cujo regente é o Sr. Professor António Major (amajor@esel.pt) e sob orientação do Sr. Professor Luís Seixo (lseixo@esel.pt), cuja temática se centra nos comportamentos e representações dos adolescentes inseridos na faixa etária dos 11 aos 16 anos entre os estudantes do ensino básico.

Este projeto, que será realizado no inserido no plano de ação da saúde escolar tem como objetivo capacitar os adolescentes para a tomada de decisão consciente e informada acerca do consumo de álcool na adolescência.

Venho por este meio pedir autorização para a realização do diagnóstico de situação de saúde (que será efetuado por meio de um questionário que será preenchido durante um período de aula de Formação Cívica) às quatro turmas de 7º ano durante a última semana do Mês de Maio e a primeira do mês de Junho.

A implementação do projeto, e correspondentes atividades, decorrerá durante o primeiro período do ano letivo 2012/2013

Atenciosamente, e ao seu dispor para esclarecer qualquer dúvida, aguardo sua resposta

Sónia Cristina Grabulho Afonso (soniaafonso@campus.esel.pt)

Apêndice XIII

Pedido de autorização dirigido aos Encarregados de Educação



Exmo(a) Encarregado de Educação

Chamo-me Sónia Cristina Grabulho Afonso, sou enfermeira e atualmente estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No âmbito do curso acima referido, encontro-me a elaborar um projeto de intervenção comunitário, cuja temática se centra nos comportamentos e representações dos adolescentes inseridos na faixa etária dos 11 aos 16 anos entre os estudantes do ensino básico.

Este projeto, que será realizado no inserido no plano de ação da saúde escolar tem como objetivo capacitar os adolescentes para a tomada de decisão consciente e informada acerca do consumo de álcool na adolescência.

A realização do diagnóstico de situação de saúde será efetuado por meio de um questionário (confidencial e anónimo) que será preenchido pelos alunos durante uma aula de Formação Cívica durante a última semana do Mês de Maio e a primeira do mês de Junho.

A implementação do projeto, e correspondentes atividades, decorrerá durante o primeiro período do ano letivo 2012/2013

Venho por este meio pedir a sua autorização para que o seu educando colabore neste projeto

Atenciosamente, e ao seu dispor para esclarecer qualquer dúvida, aguardo sua resposta

Sónia Cristina Grabulho Afonso (soniaafonso@campus.esel.pt)

Eu _____
encarregado de educação de _____
venho por este meio autorizar/não autorizar (**riscar o que não interessa**) que o meu educando participe no projeto de intervenção comunitária acima referido.

Assinatura Encarregado Educação

Palmela, _____ de _____ de 2012

Apêndice XIV

Autorização da autora para utilização do Questionário de Avaliação de Conhecimentos acerca do álcool (QCaA)



sonia cristina grabulho afonso <soniaafonso@campus.esel.pt>

Projeto de Mestrado - O consumo de álcool entre estudantes do ensino básico

2 messages

From: <tbarroso@esenfc.pt>

Date: 2012/5/7

Subject: Projeto de Mestrado - O consumo de álcool entre estudantes do ensino básico

To: SÓNIA CRISTINA GRABULHO AFONSO <soniaafonso@campus.esel.pt>

Cc: tbarroso@esenfc.pt

Cara estudante,

Conforme solicitado venho por este meio autorizar a utilização no estudo em referência do seguinte instrumento:

Questionário de Avaliação de Conhecimentos acerca do álcool, construído por Barroso, T; Mendes, A; Barbosa, A. em 2006;

Envio em anexo o instrumento

Aproveito a oportunidade para lhe solicitar que me desse a conhecer os resultados do seu estudo, ficando ao seu dispor para o que entender necessário.

Mais informo, que agradeço que o questionário de Conhecimentos seja citado com a seguinte bibliografia: BARROSO T, MENDES A, BARBOSA A. (2009) ? Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: Study carried out with adolescents in intermediate public education. Revista Latino-americana de Enfermagem. nº 17, p. 343-53.

Ao seu dispor para o que entender necessário,

Com os meus melhores cumprimentos,

Teresa Barroso

Citando "SÓNIA CRISTINA GRABULHO AFONSO" <soniaafonso@campus.esel.pt>:

Caríssima Professora Doutora Teresa Barroso,

Agradeço desde já a disponibilidade e o interesse demonstrados.

Tendo em conta o artigo que consultei, o instrumento do estudo a que me reporto é o Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (QCaA).

Atenciosamente, e ao seu dispor para esclarecer qualquer dúvida adicional, aguardo a sua resposta.

Com os melhores cumprimentos

Sónia Afonso

2012/4/26 <tbarroso@esenfc.pt>

Cara Mestranda Enf^a Sónia,

Em primeiro lugar agradecer o seu contacto e o interesse no trabalho que tenho desenvolvido, e ainda, cumprimenta-la pela opção de desenvolver o seu projeto neste domínio.

Relativamente ao seu pedido, gostaria que clarificasse quais os instrumentos que necessita, uma vez que o artigo a que faz referência diz respeito a um estudo de avaliação do fenómeno que integrou diversos instrumentos.

Ao seu dispor para o que entender necessário

Saudações Académicas

Teresa Barroso

Citando "SÓNIA CRISTINA GRABULHO AFONSO" <soniaafonso@campus.esel.pt>:

Caríssima Professora Doutora Teresa Barroso

Chamo-me Sónia Cristina Grabulho Afonso (soniaafonso@campus.esel.pt). Sou Enfermeiras e atualmente estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No âmbito do curso acima referido, encontro-me a elaborar um projeto na Unidade Curricular Opção II (cujo regente é o Sr. Professor António Major amajor@esel.pt e sob orientação do Sr. Professor Luís Seixo lseixo@esel.pt) cuja temática se centra no consumo de álcool entre os estudantes do ensino básico.

Dos vários estudos e instrumentos em uso para colheita de dados neste domínio, deparei-me com o artigo Barroso, Teresa; Mendes, Aida; Barbosa, António. 2009. "Análise do fenómeno do consumo de álcool em adolescentes: estudo realizado com adolescentes do 3º ciclo de escolas públicas", Rev. Latino-americana Enfermagem, 17:3, sendo por mim considerado um trabalho de referência e uma mais valia ao desenvolvimento do meu projeto.

Neste âmbito venho por este meio solicitar-lhe a possibilidade de partilha do trabalho por vós realizado, nomeadamente o instrumento aplicado, e com a vossa autorização, utilizar esse instrumento no projeto anteriormente referido, salvaguardando a referência à versão por vós adaptada/validada e restantes procedimentos inerentes a processos desta natureza.

Atenciosamente, e ao seu dispor para esclarecer qualquer dúvida, aguardo a sua resposta.

Sónia Afonso

-----**-----**-----

This message was sent using IMP, the Internet Messaging Program.

1 attachments



utf-8"Microsoft Word - conhecimentosquestionário.pdf

24K

Apêndice XV

Resultados do questionário de caracterização

RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

Parte I - Caracterização

1. És do sexo:

	Frequência	Percentagem
Feminino	26	54,17%
Masculino	22	45,83%

2. Idade:

	Frequência	Percentagem
12 Anos	25	52,08%
13 Anos	21	43,75%
14 Anos	2	4,17%

3. Já consumiste bebidas alcoólicas?

	Frequência	Percentagem			
Não	22	45,83%			
Sim	26	54,17%	Idade de Iniciação do Consumo		
			8 Anos	1	3,85%
			9 Anos	1	3,85%
			10 Anos	8	30,77%
			11 Anos	8	30,77%
			12 Anos	5	19,23%
			13 Anos	2	7,69%
			14 Anos	1	3,85%

4. Com quem experimentaste?

	Frequência	Percentagem
Pais	17	65,38%
Familiares	0	0%
Amigos/colegas	9	34,62%
Sozinho	0	0%
Outros	0	0%

5. No caso de consumires bebidas alcoólicas, com que frequência o fazes:

	Frequência absoluta	Percentagem
Nunca	4	15,38%
Raramente	21	80,77%
Às vezes	1	3,85%
Todos os meses	0	0%
Todas as semanas	0	0%
Todos os dias	0	0%

6. No caso de consumires bebidas alcoólicas, indica em que situação o fazes:

	Frequência	Percentagem
Só em festas	16	72,73%
Quando saio com amigos	2	9,09%
Em festas e quando saio com amigos	4	18,18%
Só ao fim-de-semana	0	0%
Outras	0	0%

7. Com quem costumavas beber bebidas alcoólicas?

	Frequência	Percentagem
Pais	8	36,36%
Pais e familiares	1	4,55%
Pais e amigos	7	31,82%
Familiares	0	0%
Amigos	6	27,27%
Sozinho	0	0%
Outros	0	0%

8. Já te embebedaste:

	Frequência	Percentagem
Não	26	100%
Sim	0	0%

Apêndice XVI

Resultados do Questionário de Avaliação de Conhecimentos
acerca do álcool (QCaA)

Resultados do Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (QCaA)

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	9	18,75%
Respostas erradas	39	81,25%

Item 2 - O consumo de álcool pode causar dependência.

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	37	77,08%
Respostas erradas	11	22,92%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	40	83,33%
Respostas erradas	8	16,67%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	19	39,58%
Respostas erradas	29	60,42%

Item 5 - Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	41	85,42%
Respostas erradas	7	14,58%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	43	89,58%
Respostas erradas	5	10,42%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	37	77,08%
Respostas erradas	11	22,92%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	44	91,67%
Respostas erradas	4	8,33%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	26	54,17%
Respostas erradas	22	45,83%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	44	91,67%
Respostas erradas	4	8,33%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	18	37,50%
Respostas erradas	30	62,50%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	28	58,33%
Respostas erradas	20	41,67%

Item 13 - Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	45	93,75%
Respostas erradas	3	6,25%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	37	77,08%
Respostas erradas	11	22,92%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	22	45,83%
Respostas erradas	26	54,17%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	16	33,33%
Respostas erradas	32	66,67%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	47	97,92%
Respostas erradas	1	2,08%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	30	62,50%
Respostas erradas	18	37,50%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	47	97,92%
Respostas erradas	1	2,08%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	35	72,92%
Respostas erradas	13	27,08%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	45	93,75%
Respostas erradas	3	6,25%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	32	66,67%
Respostas erradas	16	33,33%

Item 23 - Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira a não se sentir tonto ou mal disposto.

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	12	25,00%
Respostas erradas	36	75,00%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	32	66,67%
Respostas erradas	16	33,33%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	31	64,58%
Respostas erradas	17	35,42%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	32	66,67%
Respostas erradas	16	33,33%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	38	79,19%
Respostas erradas	10	20,83%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	29	60,42%
Respostas erradas	19	39,58%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	40	83,33%
Respostas erradas	8	16,67%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	45	93,75%
Respostas erradas	3	6,25%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	40	83,33%
Respostas erradas	8	16,67%

Item 32 - No nosso país há poucas pessoas que bebam muito

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	42	87,50%
Respostas erradas	6	12,50%

Item 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.

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	42	87,50%
Respostas erradas	6	12,50%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	21	43,75%
Respostas erradas	27	56,25%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	38	20,83%
Respostas erradas	10	79,17%

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

	Frequência	Porcentagem
Respostas certas	40	83,33%
Respostas erradas	8	16,67%

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

	Frequência	Percentagem
Respostas certas	14	29,17%
Respostas erradas	34	70,83%

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

	Frequência	Percentagem
Respostas certas	40	83,33%
Respostas erradas	8	16,67%

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

	Frequência	Percentagem
Respostas certas	13	27,08%
Respostas erradas	35	72,92%

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

	Frequência	Percentagem
Respostas certas	37	77,08%
Respostas erradas	11	22,92%

RESPOSTAS CORRETAS POR CATEGORIA DO QCaA

	Percentagem de respostas certas na dimensão	Moda	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Categoria dos Conhecimentos sobre álcool e bebidas alcoólicas	50%	Não existe	24,00	20,50	13,56	0,565
Categoria dos Conhecimentos sobre comportamento do álcool no organismo	61,93%	38	29,73	31,00	9,52	0,320
Categoria dos Conhecimentos sobre consumo de álcool e saúde	80,61%	45	38,69	42	9,11	0,235
Categoria dos Conhecimentos sobre mitos e/ou falsos conceitos sobre o álcool	63,57%	32	30,5	54,7	7,40	0,243
Categoria dos Conhecimentos sobre repercussões sociais do consumo de álcool	89,06%	47	42,75	43,5	5,06	0,118

Apêndice XVII

Especificação das Atividades

Parte I - Álcool: Conhecer para prevenir...

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que pretende atingir	Avaliação
<p>Sessão de Educação para a Saúde, dirigida aos alunos do 8º ano de escolaridade de uma Escola com 3º ciclo do Concelho de Palmela (ECP)</p> <p>A sessão terá a duração total de 90 m e decorrerá com todos os alunos de cada turma</p>	A enfermeira mestranda	Terça-feira 20/11/2012 (15h15 às 16h45)	Sala de aula 108 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela	15m Apresentação Introdução acerca da temática		<p>1. Realização efetiva da sessão</p> <p>2. $\frac{\text{n}^\circ \text{ de alunos que integram projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}}{\text{n}^\circ \text{ total de alunos que integram projeto de intervenção comunitária}} \times 100$</p> <p>3. Taxa de participantes que avaliem de forma positiva os conteúdos transmitidos</p> <p>4. Taxa de respostas corretas na categoria considerada como conhecimentos sobre álcool e bebidas alcoólicas</p>
		Terça-feira 20/11/2012 (17h às 18h30)	Sala de aula 205 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela	20m Dinâmica de grupo + Expositivo - Jogo sobre padrões de consumo (ver explicação em anexo) - Tipos de padrões de consumo	- Sensibilizar os adolescentes para os diferentes tipos de padrões de consumo existentes	
		Quarta-feira 21/11/2012 (10h10 às 11h40)	Sala de aula 202 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela	25m Expositivo + Dinâmica de grupo - Unidade de bebida padrão - Experiencia com copos de bebida (ver explicação em anexo) Discussão de grupo para decidirem qual a mais graduada - Explicação do que é o Teor alcoólico de uma bebida apresentação de várias garrafas de bebida	- Sensibilizar os jovens para a quantidade de álcool existente numa bebida alcoólica - Sensibilizar os adolescentes para os malefícios do uso/abuso do álcool no organismo	
		Sexta-feira 23/11/2012 (17h às 16h30)	Sala de aula 205 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela	15m Expositivo - Efeitos do álcool no organismo	- Contribuir para a capacitação dos adolescentes para uma tomada de decisão consciente e responsável face ao consumo de álcool	

ATIVIDADE 1 - Padrões de Consumo

Objetivo:

Compreender os padrões de uso do álcool

Material necessário:

- Autocolantes de cor (4 por pessoa do grupo)
- Folha de papel A4 para cada grupo onde consta o local para responder às quatro perguntas a ser realizadas sendo que a respostas serão coladas na folha horizontalmente e de baixo para cima.
- Tira de papel com as 4 Substâncias: Chocolate, café, Coca-cola, Pastilha

Passo a passo:

1. Forme quatro grupos (enumere-os grupo A, grupo B, grupo C e grupo D) e distribua uma folha de papel A4 para as respostas
2. Forneça 4 autocolantes a cada um dos elementos do grupo
3. Explique para que a atividade corra bem será preciso concentração e silêncio. O primeiro passo é escolher uma pessoa por grupo que ficará responsável por colar os autocolantes na folha de papel A4.
4. Escolhida a pessoa, distribua um cartão dobrado com o nome de uma substância (Chocolate, café, Coca-cola, Pastilha) com a qual cada grupo irá trabalhar. Esse cartão deverá passar por todos os elementos do grupo de forma a ser lido individualmente, sendo essa informação sigilosa para os outros grupos.
5. Uma vez entendida a dinâmica, explique que fará 4 perguntas e que, quem respondeu sim deverá passar um dos seus autocolantes para o responsável que o colará na folha de papel A4 (o dessa pessoa inclusive) no local respectivo.

Questões a colocar

1ª PERGUNTA: Já experimentaram essa substância pelo menos uma vez na vida?

2ª PERGUNTA: Usas essa substância pelo menos uma vez em cada mês?

3ª PERGUNTA: Usas essa substância pelo menos uma vez em por semana?

4ª PERGUNTA: Usas essa substância todos os dias?

6. Quando todos os grupos terminarem, peça que o responsável do grupo apresente o resultado da atividade, mas sem contar de que substância se trata. Explique que na apresentação, deverão enumerar quantas pessoas já experimentaram essa substância, quantas usam pelo menos uma vez por mês, quantas usam pelo menos uma vez por semana e quem usa todos os dias
7. No término das apresentações, ressalte que os produtos escolhidos apesar não estarem relacionados com o tema da sessão, são representativos dos padrões de consumo de qualquer substância incluindo o álcool. Também facilita a compreensão de que o uso de álcool pode não resultar, necessariamente, na dependência.

Assim os especialistas diferenciam alguns **padrões de consumo** que costumam ser divididos em quatro categorias:

Experimental (Resposta à 1ª pergunta) – a substância é experimentada, utilizando diversos motivos para o facto (curiosidade desejo de novas experiências, pressão do grupo de pares, assédio publicitário, indicação ou imitação de outras pessoas incluindo amigos, pais ou familiares, etc.). Na maioria dos casos, o contato com o álcool não passa desta experiência.

Ocasional (resposta à 2ª pergunta) – a substância é utilizada em determinadas situações, nomeadamente em festas ou rituais. Um exemplo é o champanhe para brindar À felicidade dos noivos ou para festejar a entrada no novo ano. O indivíduo que apresenta este padrão de consumo não tem como objetivo experimentar na medida em que os efeitos da substância são já conhecidos.

Habitual (resposta à 3ª pergunta) – a substância é consumida com maior frequência, seja diariamente ou semanalmente, ou seja o consumo começa a fazer parte da rotina. A maioria das pessoas que têm esse padrão de consumo consegue, ainda, manter as suas relações sociais e afetivas, bem como as suas responsabilidades. Por exemplo a pessoa que está todo o dia sem beber e precisa de beber três copos de whisky para dormir.

Dependente (resposta à 4ª pergunta) – o álcool assume um papel prioritário na vida do indivíduo consumidor, na medida em que este tem a necessidade física e psicológica de consumir a substância para se sentir bem. Quem bebe com regularidade e na hora do almoço ou fim da tarde, sente falta da bebida alcoólica, já desenvolveu dependência. A dependência pode ser de tal grau que os usuários necessitam de consumir álcool para se sentirem bem e ou evitar sensações de sofrimento, ou seja o consumo não está ligado ao prazer que proporciona, mas sim ao desprazer e angustia que a falta da substância causa.

ATIVIDADE 2 - Bebidas Alcoólicas Todas Diferentes Todas Iguais

Objetivo:

Definir o que é graduação de uma bebida alcoólica

Distinguir que diferentes bebidas alcoólicas contêm a mesma quantidade de álcool, apesar dos copos onde são servidas terem tamanhos diferentes

Material necessário:

- 1 copo de cerveja de 20 cl
- 1 copo de vinho de 10 cl
- 1 copo de shot 5 cl
- 1 Folha de papel branca
- Diferentes garrafas de bebidas alcoólicas vazias com rótulos teor alcoólico diferente.
- água
- Corante alimentar vermelho
- Frasco de álcool de 50 ml
- Seringa de 5 ml

Passo a passo:

1. Previamente deite no frasco de álcool 1 colher de chá de corante alimentar, o álcool ficará com uma cor vermelha.

Coloque em cima da mesa os 3 copos lado a lado, e prepare as bebidas simuladas

No copo de cerveja	2 cl de mistura alcoólica vermelha + 18 cl de água
No copo de Vinho	2 cl de mistura alcoólica + 8 cl de água
No copo de shot	2 cl de mistura alcoólica + 3 cl de água

2. Explique para que a atividade corra bem será preciso concentração e silêncio.

3. Coloque os copos na mesa em frente aos alunos, lembre que cada bebida é água misturada com solução alcoólica corada de vermelho. Coloque uma folha branca por detrás dos copos e questione os alunos do que observam.



Os alunos irão observar que as bebidas têm diferentes quantidades de líquido e que o tom da cor vermelha varia entre as diferentes bebidas. O líquido do shot é o que apresenta o vermelho mais escuro, e o líquido no copo da cerveja é o que apresenta o tom mais claro.

4. Pedir aos alunos que identifiquem a bebida que tem maior teor alcoólico, em sua opinião., após explicar a definição de uma unidade de bebida padrão e que todas as bebidas apresentadas representam 1 unidade de bebida padrão.

A grande maioria escolherá o shot devido á sua cor mais vermelhada, reforçar que em cada copo foi adicionada a mesma quantidade de solução alcoólica (2 cl) e como tal todas as bebidas possuem a mesma quantidade de álcool, ou seja bebidas diferentes podem ter a mesma quantidade de álcool se consumidas em volumes diferentes.

Introduzir o conceito de concentração (Concentração é uma medida de quantidade de substância em comparação com a quantidade total de solução). Distribua as diferentes garrafas de bebidas alcoólicas vazias e peça para que lhe diga o que significa o teor alcoólico de cada uma delas, por exemplo: Uma garrafa de 1l de cerveja com teor alcoólico de 5% de álcool = em 1000ml de cerveja 50ml é álcool puro.

7. No término das apresentações, ressalte que os copos representam também a concentração de álcool no organismo de indivíduos com diferentes constituições físicas. Assim sendo se uma pessoa pequena e uma pessoa grande ingerirem a mesma quantidade de álcool, a pessoa mais pequena terá maior concentração de álcool no sangue que a pessoa maior, tal como acontece com a coloração do copo de shot e do copo de cerveja, logo os efeitos do álcool no organismo serão diferentes.

ATIVIDADE 3 - Para Onde Vai O Álcool Quando Entra No Organismo

Objetivo:

Conhecer o trajeto do álcool no organismo





Perceber que os efeitos do álcool não são iguais para todos os indivíduos

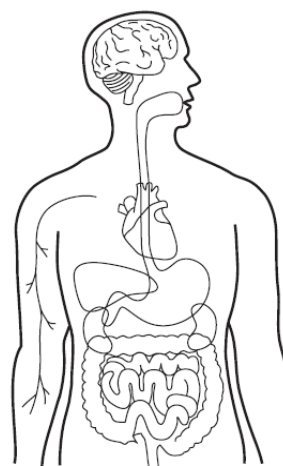
Perceber que o álcool se mistura com a água mas não com a gordura

Descrever como é que o álcool se distribui através das partes do corpo que têm mais água, identificando o cérebro como um importante local de ação do álcool.

Material necessário:

- 2 garrafas de 50 cl
- Óleo alimentar
- Fio
- Folhas de papel
- Funil
- Seringa de 5 ml
- 4 imagens
- água
- Corante alimentar vermelho
- Cola
- 2 copos de shot
- Frasco de álcool de 50 ml
- PowerPoint com Corpo Humano

Garrafa com maior quantidade de massa gorda		Garrafa com menor quantidade de massa gorda	
A1	A2	B1	B2
			



Passo a passo (Esta atividade está dividida em duas partes):

Primeiro Parte

1. Questione qual será o percurso do álcool no organismo para isso recorra a um PowerPoint com o mapa do corpo Humano e escreva no quadro o percurso que os alunos referem ter. Aproveite para além de identificar o percurso falar acerca dos efeitos do álcool no organismo ao nível dos diferentes órgãos.

Segunda Parte

1. Previamente coloque

Na garrafa **A** 10 cl de água + 25 cl de óleo alimentar,

Na garrafa **B** coloque 25 cl de água + 10 cl de óleo alimentar.



Cada garrafa representará duas pessoas com constituições físicas diferentes: num primeiro momento **1** representarão pessoas de sexo diferentes e num segundo momento **2** representarão duas pessoas do mesmo sexo, da mesma altura, mas com peso corporal diferente.

2. Explique para que a atividade corra bem será preciso concentração e silêncio. Quando mostrar as garrafas pergunte o que observam

Irão responder que existe maior quantidade de água numa que noutra, nesta altura aproveite para explicar a diferente constituição física existente entre uma rapariga e um rapaz ou entre homem e mulher.

3. Seguidamente mostre as imagens dos adolescentes e pergunte qual a garrafa que corresponde à constituição física da rapariga e qual corresponde à do rapaz colocando as imagens nas respetivas garrafas.
4. Seguidamente pergunte se em vez de serem pessoas de géneros diferentes, fossem duas pessoas do mesmo género, com a mesma altura, mas com peso corporal diferente (mostre as figuras A2 e B2) que garrafa corresponderia a cada constituição física.

Após colocar as imagens nas garrafas correspondentes questione o que acontecerá se cada um deles ingerir um shot

Como preparar o shot

a) Deite no frasco de álcool 1 colher de chá de corante alimentar, o álcool ficará com uma cor vermelha.

b) De seguida deite em cada copo de shot 2 cl desta mistura alcoólica + 3 cl de água.

3. Deite o shot, através do funil, dentro das garrafas irá observar que o shot se irá dissolver na água e ao nível da gordura aparecerão bolhas da cor do corante alimentar. Demonstrará assim que o álcool é solúvel em água, mas não em gordura e como tal o álcool tem preferência por partes do nosso corpo que contêm mais água.

Por outro lado a coloração é diferente nas duas garrafas a garrafa que tem mais água ficará ligeiramente mais clara que a outra. Questione se os efeitos do álcool nestas duas pessoas seriam semelhantes, aproveite para explicar o facto dos efeitos do álcool no organismo dependerem da constituição física do indivíduo.

4. No término da apresentação, ressalte que as células do cérebro têm na sua constituição cerca de 85% de água e como tal este é um dos órgãos mais sensíveis aos efeitos do álcool.

Álcool: Conhecer para prevenir... Parte II

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que pretende atingir	Avaliação
Sessão de Educação para a Saúde, dirigida aos alunos do 8º ano de escolaridade de uma Escola com 3º ciclo do Concelho de Palmela (ECP) Cada sessão teve a duração total de 90 m e decorreu com todos os alunos de cada turma	A enfermeira mestranda	Terça-feira 04/12/2012 (15h15 às 16h45)	Sala de aula 108 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela	15m Dinâmica de grupo - 5m apresentação de vídeo - 10m Espaço para relembrar o que foi abordado sessão anterior e retirara dúvidas. 20m Expositivo	- Sensibilizar os adolescentes para os malefícios do uso/abuso do álcool no organismo. - Consciencializar os adolescentes para os riscos que correm aquando do uso/abuso de álcool - Contribuir para a capacitação dos adolescentes para que tomem decisão consciente e responsável face ao consumo de álcool	1. Realização efetiva da sessão $2. \frac{\text{n}^\circ \text{ de alunos que integram projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}}{\text{n}^\circ \text{ total de alunos que integram projeto de intervenção comunitária}} \times 100$ 3. Taxa de participantes que avaliem de forma positiva os conteúdos transmitidos 4. Taxa de respostas corretas na categoria considerada como conhecimentos sobre consequências do consumo de álcool para o indivíduo.
		Terça-feira 04/12/2012 (17h às 18h30)	Sala de aula 205 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela	- Efeitos do álcool no organismo em função da alcoolémia - Comportamentos de risco devido ao consumo de álcool 15m Dinâmica de grupo Jogo sobre álcool e condução (ver explicação em anexo) Apresentação de spot publicitário (1m) Discussão de grupo		
		Quarta-feira 05/12/2012 (10h10 às 11h40)	Sala de aula 202 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela	15m Dinâmica de grupo + expositivo - Role-play - Estratégias a adotar para a redução de riscos caso consumam álcool		
		Sexta-feira 07/12/2012 (17h às 16h30)	Sala de aula 205 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela	25m Dinâmica de grupo + Expositivo - Role-play - Como atuar quando alguém bebe demais - Treino Posição Lateral Segurança		

ATIVIDADE 1 - Cálculo Da Taxa De Alcoolémia

Objetivo:

Refletir acerca de como é que as bebidas alcoólicas afetam a concentração de álcool no sangue (alcoolémia) e que efeitos provocam nas pessoas.

Perceber que determinadas variáveis como o género, o peso do corpo, os padrões de consumo, o metabolismo, afetam a concentração de álcool no sangue.

Compreender que a taxa de metabolização de álcool pelo fígado é constante, independentemente da quantidade/velocidade do consumo.

Material necessário:

- Folha de papel A4 para cada pessoa do grupo onde consta: a descrição da situação sendo apresentadas dados relativos a 4 pessoas presentes na festa para calcular a taxa de alcoolémia de cada um deles.
- 4 cartões com o nome da pessoa que terão de calcular a taxa de alcoolémia

Passo a passo:

1. Forme quatro grupos (enumere-os grupo A, grupo B, grupo C e grupo D) e distribua uma folha de papel A4 para cada pessoa do grupo como a que se apresenta de seguida, por exemplo.

Cálculo de taxa de alcoolémia

Várias pessoas estão numa festa, uns bebem água, outros bebem sumos e outros ainda, **bebem bebidas alcoólicas**. O Manuel, o João, a Natália e o Rogério são amigos que foram à festa e consumiram álcool calcula para cada um deles a **taxa provável de alcoolemia**. Determina **qual dos amigos** é que, legalmente, **pode conduzir**.

Considera para os teus cálculos:

$$\text{Taxa de alcoolémia} = \frac{\text{Peso de álcool puro consumido (gr)}}{\text{Peso corporal (Kg)} \times \text{Coeficiente (}})$$

Unidade de bebida padrão = 10 gr álcool puro

Coeficiente[®] = 0.7 (o consumo é fora das refeições)

1. O **Manuel** pesa 80kg, chegou à festa ainda não tinha bebido nada alcoólico (taxa de alcoolemia de 0.00 g/l). Bebeu uma bebida alcoólica ao fim de 1 hora bebeu mais duas bebidas alcoólicas e 1 hora depois bebeu mais duas bebidas alcoólicas. Qual a taxa provável de alcoolemia do Manuel?
2. O **João** pesa 60kg, quando chegou à festa com uma taxa de alcoolemia de 0.00 g/l. Bebeu uma bebida alcoólica ao fim de 1 hora bebeu mais duas bebidas alcoólicas e 1 hora depois bebeu mais duas bebidas alcoólicas. Qual a taxa provável de alcoolemia do João?
3. A **Natália** pesa 45kg, quando chegou à festa não tinha consumido nenhuma bebida alcoólica (taxa de alcoolemia de 0.00 g/l). Bebeu duas bebidas alcoólicas, uma a seguir à outra. Ao fim de 1 hora bebeu mais uma bebida alcoólica. Qual a taxa provável de alcoolemia da Natália?
4. O **Rogério** pesa 65kg, chegou à festa com uma taxa de alcoolemia de 0.00 g/l. Bebeu uma bebida alcoólica ao fim de 1 hora bebeu mais uma bebida alcoólica. Qual a taxa provável de alcoolemia do Rogério?

	Taxa provável de alcoolémia
Manuel	
João	
Natália	
Rogério	

Em Portugal, legalmente, pode-se conduzir com taxa de alcoolémia até 0.5 g/l

Passo a passo (continuação):

2. Explique para que a atividade corra bem será preciso concentração e silêncio. O primeiro passo é escolher uma pessoa por grupo que ficará responsável por vir ao quadro e escrever a taxa de alcoolémia do elemento atribuído ao grupo.
3. Escolhida a pessoa, distribua um cartão dobrado com o nome da pessoa de quem terão de calcular a taxa de alcoolémia (Manuel, João, Natália ou Rogério) com a qual cada grupo irá trabalhar. Esse cartão deverá passar por todos os elementos do grupo de forma a ser lido individualmente, sendo essa informação sigilosa para os outros grupos.
4. Uma vez entendida a dinâmica, explique que terão 1 minuto para calcular a taxa de alcoolémia
5. Findo esse tempo o responsável de cada grupo escreverá no quadro a taxa de alcoolémia calculada.
6. Depois de concluída a atividade apresentar as seguintes questões, promovendo a discussão inter grupos

Questões a colocar
<p>1ª PERGUNTA: Qual das pessoas pode conduzir legalmente o carro?</p> <p>2ª PERGUNTA: Se estivesse nessa festa virias à boleia dessa pessoa?</p> <p>3ª PERGUNTA: Acham que seria um condutor seguro?</p>

6. Quando todos os grupos terminarem o debate apresente o spot publicitário intitulado 'Funerario', de Publis NCM para Tráfico Gobierno Vasco 2011 disponível em www.youtube.com/watch?v=-Z1TvNrRDKA, e peça que comentem.

7. No término das apresentações, ressalte que só cerca de 5% do álcool consumido é eliminado pela urina, respiração e transpiração, os restantes 95% são metabolizados no fígado, sendo um processo lento (em média 0.1 g/l de álcool por hora), no entanto existem variáveis como a idade, peso corporal, padrão de consumo que interfere nesta metabolização.

ATIVIDADE 2 - ROLE PLAY

Objetivo:

Dramatização de situação correspondente a um consumo excessivo de álcool

Compreender os padrões de uso do álcool

Promover a participação do grupo

Definir estratégias para minimizar os riscos do uso/abuso de álcool, treinando algumas competências

Treinar a Posição Lateral de Segurança

Material necessário:

- PowerPoint com situação descrita
- 3 estudantes para dramatizar o Role Play
- Um colchão de ioga

Passo a passo:

1. Explique para que a atividade corra bem será preciso concentração e respeito mútuo.
2. Apresente a 1ª parte da situação

1ª Parte
<p>O André, a Ana e o Rubem vão sair à noite.</p> <p>Eles vão ter com uns amigos que já estão na Festa das Vindimas.</p> <p>Antes de sair de casa o Rubem diz aos amigos André e Ana que hoje vai experimentar uma bebida alcoólica.</p> <p>Temendo o pior a Ana pergunta se é mesmo só uma, ao que o Rubem responde que sim.</p>

No entanto, uma bebida leva a outra e o Rubem está embriagado

3. Como poderíamos ter evitado esta situação, convide os estudantes a elaborarem estratégias para minimizarem os riscos do uso/abuso de álcool
4. Escolha uma pessoa para escrever no quadro as estratégias enumeradas pelos estudantes. Dê feedback acerca do que apresentaram e aproveite para reforçar as estratégias que eles podem adotar para minimizar os riscos do uso/abuso de álcool
5. Apresente a 2ª parte da situação

2ª Parte

O Rubem começa a ficar sonolento e acaba por acontecer o que a Ana temia o Rubem fica inconsciente.

O que deverão fazer o André e a Ana, nesta situação?

6. Convide os estudantes a definirem o que fazer nesta situação.
7. Escolha uma pessoa para escrever no quadro as estratégias enumeradas pelos estudantes. Dê feedback acerca do que apresentaram e aproveite para reforçar as estratégias que eles podem adotar para minimizar os riscos do uso/abuso apresentando a Posição Lateral de Segurança como um dos primeiros socorros que podem prestar ao amigo.

Peça auxílio a um aluno que se deite no colchão e exemplifique para toda a turma os passos para colocar uma pessoa inconsciente em Posição Lateral de Segurança (PLS)

A posição lateral de segurança (PLS) procura assegurar a abertura da via aérea impedindo que a língua caia para trás e facilitando a saída de líquidos para o exterior da boca e não deve ser utilizada quando existem suspeitas de traumatismo, nomeadamente na zona da coluna cervical.

Deve então:

1. **Ajoelhar-se ao lado da pessoa, alinhando-lhe as pernas e os braços;**
2. **Retirar quaisquer objetos que possam magoá-la e alarga-lhe as roupas;**

3. **Agarrar o braço da pessoa que fica do seu lado e dobrá-lo pelo cotovelo, em ângulo recto;**
 4. **Pegar na outra mão e encostá-la à bochecha da pessoa que fica do seu lado;**
 5. **Dobrar a perna do lado oposto ao seu lado (pelo joelho) e puxar o indivíduo, rodando o corpo deste na sua direção;**
 6. **Certifique-se de que a cabeça fica em extensão, ajustando-a se necessário;**
 7. **Verificar regularmente o estado do indivíduo, até auxílio chegar.**
-
8. Escolha 3 pessoas e convide-as a dramatizarem a situação, de forma a treinarem a Posição Lateral de Segurança no fim.
 9. No término das apresentações, ressalte que as estratégias enumeradas ao longo da sessão contribuirão para reduzir o risco do uso/abuso de álcool em qualquer idade. Caso se deparem com situações de abuso de álcool poderão atuar em conformidade usando o que foi abordado ao longo destas sessões.

Jogo Mito ou Verdade

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que pretende atingir	Avaliação			
<p>Sessão de Educação para a Saúde, dirigida aos alunos do 8º ano de escolaridade de uma Escola com 3º ciclo do Concelho de Palmela (ECP)</p> <p>Cada sessão teve a duração total de 45 m e decorreu com metade dos alunos de cada turma</p>	A enfermeira mestranda	Terça-feira 08/01/2013 (13h30 às 14h15)	Sala de aula 202 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela	45 m Dinâmica de grupo					
		Terça-feira 08/01/2013 (14h15 às 15h)							
		Quinta-feira 10/01/2013 (13h30 às 14h15)	Sala de aula 202 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela				<ol style="list-style-type: none"> 1. Divide-se os alunos em dois grupos têm 1 minuto para batizarem o grupo. 2. Explica-se que será nomeado 1 porta-voz por afirmação o qual terá de dizer se essa é verdade ou mito e justificar a escolha sendo dado 1 minuto para discutir em grupo. 3. Ambos os grupos respondem à mesma questão, sendo que as respostas são dadas de forma alternada. 4. O responsável pela sessão, neste caso a enfermeira mestranda, tem a responsabilidade de ir complementando as respostas dadas e em caso de dúvidas esclarecê-las. 5. Cada resposta certa vale um ponto para a equipa. 6. No fim ganha o grupo que mais pontos tiver. 		
		Quinta-feira 10/01/2013 (14h15 às 15h)							
		Sexta-feira 11/01/2013 (13h30 às 14h15)	Sala de aula 202 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela					<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os adolescentes para os diferentes tipos de padrões de consumo existentes - Sensibilizar os adolescentes para os malefícios do uso/abuso do álcool - Apreciar os conhecimentos adquiridos nas Sessões de Educação para a saúde anteriormente realizadas 	
		Sexta-feira 11/01/2013 (14h15 às 15h)							
		Sexta-feira 11/01/2013 (15h 15 às 16h)	Sala de aula 202 da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela						<ol style="list-style-type: none"> 1. Realização efetiva da sessão 2. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de alunos do 8}^\circ \text{ ano da ECP presentes na sessão}}{\text{n}^\circ \text{ total de alunos do 8}^\circ \text{ ano da ECP}} \times 100$ 3. Taxa de participantes que avaliem de forma positiva os conteúdos transmitidos 4. Taxa de respostas corretas dadas por cada grupo
		Sexta-feira 11/01/2013 (16h às 16h45)							

Falar com o seu filho acerca do consumo de álcool...

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que pretende atingir	Avaliação
<p>Sessão de Educação para a Saúde, dirigida aos encarregados de educação dos alunos do 8º ano de escolaridade de uma Escola com 3º ciclo do Concelho de Palmela (ECP)</p> <p>A sessão terá a duração total de 60 m e decorrerá com todos os encarregados de educação dos alunos de cada turma</p>	A enfermeira mestranda	Quinta-feira 17/01/2013 (18h às 19h)	Anfiteatro da Escola com 3º ciclo do concelho de Palmela	<p>20m Expositivo Apresentação Introdução acerca da temática.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contextualização do problema para a realidade portuguesa. - Os riscos que os adolescentes incorrem ao consumirem álcool nesta idade - O que é o álcool - Unidade de bebida padrão - Tipos de padrões de consumo - Quais são as diretrizes para um consumo de baixo risco - Efeitos do álcool no organismo <p>25 m Dinâmica de grupo</p> <ul style="list-style-type: none"> - O chapéu dos medos - O que fazer... 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os encarregados de educação para os diferentes tipos de padrões de consumo existentes - Sensibilizar os encarregados de educação para os malefícios do uso/abuso do álcool no organismo Durante a fase de adolescência - Consciencializar os encarregados de educação para os riscos que os adolescentes correm quando usam/abusam do álcool. - Contribuir para a capacitação dos adolescentes para uma tomada de decisão consciente e responsável face ao consumo de álcool 	<p>1. Realização efetiva da sessão</p> $2. \frac{\text{n}^\circ \text{ encarregados de educação de alunos que integram projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}}{\text{n}^\circ \text{ total de encarregados de educação de alunos que integram projeto de intervenção comunitária}} \times 100$ <p>3. Taxa de participantes que avaliem de forma positiva os conteúdos transmitidos</p>

ATIVIDADE 1 - Chapéu Dos Medos

Objetivo:

Promover a partilha de emoções, sentimentos e dúvidas face ao tema abordado

Promover o espírito de interajuda entre os encarregados de educação

Consciencializar encarregados de educação do seu papel importantíssimo na prevenção do uso/abuso de álcool

Conhecer estratégias que ajudem a minimizar os riscos do consumo de álcool

Material necessário:

- 1 saco
- canetas
- Folha de papel A4 para cada pai colocar a pergunta que deseja ser respondida

Passo a passo:

1. Explique que esta atividade consiste em colocar no saco (chapéu dos medos), de forma anónima, questões relacionadas com o tema que queiram ser debatidas. Podem mesmo ser descrições de situações específicas. Cada questão será lida em voz alta e respondida com a participação de todos e orientação da enfermeira mestranda.
2. Forneça 1 folha de papel e 1 caneta a cada um dos encarregados de educação e refrira que têm 2 minutos para escrever.
3. Ao fim dos 2 minutos peça que, caso tenham escrito algo, dobrem as folhas em 4 e as coloquem no saco aquando da sua passagem.

4. Depois de recolher as folhas retirar uma a uma do saco, lê-la em voz alta e dar resposta à mesma para isso pede-se colaboração de todos os pais

5. No término das apresentações, ressalte que a prevenção começa no seio familiar. Se por um lado é importante que sejam pais compreensivos por outro é importante que estabeleçam limites e que tenham sempre presente que as suas ações, palavras e opções têm uma grande influência no seu educando, mesmo quando ele parece não estar atento, por isso tenha atitudes condicentes com o que defende uma vez que são os modelos.

ATIVIDADE 2 - O Que Fazer ...

Objetivo:

Promover a partilha de emoções, sentimentos e dúvidas face ao tema abordado

Promover o espírito de interajuda entre os encarregados de educação

Consciencializar encarregados de educação do seu papel importantíssimo na prevenção do uso/abuso de álcool

Conhecer estratégias que ajudem a minimizar os riscos do consumo de álcool

Material necessário:

➤ PowerPoint com diversas situações práticas

1º PowerPoint

Maria tem dois filhos, um com 9 anos e outro com 11 anos.

Os amigos convidaram-nos para um churrasco. Esses amigos, bem como todos os seus convidados, têm uma posição bastante liberal em relação ao consumo de álcool, mesmo entre pré-adolescentes. Defendem que é melhor os filhos beberem em situações em que os pais estejam por perto. O ambiente é amigável e divertido e os anfitriões oferecem cerveja a todos, o filho de 11 anos diz que quer uma e o filho de 9 anos diz que quer provar. Maria é absolutamente contra isso, mas sente a pressão social.

O que fazer...

2º PowerPoint

Carlos repara que as garrafas de bebidas alcoólicas da sua casa estão a ser esvaziadas lentamente e não foi ele que bebeu. Decide investigar e descobre que o seu filho de 10 anos de idade tem bebido às escondidas.

O que fazer...

3º PowerPoint

O vizinho de Rui e Inês avisa-os que enquanto eles trabalham, os seus filhos de 12 e 14 anos convidam amigos para ir lá a casa e que fazem muito barulho. Além disso no outro dia reparou que o grupo de amigos que entrou trazia um pack de cervejas.

O que fazer...

Passo a passo:

1. Explique para que a atividade corra bem será preciso que todos respeitem a vez de falar de cada um.
2. Serão apresentadas situações práticas, queremos que eles finjam ser os pais nessas situações e que digam as atitudes que tomariam.

Aproveite para explicar alguns conceitos e Estratégias a adotar para a redução deste comportamento por parte do seu educando.

Por outro lado aproveite para lhes dar a conhecer estratégias que o seu educando pode utilizar para redução de riscos a que está exposto caso consumam álcool

3. No término das apresentações, ressalte que a prevenção começa no seio familiar. Se por um lado é importante que sejam pais compreensivos por outro é importante que estabeleçam limites e que tenham sempre presente que as suas ações, palavras e opções têm uma grande influência no seu educando, mesmo quando ele parece não estar atento, por isso tenha atitudes condicentes com o que defende uma vez que são os modelos.

Apêndice XVIII

Convite enviado aos Encarregados de Educação



Exmo(a) Encarregado de Educação

Chamo-me Sónia Cristina Gabulho Afonso, sou enfermeira e atualmente estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No âmbito do curso acima referido, encontro-me a elaborar um projeto de intervenção comunitário, cuja temática se centra nos comportamentos e representações dos adolescentes inseridos na faixa etária dos 11 aos 16 anos entre os estudantes do ensino básico.

Este projeto, que será realizado no inserido no plano de Ação da saúde escolar tem como objetivo capacitar os adolescentes para a tomada de decisão consciente e informada acerca do consumo de álcool na adolescência.

Assim venho por este meio pedir a sua colaboração neste projeto, convidando-o para uma conversa informal subordinada ao tema - **Falar com o meu filho acerca do consumo de álcool**, no dia 17 de Janeiro de 2013 pelas 18 horas no Anfiteatro da Escola.

Agradeço desde já a vossa comparência.

Atenciosamente, e ao seu dispor para esclarecer qualquer dúvida, aguardo sua resposta

Sónia Cristina Grabulho Afonso (soniaafonso@campus.esel.pt)

Palmela, 10 de Dezembro de 2012

Apêndice XIX

Cronograma de Grantt

Cronograma de Grantt

	Ano 2012										Ano 2013						
	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro					
1. Pedidos de autorização para: realização do projeto, participação dos alunos no projeto, uso do instrumento de dados	■					Férias Escolares											
2. Implementação dos questionários																	
- Caracterização			■														
- QCCA			■														
- Avaliação sessões																	■
3. Reuniões com atores envolvidos no projeto		■												■			■
4. Sessões educativas																	
- Parte I: Álcool: conhecer para prevenir...															■		
- Parte II: Álcool: conhecer para prevenir...															■		
- Jogo mito ou verdade																■	
- Falando com o seu filho sobre consumo de álcool										■							

Legenda:

Actividades Concluídas ■

Actividades por concluir ■

Apêndice XX

Questionário de Avaliação das Sessões de Educação para
Saúde

Avaliação das Sessões de Educação para Saúde



Gostaria de saber a tua opinião acerca dos temas desenvolvidos e a forma como estes foram abordados, por isso agradecia que respondesses às seguintes questões assinalando com uma cruz a opção com que estiveres mais de acordo.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Os conteúdos abordados nas sessões foram expostos de forma clara					
2. As sessões permitiram aumentar os meus conhecimentos acerca desta temática.					
3. Os conhecimentos adquiridos ao longo destas sessões têm utilidade para a minha vida					
4. Os conhecimentos adquiridos ao longo destas sessões contribuem para que tome uma decisão mais consciente e responsável acerca do consumo do álcool					
5. Estas sessões serviram para esclarecer dúvidas acerca desta temática					
6. Estas sessões serviram para desmistificar algumas crenças e mitos relativamente a esta temática					
7. As sessões realizadas foram de encontro às minhas expectativas.					
8. As dinâmicas de grupo foram determinantes para consolidar a minha aprendizagem e retirar dúvidas.					

Obrigada pela tua colaboração

Enf.ª Sónia Afonso

Apêndice XXI

Avaliação dos indicadores de Resultado

AVALIAÇÃO DE IMPACTO OU RESULTADO

Comparação entre as respostas dadas pelos participantes no QCCA em dois momentos distintos

Gráfico 1 – Categoria dos Conhecimentos sobre álcool e bebidas alcoólicas

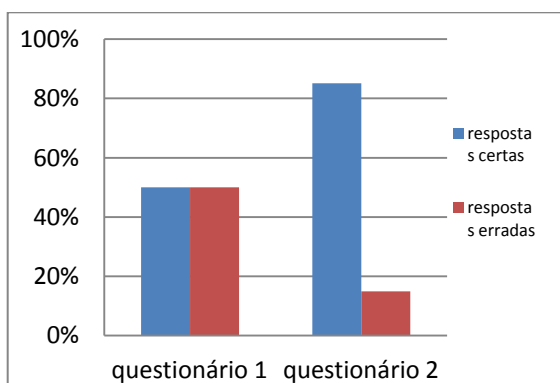


Gráfico 2 – Categoria dos Conhecimentos sobre comportamento do álcool no organismo

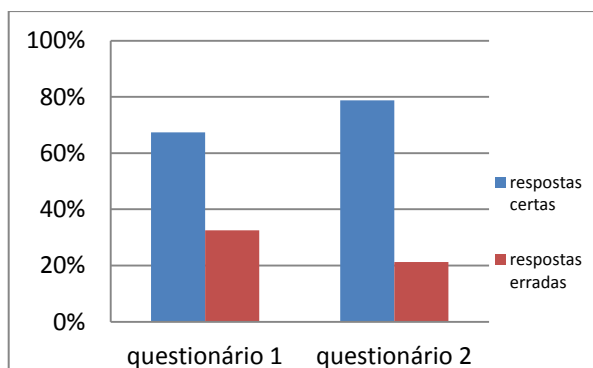


Gráfico 3 – Categoria dos Conhecimento sobre consumo de álcool e saúde

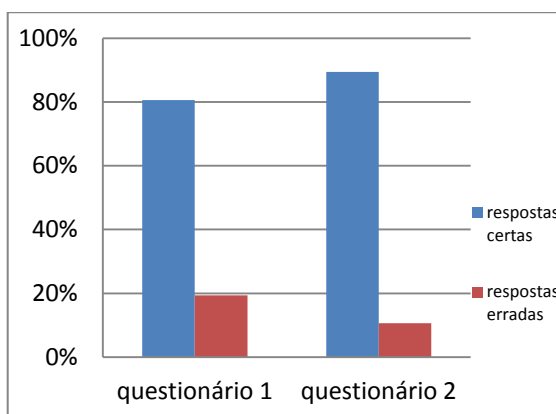


Gráfico 4 – Categoria dos Conhecimentos sobre mitos e/ou falsos conceitos sobre o álcool

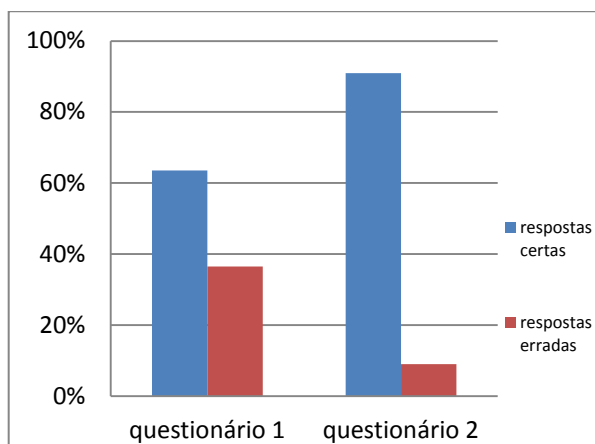
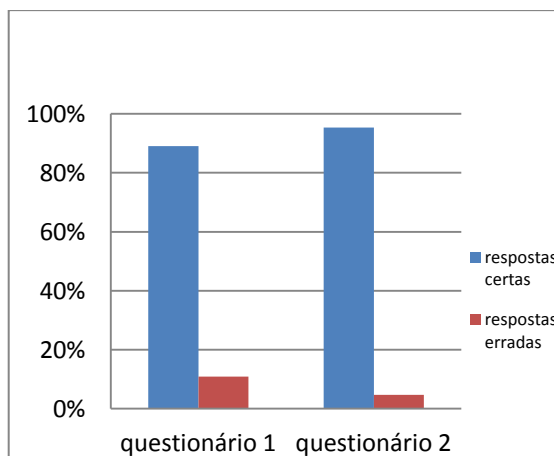


Gráfico 5 – Categoria dos Conhecimentos sobre repercussões sociais do consumo de álcool



COMPARAÇÃO POR DIMENSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS DA APLICAÇÃO DO QCaA EM DOIS MOMENTOS DESTINTOS

		Percentagem de respostas certas na dimensão	Moda	Média	Mediana	Variância	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Categoria dos Conhecimentos sobre álcool e bebidas alcoólicas	1º Questionário	50%	Não existe	24,00	20,50	184,00	13,56	0,565
	2º Questionário	85,07%	Não existe	40,83	42,00	46,17	6,79	0,166
Categoria dos Conhecimentos sobre comportamento do álcool no organismo	1º Questionário	61,93%	38,00	29,73	31,00	90,62	9,52	0,320
	2º Questionário	78,79%	43 e 44	37,82	39,00	38,16	6,18	0,163
Categoria dos Conhecimentos sobre consumo de álcool e saúde	1º Questionário	80,61%	45	38,69	42	82,90	9,10	0,253
	2º Questionário	89,42%	46 e 47	42,92	46	48,24	6,95	0,162
Categoria dos Conhecimentos sobre mitos e/ou falsos conceitos sobre o álcool	1º Questionário	63,54%	32	30,5	30,5	54,7	7,40	0,243
	2º Questionário	90,97%	47	43,67	30,5	24,67	4,97	0,114
Categoria dos Conhecimentos sobre repercussões sociais do consumo de álcool	1º Questionário	89,06%	47	42,75	43,5	25,58	5,06	0,118
	2º Questionário	95,31%	47	45,75	43,5	2,25	1,5	0,033
Categoria dos Conhecimentos sobre as consequências do consumo de álcool para o indivíduo	1º Questionário	67,64%	40	32,47	37	132,33	11,50	0,354
	2º Questionário	84,65%	43	40,63	43	46,45	6,82	0,168

Apêndice XXII

Avaliação dos indicadores de Atividade

Avaliação dos Indicadores de Atividade ou execução

Indicadores	Atividade	Avaliação
Taxa de sessões realizadas		$\frac{\text{n}^\circ \text{ de sessões realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ total de sessões a realizar}} \times 100 = \frac{3}{4} \times 100 = \mathbf{75\%}$
Taxa de participação dos elementos do grupo em cada atividade.	Sessão 1	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de alunos que integram projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}}{\text{n}^\circ \text{ total de alunos que integram projeto de intervenção comunitária}} \times 100 = \frac{48}{48} \times 100 = \mathbf{100\%}$
	Sessão 2	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de alunos que integram projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}}{\text{n}^\circ \text{ total de alunos que integram projeto de intervenção comunitária}} \times 100 = \frac{48}{48} \times 100 = \mathbf{100\%}$
	Sessão 3	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de alunos que integram projeto de intervenção comunitária presentes na sessão}}{\text{n}^\circ \text{ total de alunos que integram projeto de intervenção comunitária}} \times 100 = \frac{48}{48} \times 100 = \mathbf{100\%}$
	Sessão para encarregados de educação	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de encarregados de educação presentes na sessão}}{\text{n}^\circ \text{ total de encarregados de educação}} \times 100 = \mathbf{0\%}$
Taxa de participantes que avaliaram de forma positiva (Concordo totalmente/ Concordo) as sessões educativas.		$\frac{\text{n}^\circ \text{ de alunos que integram projeto de intervenção comunitária presentes na sessão que avaliaram de forma positiva as sessões}}{\text{n}^\circ \text{ total de alunos que integram projeto de intervenção comunitária}} \times 100 = \frac{46}{48} \times 100 = \mathbf{95,83\%}$

