



MARIA JOSÉ COSTA GONÇALVES

**LITERACIA EM SAÚDE NA
PREVENÇÃO DE CONSUMO DE
ÁLCOOL EM ALUNOS DO 7º ANO
DO 3º CICLO DO ENSINO BÁSICO**

**Relatório de Estágio do Curso de Mestrado
Enfermagem em Associação 2025**

Área de Especialização:

**ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA
E DE SAÚDE PÚBLICA**

ORIENTADORA

Professora Doutora ANA PAULA GATO

Dezembro, 2025

“Literacia em Saúde na Prevenção de Consumo de Álcool em Alunos do 7ºano do 3º ciclo do Ensino Básico”

Maria José Costa Gonçalves – 210531163@estudantes.ips.pt

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Arguente: Professora Doutora Isaura da Conceição Cascalho Serra

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Gato

Data: 3 dezembro de 2025

RESUMO

O presente trabalho insere-se no âmbito do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Mestrado em Enfermagem, realizado numa Unidade de Saúde Pública e numa Unidade de Cuidados na Comunidade. O principal objetivo foi promover a literacia em saúde na prevenção do consumo de álcool em adolescentes, abordando um problema premente em Portugal. Para tal, foi adotada a metodologia do Planeamento em Saúde, culminando num Projeto de Intervenção Comunitária. A intervenção foi concebida com base num diagnóstico de situação que revelou lacunas de conhecimento e a prevalência de mitos entre os jovens. Os resultados demonstraram que o consumo precoce de álcool ocorre frequentemente no ambiente familiar, reforçando a necessidade de uma abordagem sistémica. Apesar das limitações de participação, as sessões educativas foram eficazes na capacitação dos jovens. Conclui-se que o projeto, embora focado numa população específica, serve como modelo de intervenção e reforça o papel do enfermeiro especialista na promoção da saúde, servindo de base para propostas de continuidade do trabalho que visam envolver de forma mais eficaz a família e a escola no próximo ano letivo.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde, Literacia em Saúde, Adolescentes, Consumo de Álcool.

ABSTRACT

This study is part of the Community Nursing and Public Health Internship of the Master's Degree in Nursing, carried out at a Public Health Unit and a Community Care Unit. The main objective was to promote health literacy in the prevention of alcohol consumption among adolescents, addressing a pressing problem in Portugal. To this end, the Health Planning methodology was adopted, culminating in a Community Intervention Project using Action Research. The intervention was designed based on a situation assessment that revealed knowledge gaps and the prevalence of dangerous myths among young people. The results showed that early alcohol consumption often occurs in the family environment, reinforcing the need for a systemic approach. Despite limitations in participation, the educational sessions were effective in empowering young people. It is concluded that the project, although focused on a specific population, serves as a model for intervention and reinforces the role of the specialist nurse in health promotion, serving as a basis for proposals to continue the work that aims to involve the family and school more effectively in the next school year.

Keywords: Community Nursing, Health Promotion, Health Literacy, Adolescents, Alcohol Consumption.

Gratidão

A todos aqueles, que me incentivaram, apoiaram e me ampararam ao longo deste árduo percurso, repleto de desafios, obstáculos e incertezas...

*“É naquilo que somos e fazemos, no mapa vulgaríssimo de quando
buscamos, na humildade e mesmo monótona geografia que nos situa, na
pequena história que dia a dia protagonizamos que podemos ligar a terra e o céu”*

Cardeal Dom José Tolentino Mendonça

in “Uma Beleza que nos Pertence”

Maio de 2025

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviatura	Designação
ABV	Álcool by Volume
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AIRP	Associação dos Idosos e Reformados da Freguesia do Poceirão
AML	Área Metropolitana de Lisboa
APA	American Psychological Association
ARSLVT	Administração Regional Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BI-CSP	Boletim Informativo de Cuidados de Saúde Primários
BPE	Beber Pesado Episódico
CDE	Código Deontológico do Enfermeiro
CEP	Carta Educação Palmela
CMP	Câmara Municipal de Palmela
CNPD	Comissão Nacional de Proteção de Dados
DGE	Direção-Geral da Educação
DGS	Direção-Geral da Saúde
EBS JS	Escola Básica e Secundária JS
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEECSP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
ERPI	Estruturas Residenciais para Idosos
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

ESS/IPS	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
EPE	Entidade Pública Empresarial
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISTs	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LS	Literacia em Saúde
MIME	Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar
MPS	Modelo de Promoção da Saúde
Nº	Número
NUTS	Nomenclatura Unidades Territoriais Fins Estatísticos
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PALS	Plano de Ação para a Literacia em Saúde
PAPES	Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde
PES	Projeto de Educação e Saúde
PIC	Projeto de Intervenção Comunitária
PLSA	Plano Local de Saúde da A
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PSI	Plano de Saúde Individual

PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
PORDATA	Base Dados Portugal Contemporâneo
QCaA	Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RGPD	Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
RNCCI	Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados
RSI	Rendimento Social Inserção
SAD	Serviços de Apoio Domiciliário
Sd	Sem Data
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SINAVE	Sistema Nacional Vigilância Epidemiológica
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados Saúde Personalizados
ULS	Unidade Local de Saúde
UMS	Unidade Móvel Saúde
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

RESUMO	II
ABSTRACT	III
AGRADECIMENTOS	IV
INTRODUÇÃO	16
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1.1-Epidemiologia do Álcool como Fator de Risco Global para a Saúde	22
1.2-Desafios na Prevenção e Tratamento	25
1.3-Adolescência e Consumo de Álcool	26
1.4-Literacia em Saúde	32
1.5-Saúde Escolar - Promoção e Educação para a Saúde em Meio Escolar	37
1.6 -O Modelo de Nola Pender na Promoção da Saúde	39
1.7-A Prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP) na Escola	42
2.METODOLOGIAS E QUESTÕES ÉTICAS	45
2.1-Metodologia de Planeamento em Saúde	45
2.2-População-alvo e amostra	46
2.3-Metodologias de recolha e análise dos dados	47
2.4-Considerações Éticas	50
3.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	53
3.1-Characterização geosociodemográfica do concelho em contexto de Estágio	53
3.2-Characterização das Unidades de Saúde do contexto de Estágio	57
3.2.1-Unidade de Saúde Pública	59
3.2.2-Unidade Cuidados na Comunidade	61

3.2.3-Atividades Desenvolvidas no Âmbito da Saúde Escolar e Comunitária	64
3.2.4-Articulação com os Centros de Recursos para a Juventude (CRJ)	67
3.2.5-UMS um serviço de proximidade às comunidades isoladas e população envelhecida	68
3.2.6-O Papel da UCC em outras áreas de promoção de saúde	69
3.3-O Panorama Socioeducativo	71
3.4-Apresentação e análise dos resultados do questionário	77
3.4.1-Perfil sociodemográfico dos alunos	78
3.4.2.-Hábitos de consumo dos alunos	80
3.4.3-Análise dos Conhecimentos sobre o Álcool	85
3.5-Identificação de problemas	87
4.PRIORIZAÇÃO, OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS	90
4.1-Determinação de Prioridades	90
4.2-Objetivos	92
4.3-Seleção de Estratégias	94
4.4-Cronograma	95
5.INTERVENÇÕES/ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	96
5.1-Sessões de educação para a saúde	97
5.2-Construção de materiais pedagógicos	99
6.MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO	103
6.1-Avaliação de Resultados e Indicadores	103
6.2-Avaliação de Recursos e Cumprimento do Projeto	104
6.3-Divulgação e Propostas de Continuidade	106
7.REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	109

7.1-Competências de Mestre.....	109
7.2-Competências comuns de enfermeiro especialista	111
7.3-Competências específicas de enfermeiro especialista em EC Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	116
8.CONCLUSÃO	121
9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
Artigos de Periódicos Científicos	124
Livros e Capítulos de Livros	125
Dissertações e Teses	125
Legislação e Documentos Oficiais (Diário da República/Decreto-Lei)	126
Relatórios, Guias e Documentos Institucionais (com Autoria Claramente Identificada)	126
Websites, Documentos Online e Recursos Digitais	128
APÊNDICES	129
APÊNDICE I-Painel de profissões na Feira da Saúde	130
APÊNDICE II-Escolas do 1º ciclo e pediculose	131
APÊNDICE III-Ação de familiarização com os serviços de saúde “USF do Pikininos”	132
APÊNDICE IV-Acompanhamento de crianças com diabetes tipo	133
APÊNDICE V-Equipa de Saúde escolar como mediadora de conflitos	135
APÊNDICE VI-Feira da saúde	136
APÊNDICE VII-Atividades na Unidade Móvel Saúde	137
APÊNDICE VIII-Articulação com CRJ e Projeto “Jovens no Verão”, CMP	138
APÊNDICE IX-Ações de Prevenção Doenças Cardiovasculares e Promoção da Alimentação Saudável e Hidratação	139

APÊNDICE X-Atividade em Parceria com a ECCI-UCC P e CHS no âmbito da prevenção da Sarcopénia	140
APÊNDICE XI – “Curso De Preparação Profilática para o Parto-Cuidados ao Recém Nascido”	141
APÊNDICE XII - Cronograma	142
APÊNDICE XIII – Jogo ABV – Teor Alcoólico e Correção da perceção do Risco	143
APÊNDICE XIV – Construção de Jogo “Escultura Informativa”: do abstrato ao concreto	144
APÊNDICE XV- Jogo Bingo on Alcohol: Mitos a Derrubar - NO ALCOHOL for ALL COOL	145
APÊNDICE XVI – 1ª Sessão de Educação para a Saúde aos alunos do 7ª Ano	146
APÊNDICE XVII – 2ª Sessão de Educação para a Saúde aos alunos do 7ª Ano	147
APÊNDICE XVIII - Satisfação dos Alunos7º ano face às Sessões de Ação de Educação	149
APÊNDICE XIX – Orçamento	150
APÊNDICE XX – Análise SWOT / FOFA	151
ANEXOS	152
ANEXO I – Questionário QCaA	153
ANEXO II – Consentimento Informado	156
ANEXO III – Parecer da Comissão Ética para a Saúde	158
ANEXO IV- Autorização da Monitorização Inquéritos em Meio Escolar	159
ANEXO V – Orientação MonkeyPox	160
ANEXO VI – Nomra Hepatite A	161

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- A perspetiva individual e organizacional na visão integrada da literacia em saúde	34
Figura 2- Literacia em saúde como determinante de mudança	36
Figura 3- Principais Etapas Processo de Planeamento em Saúde	46
Figura 4- Mapa NUTS da Área Metropolitana de Lisboa	54
Figura 5- Mapa representativo da delimitação de Municípios do Distrito de Setúbal	55

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Capacidade Instalada Concelho Área Intervenção Resposta Social	74
Quadro 2- Estabelecimento de Educação e Ensino do Conselho por tipo de Rede	75
Quadro 3- Rede Serviço e Equipamentos	76
Quadro 4- Perguntas com Maior Percentagem Respostas Corretas	85
Quadro 5- Perguntas com Menor Percentagem Respostas Corretas	86
Quadro 6- Avaliação Metas e Indicadores	106

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela1 -Evolução da Estrutura Etária da População Residente no Concelho (nº e %)	56
Tabela2 -Estrutura Etária da População Residente em 2021 (nº e %)	57
Tabela 3 -Relação entre o Consumo de Álcool e o Local do Primeiro Consumo	81
Tabela 4 -Relação entre o Consumo de Álcool e a Repetição Escolar	83
Tabela 5 -Relação entre o Consumo de Álcool e o Agregado Familiar (n=21)	84
Tabela 6 -Desempenho dos Participantes no QCaA	87
Tabela 7 -Matriz de Priorização	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição participantes por Género	78
Gráfico 2- Distribuição participantes por Idade	78
Gráfico 3- Distribuição participantes por Nacionalidade	79
Gráfico 4- Distribuição participantes de acordo com vivem	79
Gráfico 5- Distribuição dos participantes de acordo com Consumo de Álcool	80
Gráfico 6- Distribuição do Consumo Álcool por Género	80
Gráfico 7- Prevalência de Tipos de Bebidas Consumidas pelos Participantes	81
Gráfico 8- Distribuição dos participantes de Acordo com a companhia no primeiro consumo de álcool	82
Gráfico 9- Distribuição dos participantes de acordo com o local do primeiro consumo de álcool	82
Gráfico 10- Relação entre o Consumo de Álcool e a Repetição Escolar	83
Gráfico 11- Distribuição do agregado familiar entre os participantes que consumiram álcool	84

INTRODUÇÃO

Este relatório, elaborado no contexto do Mestrado em Enfermagem em Associação, insere-se na unidade curricular "Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório". O estágio, realizado na Unidade de Saúde Pública A (USP A) e na Unidade de Cuidados na Comunidade P (UCC P), permitiu a aquisição e o aprofundamento de competências essenciais ao Enfermeiro Especialista, em conformidade com as diretrizes do Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

O presente relatório tem como objetivo descrever e analisar de forma crítica o percurso realizado e as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências de mestre, comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, durante o período de Estágio realizado. O ponto culminante deste processo foi a elaboração e execução de um Projeto de Intervenção Comunitária (PIC) com base na Metodologia de Planeamento em Saúde, tendo como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Este projeto, intitulado "Literacia em Saúde na Prevenção do Consumo de Álcool em Alunos do 7.º ano do 3.º ciclo do Ensino Básico", foi concebido como um contributo para enfrentar um significativo desafio para a saúde pública em Portugal: o consumo de álcool na adolescência. No entanto neste relatório também se pretende mostrar todo o trabalho, para lá do que está associado ao projeto, que foi desenvolvido pela mestrandia nos contextos de estágio.

O consumo de álcool entre adolescentes constitui um problema de saúde pública de elevado impacto em Portugal, segundo os dados do relatório SICAD (2024) 80% dos jovens já experimentou álcool e o consumo diário entre jovens de 18 anos subiu de 10% para 13% entre 2021 e 2022. Em 2024, Portugal registou um consumo de álcool que se mantém elevado, com

uma média de cerca de 12 litros por habitante anualmente. O valor mais elevado da OCDE. Os dados mais recentes do SICAD, referentes a 2022, indicam que a cerveja é a bebida mais consumida, representando 55% da disponibilidade diária, seguida pelo vinho com 42%.

O álcool permanece no topo dos comportamentos aditivos e persiste como a substância psicoativa mais consumida pelos jovens portugueses (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências [ICAD], 2025).

Apesar de uma tendência de diminuição no consumo geral, verifica-se que a **idade de início do consumo continua a ser precoce**, com episódios de embriaguez severa a ocorrerem cada vez mais cedo. O fenómeno do *binge drinking* (consumo excessivo de álcool num curto período) configura-se como uma das maiores preocupações atuais, apresentando uma **prevalência significativa** entre os jovens (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [ESPAD], 2025).

O início precoce do consumo alcoólico está associado a uma vasta gama de consequências negativas. Elas variam desde o comprometimento do desempenho académico e um maior envolvimento em situações de violência, até o desenvolvimento de dependência na idade adulta. O consumo de álcool durante a adolescência e o início da idade adulta é particularmente perigoso, uma vez que o cérebro humano só completa a sua maturação por volta dos 25 anos, sendo o córtex pré-frontal, responsável pelas funções executivas (como a tomada de decisão e o controlo de impulsos), a última área a desenvolver-se. Além disso, o consumo de álcool nesta etapa da vida pode causar danos neurológicos irreversíveis, uma vez que o cérebro ainda está em fase de desenvolvimento e maturação (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2022). Este cenário justifica a urgência de intervenções de saúde pública centradas na literacia em saúde, como uma ferramenta crucial para a prevenção.

Em Portugal, a abordagem política face ao controlo do consumo de álcool tem exibido uma evolução ambivalente, caracterizada por um período de investimento legislativo significativo entre 2013 e 2015, seguido por uma estagnação nas políticas subsequentes. Este padrão de baixo controlo regulatório, alinhado com atitudes sociais de "laissez-faire", pode explicar, em parte, a persistência de desafios no acesso a bebidas alcoólicas por parte dos jovens (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências [ICAD], 2025).

A introdução de medidas legislativas mais restritivas não se traduziu numa alteração significativa na perceção dos jovens sobre a facilidade de acesso ao álcool. Embora as proibições legais de venda a menores existam, uma parte considerável da população jovem continua a conseguir adquirir bebidas alcoólicas sem grande dificuldade (SICAD, 2023). Os dados mais recentes indicam que uma fatia significativa de alunos ainda considera fácil obter cerveja, vinho e bebidas espirituosas.

Esta realidade sublinha a ineficácia das proibições legais existentes e a necessidade de reforçar os mecanismos de fiscalização e controle.

A fiscalização destas medidas também tem evidenciado inconsistências. Apesar de se registar um aumento nas infrações globais relacionadas com a venda, as contraordenações específicas por venda de bebidas alcoólicas a menores de idade diminuíram, atingindo o valor mais baixo dos últimos anos (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências [ICAD], 2025).

No que diz respeito ao consumo e ao mercado, após a quebra atípica verificada em 2020 (período pandémico), o consumo de álcool e as vendas de bebidas alcoólicas demonstram uma acentuada recuperação. Os valores registados em 2022 e 2023 ultrapassaram os níveis pré-pandémicos, e as projeções indicam um aumento do consumo *per capita* nos próximos anos.

Este cenário reforça a urgência de uma reavaliação das políticas de saúde pública e de fiscalização em Portugal (ICAD, 2025).

Para que uma intervenção em saúde seja eficaz e sustentável, ela deve ir além da mera transmissão de informação e focar-se na capacitação dos indivíduos para se tornarem agentes ativos na gestão da sua própria saúde (Nunes, 2022). É neste pressuposto que se baseia o conceito de Literacia em Saúde, o pilar central deste projeto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define-a como um conjunto de "competências cognitivas e sociais" que permitem às pessoas aceder, compreender e utilizar informação para promover a sua saúde (OMS, 2021).

A promoção da literacia em saúde é uma prioridade estratégica em Portugal, consagrada no Plano de Ação para a Literacia em Saúde (PALS) ([DGS], 2019-2021). Este trabalho alinha-se diretamente com o Objetivo Geral 1 do PALS, que visa a adoção de estilos de vida saudáveis, e com o seu objetivo específico de capacitar crianças e jovens. Ao promover a literacia em saúde sobre o álcool, o projeto realizado visou dotar os adolescentes das ferramentas necessárias para resistir a pressões, desconstruir mitos e fazer escolhas conscientes, transformando-os de recetores passivos de mensagens em protagonistas do seu próprio bem-estar (Marques *et al*, 2024).

A decisão de foco na literacia em saúde e de intervir em contexto escolar não foi arbitrária. A experiência de estágio realizada em Saúde Escolar, em uma Escola Básica e Secundária, aquando do contacto direto com a comunidade escolar adolescente, permitiu conhecer lacunas de conhecimento e a forte influência da pressão social nos comportamentos de saúde, nomeadamente quanto ao consumo de álcool. Esta imersão na prática clínica catalisou a transição de uma preocupação sentida para uma investigação formal. Este relatório reflete, assim, um percurso de reflexão-na-ação, onde a prática informa a teoria e a investigação visa

transformar a prática. Utilizámos a metodologia de planeamento em saúde para o desenvolvimento do projeto de intervenção, tendo o diagnóstico de saúde sido realizado com recursos a questionário aplicado a uma amostra constituída por alunos do 7º ano de escolaridade, tendo a análise dos resultados, e posterior priorização dos problemas, permitido identificar como problema prioritário a falta de conhecimentos dos alunos sobre o consumo de álcool e seus riscos.

Para responder a este problema/necessidades destes adolescentes foi elaborado um projeto de intervenção comunitária tendo como **objetivo geral**: Promover a Literacia em saúde na prevenção do consumo de álcool e como **objetivos específicos** :

- Planear e implementar sessões de educação para a saúde em literacia para a prevenção do consumo do álcool.
- Construir materiais pedagógicos para utilização nas sessões de educação para a saúde
- Capacitar os alunos do 7.º ano a tomar decisões mais seguras e informadas em relação ao consumo de álcool.
- Avaliar as mudanças nos níveis de conhecimento e nas intenções comportamentais dos alunos, em sessão de educação para a saúde, através de jogos.
- Analisar criticamente o PIC desenvolvido.

O presente Relatório está organizado em oito capítulos. O capítulo 1, onde se apresenta o enquadramento teórico, dividido em subcapítulos que contemplam os aspetos teóricos relacionados com o tema do projeto de intervenção comunitária, o modelo de enfermagem que sustenta a intervenção durante o projeto, assim como uma abordagem da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública em saúde escolar. O capítulo 2 descreve o percurso metodológico e as questões éticas envolvidas, assim

como a forma como foram salvaguardadas. Já no capítulo 3 é apresentado o diagnóstico de situação, seguindo-se, no capítulo 4 a priorização dos problemas, os objetivos e as estratégias. As atividades desenvolvidas são relatadas no capítulo 5, enquanto no capítulo 6 estão a monitorização, avaliação e divulgação do projeto. que apresenta e discute os resultados. A Reflexão das Competências Adquiridas como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública é feita do capítulo 7, termina-se com a conclusão que apresenta as conclusões, as implicações para a prática de enfermagem, as limitações do estudo e as sugestões para investigações futuras.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se o enquadramento teórico subjacente ao nosso projeto desenvolvido em Estágio. Está dividido em subcapítulos que contemplam os aspetos teóricos relacionados com o tema do projeto de intervenção comunitária, o modelo de enfermagem que sustenta a intervenção durante o projeto, assim como uma abordagem à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública na área da saúde escolar.

1.1 – Epidemiologia do Álcool como Fator de Risco Global para a Saúde

O álcool, uma substância psicoativa com elevado potencial de dependência, representa um dos principais desafios para a saúde pública a nível global (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024). A sua composição, baseada no álcool etílico, ou etanol, obtido por fermentação ou destilação, tem sido parte integrante da história da humanidade, mas o seu consumo abusivo está associado a sérias consequências físicas, psicológicas e sociais (Penteado, 2022).

O seu consumo nocivo é, atualmente, um dos principais desafios para a saúde pública a nível global, contribuindo de forma significativa para o aumento da morbilidade e da mortalidade. O Relatório Global sobre o Álcool e a Saúde de 2024 da Organização Mundial da Saúde (OMS) sublinha a urgência de uma resposta coordenada para enfrentar esta problemática. Estima-se que 400 milhões de pessoas sofram de perturbações relacionadas com o seu consumo, causa uma redução significativa na esperança de vida, sendo responsável por cerca de 800.000 mortes por ano (OMS, 2024).

O álcool é um fator de risco para mais de 200 tipos de doenças e lesões, incluindo doenças hepáticas, diversos cancros, doenças cardiovasculares e infeções como VIH (Vírus Imunodeficiência Humana) e tuberculose. Adicionalmente, o consumo de álcool está

intrinsecamente ligado a lesões traumáticas, resultantes de acidentes rodoviários, violência interpessoal e atos de autolesão. Particularmente alarmante é o impacto nos jovens, com o álcool a ser associado a 13% das mortes na faixa etária dos 20 aos 39 anos (OMS, 2024).

As tendências de consumo de álcool apresentam variações significativas entre as regiões do mundo. A Europa tem o maior consumo per capita, com uma média de 9,2 litros anuais por habitante, e a mais alta taxa de mortes e de distúrbios relacionados com o álcool a nível mundial (OMS, 2024).

O consumo de álcool não se limita a um uso regular e moderado, mas sim a um padrão de alto risco, conhecido como beber pesado episódico (BPE) ou *binge drinking*. Este comportamento, definido como o consumo de quatro ou mais bebidas numa única ocasião para o sexo feminino e cinco ou mais para o sexo masculino, é uma das maiores preocupações da saúde pública segundo o European School Survey Project Alcohol and Other Drugs ([ESPAD], 2023). O relatório da OMS (2024) destaca que 38% dos consumidores a nível mundial praticam o BPE, um comportamento que expõe os indivíduos a um elevado risco de lesões, acidentes e violência (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2023).

O consumo de álcool, mesmo em quantidades moderadas, é um fator de risco modificável para diversas patologias. Recentes estudos têm vindo a solidificar a associação entre o consumo de álcool e doenças como o cancro do pâncreas. Um estudo publicado na revista científica *PLOS Medicine* (Naudin et al., 2025) analisou dados de mais de 2,4 milhões de pessoas e concluiu que o risco de cancro do pâncreas aumenta em 3% por cada dose adicional de álcool consumida diariamente, independentemente do hábito de fumar. O estudo mostrou que o vinho não teve associação significativa com o risco, enquanto a cerveja e os destilados aumentaram as probabilidades de desenvolver a doença (Naudin et al., 2025).

As consequências do consumo de álcool não se limitam a doenças físicas. A substância é um dos principais fatores de risco para a incapacidade, contribuindo para mais de 200 doenças crônicas, lesões e perturbações de saúde mental (OMS, 2024). O álcool atua como um depressor do sistema nervoso central, afetando a coordenação motora e a capacidade de reação e de compreensão, o que pode levar a comportamentos de alto risco, como a condução sob o seu efeito (SICAD, 2023).

O cenário em Portugal reflete um agravamento das tendências de consumo de risco, um problema que necessita de uma abordagem aprofundada. O Plano Estratégico do ICAD 2024-2026 (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências [ICAD],2024), sublinha que a prevalência de consumo de alto risco e de dependência quase quadruplicou na última década no país . Os dados sobre os jovens continuam a ser uma preocupação, com uma percentagem significativa de estudantes entre os 16 e os 18 anos a reportar episódios de consumo *binge* e de embriaguez severa (SICAD, 2023). É particularmente relevante o facto de este aumento de consumo de risco ser mais acentuado no sexo feminino, destacando uma nova tendência de saúde pública em Portugal (ICAD, 2024).

Estes padrões de consumo nocivo contribuem diretamente para o aumento na procura de tratamento, internamentos e mortalidade, o que evidencia o quão enraizado o álcool se mantém na cultura portuguesa (OMS, 2024). Apesar de algumas proibições legais de venda a menores, a perceção de facilidade de acesso ao álcool sublinha a ineficácia das medidas existentes e a necessidade de reforçar os mecanismos de fiscalização e controlo (SICAD, 2023).

Para mitigar os efeitos devastadores do consumo nocivo de álcool, a Organização Mundial Saúde (OMS,2024) preconiza a adoção de políticas mais rigorosas, incluindo o aumento da tributação sobre bebidas alcoólicas, a regulamentação da publicidade e a restrição da

disponibilidade. A implementação eficaz destas medidas é considerada fundamental para acelerar o progresso em direção à meta 3.5 do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa reduzir o consumo nocivo de álcool e melhorar o acesso a tratamento de qualidade até 2030 (PNS 2030 [DGS][INE], 2024).

1.2 - Desafios na Prevenção e Tratamento

Apesar dos riscos evidentes, a prevenção e o tratamento dos transtornos por uso de substâncias enfrentam barreiras significativas. A cobertura do tratamento é muito baixa a nível global, e a maioria dos países não tem uma linha orçamental específica para esta área. Além disso, a normalização do consumo de álcool em sociedades como a europeia faz com que os profissionais de saúde hesitem em abordar o tema com os seus pacientes, perdendo oportunidades cruciais de prevenção e intervenção precoce (OMS, 2024).

Para enfrentar esta problemática, a OMS (2024) destaca a necessidade urgente de acelerar a ação global, com o objetivo de reduzir o consumo nocivo de álcool em 20% até 2030, em relação aos níveis de 2010. Para alcançar esta meta, são propostas oito áreas estratégicas, incluindo o reforço da capacidade de prevenção e tratamento nos sistemas de saúde, a formação de profissionais e a implementação de políticas mais rigorosas (OMS, 2024).

A falta de perceção dos riscos associados ao álcool, a sua normalização cultural e a insuficiência de recursos para o tratamento sublinham a importância de intervenções focadas na literacia em saúde. A capacitação dos indivíduos para que compreendam os riscos e tomem decisões informadas é uma estratégia essencial para mitigar o impacto devastador do álcool na saúde pública.

1.3 – Adolescência e Consumo de Álcool

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta, dos 10 aos 19 anos, e é caracterizada por um rápido desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social. Nesta fase, os jovens tornam-se mais autónomos e podem adotar comportamentos de risco que comprometem a sua saúde.

A palavra adolescente provém da palavra em latim *adolescere*, que significa crescer, brotar, fazer-se grande (Fonseca, 2017).

Segundo Coutinho (2009), citado por Canavêz e Câmara (2020), o termo adolescência surge nos dicionários em 1850 e ganhou, ao longo do século XIX, expressividade, ainda que como um breve momento em direção à idade adulta. A adolescência consolidou-se como categoria social no século XX após a Segunda Guerra Mundial (Moraes e Weinmann, 2020, citando Coutinho, 2009). A partir dos anos 50, nos Estados Unidos e na Europa, dá-se a “adolescentização da cultura” após a invenção do rock’n’roll, algo próprio da adolescência, não aprendido com os adultos, tornando-o...

"adolescente objeto de medo e inveja por um lado, dando forma aos sonhos de liberdade ou de evasão dos adultos e por outro os seus pesadelos de violência e desordem dessa forma a adolescência passa a ser simultaneamente um ideal a ser vendido e algo a ser temido." (Moraes e Weinmann, 2020, citando Calligaris, 2009, p. 290).

Moraes e Weinmann (2020), relativamente ao conceito de adolescência e partindo do pressuposto que este se entende como um momento de passagem da condição infantil à adulta, dependendo do que cada cultura oferece, podendo ser estabelecido como parâmetro, a puberdade, referem que, o que se entende contemporaneamente como adolescência não está

presente em todas as culturas, não existindo assim uma adolescência universal, as peculiaridades de cada tempo e lugar, determinam a existência de várias adolescências.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019) caracteriza a adolescência como um conjunto dos indivíduos com idade compreendida entre os dez e os dezanove anos. Subdividindo este período em três fases: “*Early adolescence*” – dos 10 aos 13 anos; “*Mid-adolescence*” – dos 14 aos 15 anos; “*Later adolescence*” – dos 16 aos 19 anos.

Biologicamente, Hockenberry e Wilson (2014) definem o início do período da adolescência com o início da puberdade e o seu término quando o adolescente se torna num adulto independente.

A **transição para o pensamento formal, ou hipotético-dedutivo**, na adolescência, permite ao indivíduo transcender a dependência do concreto e conceber o mundo de forma abstrata. É este novo patamar cognitivo que impulsiona o adolescente a **posicionar-se de forma paralela aos adultos**, desenvolvendo uma **personalidade emergente** que se sente diferente, com o ímpeto de superação e transformação do *status quo*. Consequentemente, os **planos de vida** e os ideais dos adolescentes tendem a ser **generosos, altruístas, místicos e até megalómanos**, uma vez que a razão e o idealismo se sobrepõem à experiência prática do mundo (Teixeira *et al*, 2015).

A juventude é, sem dúvida, a fundação do futuro da humanidade. A qualidade com que os jovens são formados, educados e capacitados determina diretamente o bem-estar da sociedade global. A célebre frase de Walt Disney, referida por Stanhope e Lancaster (2008), que "a mente das crianças é o maior recurso natural de qualquer nação", sublinha a importância de investir no desenvolvimento infantil e juvenil. Neste contexto, promover estilos de vida saudáveis e incutir comportamentos positivos em matéria de saúde desde cedo é um passo fundamental

para garantir que os adolescentes se tornem adultos que valorizam e praticam atitudes benéficas para a sua saúde e bem-estar.

A adolescência é uma etapa marcada pela impulsividade e por um sentimento de invulnerabilidade. Os adolescentes tendem a considerar que conceitos como doença ou morte estão distantes, o que os leva frequentemente a adotar comportamentos de risco que podem ter consequências graves e duradouras. Este período é caracterizado por um aumento da propensão a acidentes de viação, muitas vezes relacionados com o consumo de álcool, lesões por quedas e afogamentos. Adicionalmente, observa-se um crescimento preocupante das infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) nesta faixa etária. Como apontam Stanhope e Lancaster (2008), é também durante a adolescência que se solidificam hábitos prejudiciais, como o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas, a diminuição da atividade física e a adoção de uma alimentação desequilibrada. A promoção da saúde neste grupo é, portanto, uma prioridade, visando mitigar estes riscos e capacitar os jovens para escolhas mais saudáveis.

A adolescência corresponde ao período de transição entre a infância e a idade adulta, marcado pelo rápido crescimento e desenvolvimento a nível físico, mental, emocional, sexual e social. Nesta fase da vida, os adolescentes tornam-se mais autónomos, criam relações, desenvolvem competências sociais e aprendem comportamentos que subsistem para o resto das suas vidas. São muitos os desafios que enfrentam, na expectativa de responder às exigências da sociedade, o que por vezes os leva a ficarem expostos a situações que poderão comprometer a sua saúde, os considerados comportamentos de risco (World Health Organization [WHO], 2019).

A Organização das Nações Unidas[ONU] (2020) define jovem entre os 15 e os 24 anos, critérios utilizados principalmente para fins estatísticos e políticos.

De acordo com a ONU (2023), atualmente existem 1,2 mil milhões de jovens entre os 15 e os 24 anos que representam 16% da população mundial e, até 2030, o número deverá atingir os 1,3 mil milhões.

A adolescência é um período de grande vulnerabilidade física e psicológica. Adolescentes com a mesma idade cronológica podem apresentar peso, altura e estádios de progressão pubertária diferentes, pelo que a idade cronológica pode servir apenas de referência.

Atualmente, temos a adolescência mais longa da história, começa cada vez mais cedo e termina cada vez mais tarde. Há cerca de 100 anos, a idade média da menarca, o primeiro período menstrual, era aos 15 anos, neste momento a média são os 12 anos, a partir dos 16 anos as raparigas e rapazes também já eram considerados adultos capazes de casar e ter filhos. Com o aumento da esperança média de vida e todas as outras mudanças que foram acontecendo na sociedade, começámos a prolongar cada vez mais a adolescência.

A adolescência, juntamente com os primeiros 2 anos de vida, é também uma fase em que o cérebro está em transformação constante e profunda e, por isso, as experiências desta fase são também muito marcantes. Sabe-se, atualmente, que o cérebro só termina o seu desenvolvimento por volta dos 24, 25 anos de idade, idade em que fica completo o desenvolvimento do córtex pré-frontal (Sanches, 2023).

Relativamente ao consumo de álcool, o **Relatório ESPAD 2024** revela que a **percentagem de jovens portugueses** (com 15-16 anos) que **iniciaram o consumo de álcool aos 13 anos ou menos é significativamente superior à média europeia** (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [ESPAD], 2025).

Em 2024, as prevalências de consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens de 18 anos em Portugal foram elevadas, com 77% a declararem consumos pelo menos uma vez na vida, 74% nos 12 meses anteriores ao inquérito, em cada 10 jovens de 18 anos, 7 a 8 beberam álcool, e 59% nos 30 dias anteriores (*Comportamentos Aditivos aos 18 anos - Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional 2024: consumos de substâncias psicoativas*, 2024, p. 22).

Portugal participa ativamente em **estudos europeus** que fornecem dados comparativos valiosos, nomeadamente o **Estudo Europeu sobre Álcool e outras Drogas em Meio Escolar (ESPAD)**. Estes estudos são de extrema importância para **contextualizar a situação portuguesa no panorama europeu**, uma vez que o álcool persiste como a **substância psicoativa mais consumida** pelos jovens portugueses, mantendo-se no topo dos comportamentos aditivos (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [ESPAD], 2025).

Estudos e relatórios recentes confirmam a forte correlação entre o consumo de álcool e outros perigos, incluindo o consumo de tabaco e de outras substâncias ilícitas. A par do uso de drogas, o consumo de álcool aumenta significativamente a probabilidade de os jovens se envolverem em comportamentos sexuais de risco, comportamentos de violência, acidentes de viação e episódios de ideação suicida. A evidência mais preocupante é que a violência e os acidentes, muitas vezes facilitados pelo consumo de álcool, são as principais causas de mortalidade nesta faixa etária. O fenómeno do *binge drinking* (consumo excessivo de álcool em curtos períodos), que tem vindo a crescer entre os jovens portugueses, exacerba ainda mais estes riscos (ICAD, 2025).

O Instituto para Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD) desde 2015 (com exceção de 2020 devido à pandemia) realiza anualmente um inquérito anónimo por questionário de autopreenchimento a todos os jovens que participam no Dia da Defesa Nacional, focando-se este em dois grandes temas: consumos de substâncias psicoativas e utilização da internet, permitindo identificar padrões de consumo, formas de acesso e experiências de risco. Este inquérito, denominado “*Comportamentos Aditivos aos 18 anos - Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional 2024: consumos de substâncias psicoativas*” traça um retrato dos consumos entre os jovens portugueses. Esta monitorização contínua é essencial para orientar políticas públicas baseadas em evidência e adequadas à realidade dos jovens portugueses (ICAD, 2025).

Segundo Barroso (2012), citado por Louro (2020), o consumo do álcool associado a ocasiões como festas e saídas à noite torna este padrão de consumo de alto risco, uma vez que grandes quantidades de álcool são consumidas num curto espaço de tempo. O consumo precoce de álcool pelos adolescentes, assim como o consumo excessivo, provoca consequências a nível físico, mental e social com grande impacto na sua saúde, o qual também acarreta custos para a sociedade, quer pela utilização dos serviços de saúde quer pela perda material e de produção.

Este consumo está, muitas vezes, associado a outros comportamentos de risco, incluindo o consumo de tabaco e outras drogas, comportamentos sexuais de risco, ideação suicida, violência e acidentes, sendo que estas duas últimas causas são as que contribuem mais para a taxa de mortalidade desta faixa etária.

Apesar da legislação em Portugal (Decreto-Lei n.º 106/2015) estabelecer o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos

ao público interdito a menores de 18 anos, observamos uma sociedade muito permissiva no que respeita ao consumo do álcool.

Segundo o mais recente *Global Status Report on Alcohol and Health* (WHO, 2023), o consumo de álcool continua a ser um dos principais fatores de risco para a saúde a nível mundial. Este relatório reforça o imperativo de reduzir o consumo prejudicial de álcool como uma pedra basilar para o desenvolvimento sustentável. Tal meta é crucial para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em particular a meta 3.5, que visa fortalecer a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, com o ano de 2030 a manter-se como prazo. Por todas as implicações e a elevada prevalência deste comportamento, faz dele um problema atual de saúde pública.

1.4 – Literacia em Saúde

A palavra literacia provém do inglês *literacy*, é um substantivo feminino que significa a capacidade para perceber e interpretar o que é lido, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa.

O documento *Literacia em Saúde nas Escolas - Estado da Arte* (2020) menciona que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a literacia em saúde “como as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e usarem a informação de modo que promovam e mantenham uma boa saúde”. Ainda segundo o mesmo documento, a Literacia em Saúde (LS) capacitará crianças e adolescentes para o seguinte:

- Aceder e navegar em ambientes de informação relacionada com a saúde;
- Compreender mensagens relacionadas com a saúde;

- Pensar criticamente sobre alegações de saúde e tomar decisões informadas sobre a saúde;
- Adquirir conhecimentos relacionados com a saúde e integrá-los em novas situações;
- Comunicar sobre tópicos e preocupações relacionados com a saúde;
- Usar a informação sobre saúde para promover a sua própria saúde, a dos outros e a saúde ambiental;
- Desenvolver comportamentos e atitudes saudáveis;
- Envolver-se em atividades saudáveis e evitar riscos desnecessários para a saúde;
- Tornar-se consciente do seu próprio pensamento e comportamento;
- Identificar e avaliar sinais físicos e mentais (ex., sentimentos, sintomas);
- Atuar de forma ética e socialmente responsável;
- Ser um aprendiz autónomo ao longo da vida;
- Desenvolver um sentido de cidadania e ser capaz de procurar metas de equidade;
- Abordar os determinantes de saúde ao nível social, comercial, cultural e político.

A Literacia em Saúde (LS) não envolve apenas as competências individuais e o comportamento, inclui também uma abordagem holística que incorpora o meio ambiente, contribuindo para que as crianças e os adolescentes atinjam metas sociais e de saúde. Terá um impacto sobre o rendimento escolar, como a aprendizagem, competências académicas, pensamento crítico e permitirá que os alunos se tornem indivíduos mais capacitados e cidadãos com responsabilidade social e ética (Schools for Health in Europe, 2020).

No contexto de crianças e jovens, a literacia em saúde (LS) é compreendida como um conjunto de competências e conhecimentos integrados que permite aos indivíduos aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, de modo a tomar decisões informadas e a gerir a sua

saúde de forma eficaz. Esta capacidade é reconhecida como um pilar essencial para a promoção da saúde e o bem-estar pessoal e coletivo (Direção-Geral da Saúde, 2023).

O reconhecimento da LS como uma construção multifacetada e complexa tem-se fortalecido de forma notória no âmbito da saúde pública, particularmente em Portugal. O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 destaca a necessidade de capacitar a população, desde as faixas etárias mais jovens, para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis e para a navegação no sistema de saúde, sublinhando que a literacia em saúde é um fator determinante para os ganhos em saúde das populações (Revista Portuguesa de Literacia em Saúde, 2023)."

Figura 1. A perspectiva individual e organizacional na visão integrada da literacia em saúde



Nota. Fonte: Adaptado “Coletânea de Comunicações -Literacia em saúde, um desafio emergente”, p.12

Com base em quadros teóricos consolidados e de acordo com Andrade *et al* (2020,p28) as competências da LS em populações mais jovens podem ser articuladas em quatro dimensões interligadas:

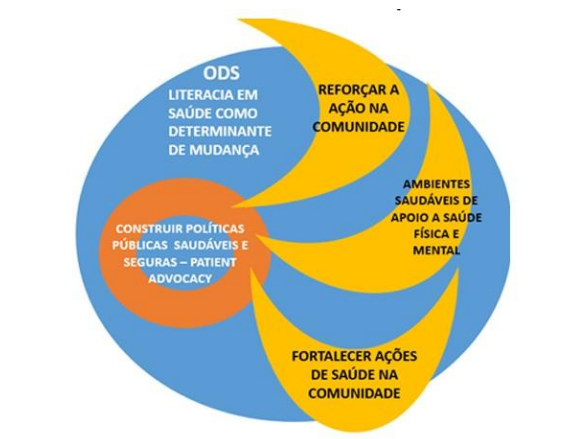
- **Acesso:** A habilidade de procurar, encontrar e obter informações de saúde provenientes de fontes confiáveis.
- **Compreensão:** A capacidade de interpretar e assimilar o conteúdo da informação de saúde recolhida.
- **Avaliação:** A aptidão para analisar e julgar criticamente a informação, de modo a discernir a sua credibilidade e relevância.
- **Aplicação:** A competência para comunicar e aplicar a informação avaliada, influenciando decisões e ações que visam manter e melhorar a saúde.

Estas competências estendem-se aos três domínios da saúde – cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde – e são sustentadas por uma base de conhecimento, aptidão e motivação. O desenvolvimento da LS desde a infância, em contextos de aprendizagem formal como o ambiente escolar, é crucial para incentivar estilos de vida saudáveis e para melhorar a saúde de toda a comunidade.

A inclusão da LS nos currículos escolares desde cedo é vista como uma estratégia-chave para o êxito das políticas de saúde. Esta abordagem, com uma visão a longo prazo, pretende que a LS se torne parte da aprendizagem ao longo da vida (Kickbusch et al., 2006). A investigação atual confirma que níveis mais elevados de literacia em saúde estão associados a uma gestão mais proativa da saúde pessoal, conduzindo, em última análise, a uma melhoria da qualidade de vida.

A **literacia em saúde** é reconhecida pela **Organização Mundial da Saúde (OMS)** como um fator crucial para o sucesso da **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. A OMS (2019) preconiza o reforço de iniciativas de promoção da literacia em saúde, destacando o seu papel na concretização plena dos **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. Este imperativo global tem sido espelhado no panorama nacional, onde se observa um **alinhamento estratégico** notório das entidades dos setores da saúde e social em Portugal com os ODS. Tal convergência manifesta-se, de forma evidente, através de várias abordagens, como o **envolvimento de stakeholders multidisciplinares** (incluindo instituições, empresas e o meio académico), a **partilha de boas práticas de intervenção** e a **investigação rigorosa das evidências** que demonstram a eficácia de determinadas ações, o seu contexto de aplicação e os seus mecanismos subjacentes.

Figura 2.- Literacia em saúde como determinante de mudança



Nota. Fonte: Adaptado “Coletânea de Comunicações - Literacia em saúde, um desafio emergente”, p.16

1.5 – Saúde Escolar- Promoção e Educação para a Saúde em Meio Escolar

A promoção e a educação para a saúde são ferramentas cruciais na prevenção de comportamentos aditivos e dependências, e o ambiente escolar surge como um espaço privilegiado e indispensável para esta intervenção. Ao criar um clima escolar positivo, a escola não só facilita a aprendizagem, como também contribui para o desenvolvimento integral dos jovens.

A abordagem portuguesa reflete esta visão. O *Programa Nacional de Saúde Escolar* (DGS, 2015) tem como princípio que “Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar”. Este conceito encontra-se em sintonia com as diretrizes internacionais, que definem a Educação para a Saúde como "qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes" (OMS, 1998). Esta definição contribui para a operacionalização da Promoção da Saúde, um processo que visa capacitar indivíduos e comunidades para gerirem e melhorarem a sua saúde (*Carta de Ottawa*, 1986).

A escola assume um papel ativo nesta missão. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2009, designou como Escola Promotora da Saúde (EPS) aquela que fortalece a sua capacidade de criar sistematicamente um ambiente favorável à aprendizagem e à saúde. Com base neste conceito, a Direção-Geral da Educação (DGE) apresentou o *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde* (PAPES) (2014), que se foca em áreas estratégicas, como a saúde mental, a educação alimentar, os comportamentos aditivos e a educação para a sexualidade, cujas finalidades são:

- Promover a literacia em saúde;

- Promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis;
- Valorizar comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis;
- Criar condições ambientais para uma Escola Promotora de Saúde;
- Universalizar o acesso à educação para a saúde em meio escolar;
- Qualificar a oferta da educação para a saúde em meio escolar;
- Consolidar o apoio aos projetos em meio escolar.

As finalidades do PAPES são amplas, abrangendo a promoção da literacia em saúde, a consolidação de valores e atitudes saudáveis, a valorização de estilos de vida benéficos, e a criação de ambientes escolares que fomentem a saúde. O programa visa também universalizar e qualificar o acesso à educação para a saúde, enquanto consolida o apoio a projetos escolares na área (DGS, 2015; DGE, 2014).

Esta abordagem alinha-se com as premissas do Plano de Ação para a Literacia em Saúde (PALS) 2019-2021. A evidência científica demonstra que estudantes saudáveis alcançam um melhor desempenho académico, e a educação formal é fundamental para capacitar crianças e adolescentes a desenvolverem a Literacia em Saúde. Esta competência vai para além do conhecimento teórico, englobando a capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde para tomar decisões informadas e responsáveis.

Assim, ao dotar os jovens de ferramentas para uma maior autonomia na gestão da sua saúde, a educação contribui diretamente para a sua qualidade de vida e para o sucesso escolar. A aposta na Literacia em Saúde em ambiente escolar é, portanto, uma estratégia crucial para o desenvolvimento de uma população mais saudável e uma sociedade mais consciente.

As crianças e adolescentes saudáveis aprendem melhor e têm mais sucesso. A educação capacita as crianças e adolescentes para o processo de literacia. Por seu lado, a educação e

saúde são determinantes para aumentar a literacia em saúde, condição facilitadora da tomada de decisão em saúde, pelas crianças e adolescentes. (Referencial de Educação para a Saúde [DGS],2017)

A relação intrínseca entre educação e saúde é um pilar estratégico em Portugal, tal como sublinhado no Plano de Ação para a Literacia em Saúde (PALS) 2019-2021. Este documento reconhece a importância de capacitar os cidadãos com as competências necessárias para gerir a sua saúde de forma informada. Ao apostar na educação, nomeadamente desde as fases iniciais da vida escolar, é possível desenvolver a Literacia em Saúde nas crianças e adolescentes. Esta capacitação vai além da simples transmissão de conhecimentos, englobando a capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde para tomar decisões responsáveis e promover o bem-estar.

Assim, uma população escolar mais instruída em saúde tende a apresentar melhores indicadores de bem-estar físico e mental, o que se reflete diretamente no seu desempenho académico. A educação, ao fornecer as ferramentas para uma maior autonomia na gestão da saúde, contribui de forma decisiva para a construção de uma sociedade mais saudável e mais capaz.

1.6 – Modelo Nola Pender na Promoção da Saúde

A intervenção em enfermagem, com foco na promoção de estilos de vida saudáveis, encontra no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender um referencial teórico central para a compreensão dos comportamentos humanos em saúde. Este modelo, alinhado a uma visão holística e que transcende o paradigma biomédico, enfatiza a capacitação de indivíduos e comunidades (Pender et al., 2014).

A valorização da promoção da saúde foi um processo impulsionado por marcos históricos como a *Declaração de Alma-Ata* (1977) e a *Carta de Ottawa* (1986). Estes eventos estimularam o desenvolvimento de diversas teorias e modelos, e o de Pender é particularmente relevante para projetos de promoção da saúde. Nola Pender dedicou a sua carreira ao estudo do comportamento e desenvolvimento humano, bem como aos processos de decisão individual sobre a saúde. O modelo original de 1982 foi progressivamente aprimorado com base em novas pesquisas, resultando na sua versão revista (Pender et al., 2014; Tomey & Alligood, 2018).

O MPS baseia-se em duas teorias fundamentais: a Teoria Cognitiva Social, que destaca a interdependência entre pensamento, comportamento e ambiente, e o Modelo de Motivação Expectativa-Valor, que postula que os indivíduos adotam comportamentos quando antecipam resultados positivos. Esta abordagem valoriza a capacidade de autorreflexão e autoavaliação, impulsionando a evolução pessoal em direção ao equilíbrio e à plena expressão do potencial de saúde. Estes processos são moldados pela interação recíproca entre a pessoa e o seu ambiente, realçando o papel vital dos profissionais de saúde ao longo de todo o ciclo de vida (Pender et al., 2014; Tomey & Alligood, 2018). Um dos principais objetivos do MPS é capacitar os enfermeiros a identificar os determinantes dos comportamentos de saúde para conceber intervenções eficazes que promovam estilos de vida saudáveis (Pender et al., 2014).

A aplicação do MPS no contexto escolar é fundamental como veículo de promoção da saúde das crianças e jovens, porque encontra na Escola, um ambiente ideal para a promoção da saúde, dado o tempo que crianças e adolescentes passam neste espaço (Pender et al., 2014). A escola também facilita o envolvimento de pais e pares, cuja influência interpessoal é um fator crucial para a adoção de comportamentos saudáveis. A sala de aula é um local privilegiado para desenvolver competências sociais e de resolução de problemas que ajudam a prevenir comportamentos de risco (Pender *et al.*, 2014).

A infância e a adolescência são períodos de maior vulnerabilidade a fatores de *stress* e consequentemente, a comportamentos de risco como o uso de tabaco e álcool. O papel dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro, é fundamental para ajudar os adolescentes a desenvolverem estratégias eficazes de *coping*, como a tomada de decisões e a busca de apoio social (Pender et al., 2014). A autoeficácia elevada é particularmente benéfica para a gestão do *stress*. Além disso, relações seguras e positivas com pais, pares e professores são essenciais para um desenvolvimento saudável e para a manutenção de comportamentos de saúde a longo prazo.

O MPS detalha o compromisso com um plano de ação como estratégia planeada para a adoção de um comportamento saudável. Aborda ainda as exigências e preferências concorrentes imediatas como comportamentos alternativos que podem comprometer a ação. As exigências, como responsabilidades familiares, têm pouco controlo individual, enquanto as preferências, como escolhas alimentares, são mais controláveis. Quando as exigências são priorizadas ou as preferências são escolhas não saudáveis, a adoção de um comportamento de saúde pode ser prejudicada (Pender et al., 2014; Tomey & Alligood, 2018).

O resultado do MPS é o próprio comportamento de promoção da saúde, ou seja, a forma como o indivíduo alcança resultados positivos em saúde. A adoção de comportamentos saudáveis, quando combinada com um estilo de vida saudável, resulta em ganhos de saúde como o aumento da capacidade funcional e uma melhoria na qualidade de vida (Pender et al., 2014).

Pender et al. (2014) sublinham que os indivíduos têm um grande potencial para a mudança autodirigida, impulsionado pela sua capacidade de autoconhecimento, autorregulação e resolução de problemas. A capacidade de gerar a mudança é a adoção voluntária de novos comportamentos para atingir objetivos definidos. Nesse sentido, o enfermeiro atua como um

facilitador, criando um ambiente favorável à mudança e apoiando a sua manutenção. O objetivo central é integrar a promoção e a prevenção da saúde no dia a dia de indivíduos, famílias e comunidades (Pender et al., 2014). O modelo também destaca que a saúde de uma comunidade é mais do que a soma das saúdes individuais, pois as características e os comportamentos coletivos influenciam a saúde geral.

1.7 – A Prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) na Escola

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) possui um conjunto de competências avançadas para intervir junto de grupos e comunidades, com o objetivo de os capacitar para alcançarem o seu máximo potencial de saúde. Este papel é formalmente reconhecido no Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que enfatiza a contribuição do especialista na capacitação de grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O ambiente escolar é um contexto estratégico para a atuação do EEECS. Conforme o Regulamento n.º 348/2015, um ambiente favorável à saúde é aquele que promove a proteção e a autonomia individual. Nesse sentido, o EEECS atua como gestor e coordenador de saúde escolar, desenvolvendo programas de saúde integrados e universais. As suas intervenções incluem a gestão de casos e a criação de um ambiente escolar seguro (Stanhope & Lancaster, 2008).

A prática do EEESCSP, em saúde escolar, é orientada pelo *Programa Nacional de Saúde Escolar* (PNSE) (DGS, 2015), que fomenta a parceria entre a saúde e a educação para assegurar o direito à saúde de toda a comunidade escolar. Esta abordagem holística é fundamental para a compreensão dos determinantes de saúde e para a promoção da literacia em saúde (DGS, 2015;

Ordem dos Enfermeiros, 2018). O processo de capacitação, um pilar do empoderamento comunitário, permite que indivíduos e comunidades tomem o controlo sobre os seus próprios problemas, contribuindo para a redução de desigualdades (Melo, 2020).

O PNSE articula seis eixos de intervenção para a saúde escolar, incluindo a capacitação, o ambiente escolar, as parcerias e a prevenção de comportamentos aditivos e dependências. É neste domínio que se insere a prevenção do consumo de álcool, uma área de particular importância. O *Referencial de Educação para a Saúde* (DGE, 2017) reforça esta abordagem, identificando a prevenção de comportamentos aditivos como um dos seus temas centrais.

As escolas, a família e os pares desempenham um papel crucial na prevenção do consumo de álcool. A adolescência é um período de grande vulnerabilidade a fatores de risco, sendo que a experimentação de álcool é comum e pode levar a problemas a longo prazo. Estudos recentes em Portugal evidenciam a importância de fatores como a pressão dos pares e a influência familiar na experimentação e no consumo de álcool entre os jovens (Marques et al., 2024). A prevenção deve ser abrangente e abordar os múltiplos fatores de risco associados.

É fundamental que o EECCSP esteja atento ao consumo de álcool no meio escolar, sensibilizando a comunidade para a sua prevenção e para as suas consequências, sem ignorar os múltiplos determinantes envolvidos (DGS, 2015). O desenvolvimento de competências pessoais e sociais, como a autoeficácia e a tomada de decisão, é essencial para que os jovens possam resistir à pressão e tomar decisões informadas e saudáveis.

A prática do EECCSP é centrada na relação interpessoal e no respeito pelas crenças e valores individuais (Nunes, 2020). O enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica para ajudar o indivíduo a realizar o seu projeto de saúde, promovendo um ambiente de confiança e elevando

o potencial de quem cuida. O objetivo é trabalhar com a comunidade, e não para ela, para que cada pessoa possa alcançar o seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

2. METODOLOGIAS E QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de intervenção foi elaborado com base na metodologia do Planeamento em Saúde e no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, tendo em consideração os objetivos definidos no Plano Local de Saúde da A (PLSA). Para a avaliação dos conhecimentos da população-alvo, foi utilizado o Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (QCaA).

2.1 – Metodologia de Planeamento em Saúde

O Planeamento em Saúde é um processo dinâmico e contínuo, fundamental para a gestão eficaz de políticas e serviços de saúde. Esta metodologia, concebida para orientar a melhoria da saúde da população, desenrola-se através de uma série de etapas interligadas que visam garantir a qualidade e a efetividade das ações (Imperatori & Giraldes, 1982).

O modelo de planeamento tradicionalmente aborda as seguintes fases:

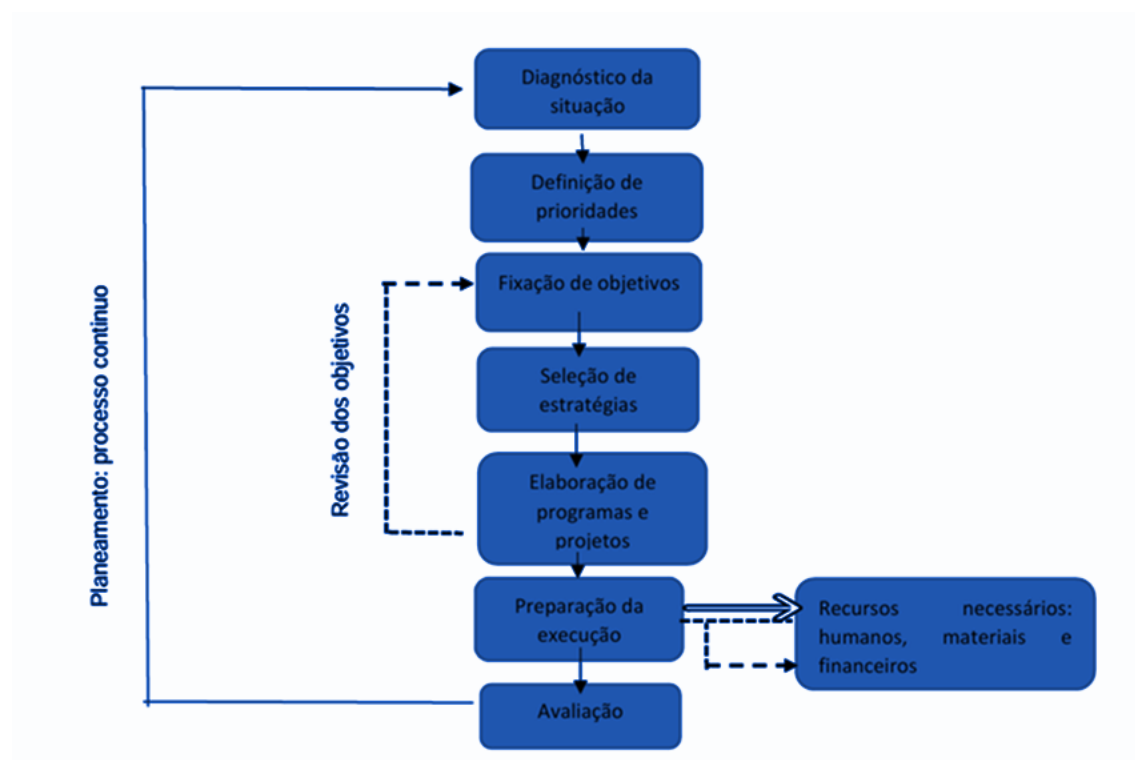
- Diagnóstico da situação: Uma análise inicial e abrangente da realidade de saúde de uma comunidade.
- Definição de prioridades: A identificação dos problemas mais urgentes e relevantes a serem abordados.
- Seleção de estratégias: O desenvolvimento de abordagens e intervenções para alcançar os objetivos.
- Elaboração de programas e projetos: A criação de planos de ação detalhados.
- Execução: A implementação das ações planeadas.
- Avaliação: A monitorização e verificação dos resultados e do impacto obtidos.

Esta metodologia de planeamento baseia-se numa análise integrada da comunidade, exigindo uma cooperação e coordenação a vários níveis para promover a mudança de comportamentos.

O seu objetivo principal é orientar a elaboração de planos e estratégias que contribuam para a melhoria da saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1982).

A figura ilustra visualmente este processo de planeamento em saúde, destacando a natureza cíclica e interdependente das suas etapas.

Figura 3. - Principais Etapas Processo de Planeamento em Saúde



NotaFonte: Adaptado de Imperatori e Giraldes, 1982, p.10

2.2 - População-alvo e amostra

A população-alvo é composta por estudantes do 7.º ano do 3.º ciclo do ensino básico de uma Escola Básica e Secundária da Península de Setúbal. A seleção deste grupo justifica-se pela

importância de atuar preventivamente numa fase de desenvolvimento em que os jovens podem ser mais vulneráveis a comportamentos de risco.

A amostra, do tipo não-probabilístico, por conveniência, integrou os alunos das turmas com as quais foi possível estabelecer um contacto mais direto e contínuo durante o período de estágio e cujos encarregados de educação autorizaram a participação. Os critérios de inclusão na amostra foram:

- a) Estar matriculado e a frequentar o 3º ciclo na EBS;
- b) Obter consentimento informado e esclarecido por parte do encarregado de educação;
- c) Manifestar o seu assentimento individual para participar nas atividades.

Foram excluídos os alunos cujos encarregados de educação não autorizaram a participação ou que, eles próprios, se recusaram a participar.

2.3 – Metodologia de recolha e análise dos dados

O instrumento principal para a avaliação dos conhecimentos sobre álcool foi o Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (QCaA), desenvolvido por Barroso, Mendes & Barbosa (2009). Este instrumento, validado e amplamente reconhecido, permite avaliar o nível de conhecimento da população-alvo sobre os efeitos e consequências do consumo de álcool a curto, médio e longo prazo, além de identificar mitos e conceitos erróneos associados. O QCaA é composto por 40 itens de resposta dicotómica (*verdadeiro/falso*), sendo 21 afirmações verdadeiras e 19 falsas.(Anexo I)

Adicionalmente, foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica para recolher dados para caracterização da amostra. Este questionário incluiu variáveis como idade, sexo, etnia e estrutura familiar. Foram ainda abordadas questões sobre a pessoa de maior proximidade e confiança e a existência de informação prévia sobre o tema, utilizando perguntas de formato fechado (*sim/não*) e de múltipla escolha.

A recolha de dados foi realizada após a obtenção do consentimento informado (Anexo II) dos participantes, em estrito cumprimento dos princípios ético-deontológicos que regem a pesquisa científica. Foram entregues em papel os consentimentos informados e esclarecido para serem assinados pelo encarregados de educação a 57 alunos do 7.º ano da Escola P. Foram recebidos pela mestrande vinte e um (21) consentimentos informados, o número que corresponde aos 21 questionários preenchidos pelos alunos avaliar os hábitos de consumo e o nível de conhecimento dos jovens sobre bebidas alcoólicas.

A privacidade e a confidencialidade das informações foram asseguradas durante todas as fases do estudo. O autopreenchimento dos questionários foi efetuado em papel na aula de Cidadania, sob a orientação da investigadora e do professor responsável pela disciplina. O tempo médio de preenchimento dos mesmos foi de cerca de 15 minutos.

A **análise dos dados** foi feita através de análise de conteúdo categorial e por análise estatística descritiva simples através do programa Excel.

A **análise dos dados** implicou a organização das 21 respostas dos alunos em três categorias: Dados Demográficos, Hábitos de Consumo e Conhecimentos. Esta estrutura padrão permite organizar as diferentes áreas de análise de forma clara e lógica.

A categoria Dados Demográficos permitiu caracterizar os 21 participantes do grupo e responder à questão “Quem são os participantes do questionário?”, antes de se apresentarem os resultados sobre consumos e conhecimentos. Esta contextualização da amostra incluiu a descrição das características do grupo que respondeu, como a idade e o género.

A categoria Hábitos de Consumo focou-se no comportamento dos alunos e respondeu à questão: “O que é que os alunos fazem quanto ao consumo de álcool?”. Através da análise dos

dados sobre o consumo de álcool, foi possível identificar o contexto e a frequência com que o mesmo é consumido. Esta análise permitiu avaliar o comportamento dos alunos de forma isolada, antes de o cruzar com o conhecimento que eles têm sobre o consumo de álcool.

A categoria Conhecimentos avaliou a compreensão dos participantes e respondeu à questão “O que é que os participantes sabem?”. A análise das respostas permitiu apurar o nível de conhecimento sobre o tema do álcool e, mais importante, identificar os mitos e as lacunas que precisam de ser corrigidas.

Esta análise de três frentes permitiu responder às questões “Quem são os participantes do questionário?”, “O que é que os alunos fazem quanto ao consumo de álcool?” e “O que é que os participantes sabem?”. Desta forma, foi possível discutir o tema de forma mais profunda e tirar conclusões mais precisas para o desenvolvimento de futuras ações, potencialmente transformadoras e com impacto positivo.

Para cada categoria, os valores foram agrupados da seguinte forma:

- Dados demográficos: Idade, género, nacionalidade, etc.
- Hábitos de consumo: Perguntas sobre se já beberam álcool e em que contexto.
- Conhecimentos: As 40 respostas do questionário QCaA. Das 40 afirmações que compõem o QCaA, 21 são afirmações verdadeiras (1, 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 17, 19, 21, 25, 26, 27, 30, 33, 35, 37, 38, 39 e 40), sendo as restantes 19 consideradas falsas (4, 5, 6, 9, 11, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 32, 34 e 36). A pontuação atribuída vai dos 0 aos 40 pontos, sendo a cada resposta correta atribuído 1 ponto. O total das respostas corretas atribui a pontuação final do questionário (Barroso *et al*, 2009).

A análise dos dados demográficos foi realizada através de uma contagem simples e com percentagens para cada variável, como a distribuição de idades, género e nacionalidade. A análise dos consumos foi calculada através da contagem de alunos que já tinham consumido álcool e das respostas sobre o tipo de bebida e o contexto de consumo.

Na análise do Conhecimento (QCaA) sobre o álcool, cada uma das 840 respostas individuais (21 alunos x 40 perguntas) foi comparada com a chave de respostas corretas, e o número total de respostas certas foi somado para cada aluno. A média geral de respostas corretas calculou-se através da soma total de respostas certas de todos os alunos, dividida por 21, o que resultou num valor de 28,5 respostas corretas em 40 perguntas. Identificaram-se as perguntas com as percentagens de respostas corretas mais altas e mais baixas para encontrar as áreas de maior conhecimento e os conceitos errados.

2.4 – Considerações Éticas

A profissão de Enfermagem, como disciplina autorregulada, é orientada por um quadro normativo rigoroso que define os princípios ético-legais e deontológicos do seu exercício. Este enquadramento está consagrado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) ([Ordem dos Enfermeiros] 1998, 2023). O respeito por estas normas é fundamental para garantir a integridade de todas as intervenções, incluindo o processo de investigação.

A pesquisa que envolve seres humanos exige a aplicação de princípios éticos que garantam a proteção dos participantes. De acordo com a metodologia de investigação-Fortin (Reis, 1999), os seguintes direitos éticos foram assegurados:

- Autodeterminação: A participação dos alunos no estudo foi inteiramente voluntária, sem qualquer forma de coerção.
- Privacidade, Anonimato e Confidencialidade: Os dados pessoais foram tratados de forma a impedir a identificação individual, seguindo as diretrizes do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD).
- Proteção contra Danos: O estudo foi concebido para não causar qualquer prejuízo físico, emocional ou psicológico aos participantes.
- Tratamento Justo e Leal: Todos os participantes foram informados sobre a natureza e os objetivos do estudo, condição essencial para a obtenção de um consentimento informado.

Dada a participação de menores em ambiente escolar, foram cumpridos procedimentos éticos e legais adicionais, essenciais para a validade e a legitimidade da investigação:

1. Aprovação por Comissão de Ética: O projeto foi submetido à comissão de ética da instituição de saúde-ULSA e obteve a sua aprovação antes de qualquer contacto com os participantes. (Anexo III)
2. Autorização Institucional: O projeto obteve autorização formal da Direção-Geral da Educação (DGE) através da plataforma Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME), bem como da Direção do Agrupamento de Escolas. (Anexo IV)
3. Consentimento Informado dos Encarregados de Educação: Os pais ou encarregados de educação foram devidamente informados sobre o estudo por escrito e o seu consentimento foi recolhido formalmente. (Anexo II)
4. Assentimento dos Menores: Além do consentimento parental, foi solicitado o assentimento dos próprios alunos. Eles foram informados numa linguagem adequada à

sua idade sobre os objetivos da sua participação e o seu direito de recusar ou desistir a qualquer momento, sem consequências.

5. Confidencialidade e Anonimato: Para proteger a privacidade dos participantes, os dados foram anonimizados através da atribuição de um número. A análise e divulgação são feitas de forma agregada, garantindo que ninguém pode ser identificado individualmente.

Estes procedimentos garantiram que a investigação fosse conduzida com o máximo de rigor ético, respeitando os direitos e a dignidade de todos os participantes.

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Este capítulo apresenta uma análise detalhada do contexto onde decorreu o estudo, com o objetivo de fornecer uma imagem clara da realidade, identificar os problemas existentes e contextualizar a intervenção de enfermagem. O diagnóstico de situação constitui a fase inicial e fundamental de qualquer processo de planeamento em saúde, visando identificar e compreender as necessidades de uma população específica (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990). Este processo é crucial para o desenvolvimento de intervenções eficazes e que respondam diretamente aos desafios de saúde existentes.

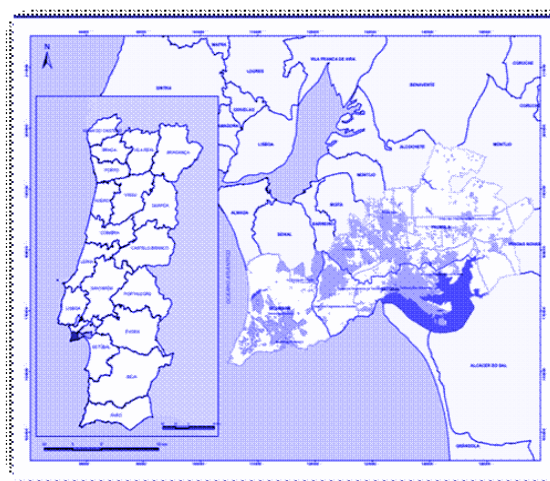
3.1- Caracterização Geosociodemográfica do concelho do contexto de Estágio

Uma comunidade pode ser definida como um grupo de indivíduos que se une através de um senso de pertença, identificando-se com valores, normas, interesses e preocupações partilhadas (Anderson & McFarlane, 2023). De facto, a essência de uma comunidade reside na partilha de aspectos cruciais das suas vidas, seja através de direitos e privilégios comuns (como os cidadãos de uma cidade), interesses partilhados (por exemplo, uma comunidade de artistas) ou a submissão a leis e regulamentos semelhantes (como um grupo académico). No contexto geográfico, uma comunidade é delimitada por fronteiras físicas, podendo abranger um bairro, uma aldeia ou uma cidade inteira (Santos & Silva, 2024).

O presente projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido na União de Freguesias de um concelho do distrito de Setúbal, que faz parte da Área Metropolitana de Lisboa (NUTS II) (Instituto Nacional Estatística, 2024). O concelho insere-se na Reserva Natural do Estuário do Sado e no Parque Natural da Arrábida, localizado a aproximadamente 40 km de Lisboa. Sendo um dos 18 municípios da Área Metropolitana de Lisboa (AML). O concelho é extenso, com uma área de 465,1 km², e integra quatro freguesias: uma que é sede do concelho, outra que é o

No mapa acima é possível identificarmos a localização geográfica e respetivas dimensão espacial dos concelhos da área metropolitana de Lisboa. O mapa abaixo permite identificar municípios do distrito de Setúbal.

Figura 5. *Mapa representativo da delimitação dos Municípios da Península de Setúbal*



Nota. **Fonte:** Adaptado CMP, DRHO-SIG

O aumento populacional de 43,5% registado na década de 2011-2021 concentrou-se maioritariamente nas freguesias mais urbanas. A União das Freguesias mais rural contribuiu com apenas 5,5% desse crescimento e registou um aumento de densidade populacional de 1,6%, um valor significativamente inferior ao acréscimo de 40,9% verificado no restante do concelho (CMP, 2025).

As projeções demográficas para as próximas décadas em Portugal indicam uma intensificação do declínio populacional, impulsionado, em grande parte, por um saldo natural negativo. Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos a 2021 evidenciam esta tendência, registando um total de 79.582 nascimentos e 124.802 óbitos em território nacional (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Este cenário resulta num diferencial negativo de 45.220

indivíduos, o que, em média, traduz-se em cerca de 124 mortes diárias a mais do que nascimentos (CMP, 2023).

O concelho, apesar do seu crescimento populacional recente, acompanha a tendência de saldo natural negativo. Durante o mesmo período de 2021, o município registou 580 nascimentos contra 896 óbitos, resultando num diferencial negativo de 316 (CMP, 2023).

Uma **análise da estrutura etária** do concelho revela um envelhecimento populacional tanto a nível nacional como local. Em conformidade com o panorama português, o concelho tem observado uma diminuição significativa do contingente jovem e um aumento expressivo da população com 65 ou mais anos (CMP, 2023).

Tabela1. *Evolução da Estrutura Etária da População Residente no Concelho (nº e %)*

Palm ela	0-14	15-24	25-64	>=65	Total	0-14	15-24	25-65	>=65	Total
2021	9.994	7.731	36.56	14.56	68.85	14,52	11,23	53,10	21,15	100
			3	4	2					
2011	10.68	6.205	34.97	10.97	62.83	17,00	9,88	55,67	-	100
	0		5	1	1				17,46	
<i>Var.</i>	-686	1526	1588	3593	6.021	-2,48	1,35	-2,57	3,69	

Nota. **Fonte:** Adaptado CMP - INE-CENSOS 2021 e 2011, consultado 12 abril 2025

Tabela2. *Estrutura Etária da População Residente em 2021 (nº e %)*

	0-14	15-24	25-64	>=65
Portugal	12,87	10,52	53,18	23,43
AML	14,33	10,82	53,23	21,62
Concelho de Palmela	14,52	11,23	53,10	21,15

Nota. **Fonte:** Adaptado CMP - INE/CENSOS 2021, consultado 12 abril 2025

É de notar a redução do peso relativo do grupo etário de 25-64 anos, mesmo que em valores absolutos este grupo tenha crescido no período analisado. Contudo, comparando o concelho com a Área Metropolitana de Lisboa (AML) e o resto do país, o concelho destaca-se positivamente em alguns aspetos da sua estrutura demográfica. A percentagem de jovens (14,52%) é superior à da AML (14,33%) e, sobretudo, à de Portugal (12,87%). Em contrapartida, a proporção de indivíduos com mais de 64 anos (21,15%) é inferior à da AML (21,62%) e significativamente menor do que a média nacional (23,43%) (CMP, 2023). Este perfil etário mais equilibrado no concelho sugere uma dinâmica demográfica relativamente mais favorável em comparação com o contexto nacional.

3.2 - Caracterização das Unidades de Saúde em Contexto de Estágio

O estágio desenvolveu-se em duas unidades distintas, que colaboram em paralelo, a Unidade de Saúde Pública e na Unidade Cuidados na Comunidade P, ambas pertencentes à ULSA.

A ULS A resultou da fusão do Centro Hospitalar de S, EPE e do Agrupamento de Centros de Saúde A. A sua área de abrangência direta inclui três concelhos que, de acordo com os Censos de 2021, somavam 244.732 residentes. A ULS presta também apoio hospitalar a utentes da Administração de Saúde do Alentejo e da parte norte do distrito de Setúbal.

A população residente nestes concelhos registou um crescimento de 4,8% entre 2011 e 2021 (Censos, 2021). A análise socioeconómica revela disparidades regionais, com o concelho estudado a apresentar um ganho médio mensal superior às médias nacional e regional, enquanto os restantes dois se encontram abaixo. A percentagem de beneficiários de Rendimento Social de Inserção (RSI) no distrito é superior às médias nacional (PORDATA,2024).

No que diz respeito aos determinantes sociais da saúde, o excesso de peso, o abuso de tabaco e álcool, e o uso de drogas destacam-se como as condições mais prevalentes na população residente, de acordo com o Perfil Local de Saúde da ARSLVT de 2020 (ARSLVT, 2020). Estes dados reforçam a necessidade de intervenções focadas na prevenção e promoção da saúde.

A ULS A é composta por dois hospitais e por uma vasta rede de unidades, incluindo Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

3.2.1 - Unidade de Saúde Pública

A USP A - PS, onde foi realizado o estágio de 31 março a 28 abril de 2025, era à data composta por a equipa multidisciplinar de três Médicos Especialistas em Saúde Pública, dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, uma Enfermeira Generalista, quatro Técnicos de

Saúde Ambiental e três Técnicos Administrativos. A composição e a organização destes recursos humanos seguem uma matriz funcional que visa otimizar a resposta às necessidades da população. A estrutura física da unidade, com gabinetes médicos e de enfermagem, bem como espaços dedicados ao atendimento ao público e às equipas técnicas, reflete a diversidade das suas funções.

O planeamento e a intervenção em saúde pública inserem-se num quadro legal e organizacional bem definido, no qual as Unidades de Saúde Pública (USP) desempenham um papel central. De acordo com o enquadramento legislativo atual, compete a estas unidades a "gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos" (Decreto-Lei n.º 137/2013). Esta competência sublinha a sua importância estratégica na articulação entre as diretrizes nacionais e as necessidades locais.

A promoção da saúde e a prevenção da doença são elevadas a prioridades políticas, em alinhamento com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030. Este enquadramento conceptual sustenta-se na visão de que uma população com melhores indicadores de saúde é um fator crítico para uma sociedade mais produtiva e competitiva (Ministério da Saúde, 2018).

O *Plano Local de Saúde A* (2019-2023), um documento que alinha as diretrizes do Plano Nacional de Saúde com as especificidades locais. A Unidade de Saúde Pública (USP A) é a responsável pela sua criação, desempenhando um papel fundamental de análise e planeamento.

A diversidade de contextos, que inclui tanto zonas urbanas como rurais, impõe um desafio de adaptação das estratégias de saúde pública às particularidades sociodemográficas de cada freguesia.

A elaboração deste plano baseia-se na identificação das principais carências e problemas de saúde da população dos concelhos abrangidos pela ULS A. Os seus objetivos incluem:

- Melhorar a saúde da população local.
- Alinhar os objetivos dos diversos parceiros e da comunidade para otimizar a utilização de recursos e gerar valor em saúde.
- Capacitar a comunidade da ULS A através da literacia em saúde, promovendo a prevenção e proteção de doenças.
- Apoiar a criação de projetos e programas de educação para a saúde, envolvendo múltiplos parceiros.
- Estimular parcerias locais entre a saúde, educação, autarquias, ação social e forças de segurança, promovendo o desenvolvimento e a cidadania. (PLSA,2019-2023)

Ao longo do estágio na USP S foi possível assistir e participar em reuniões de saúde escolar com professoras PES de três escolas secundárias e uma da escola primária. Reuniões estas que tiveram como objetivo avaliar situações de saúde de alguns alunos, para preencher o PSI (Plano Saúde Individual), de salientar uma situação de alergia ao giz, e, todos os procedimentos necessários relativos a esta situação pouco comum.

Foi possível assistir ao processo de vacinação da Vacina Monkey Pox, ao grupo de risco previamente agendado de acordo com norma vigente (AnexoV).

Foi possível participar no processo de vacinação com vacina anti-Hepatite A, a um grupo da comunidade de etnia cigana durante o surto de Hepatite A vigente á data, (Anexo VI), assim como participar na investigação através da avaliação dos comportamentos dos vacinados e suas famílias, com as informações a serem disponibilizadas no SINAVE (Sistema de Informação Nacional Vigilância Epidemiológica).

Foi possível também participar nas reuniões da equipa multidisciplinar da USP A, assim como consultar o dossier dos acidentes em serviço, analisar os mais frequentes e inteirar - se do processo de condução dos mesmos.

3.2.2 - Unidade Cuidados na Comunidade P - UCC P

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) são, no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), estruturas funcionais essenciais que integram o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). A sua missão principal é a prestação de cuidados de saúde de proximidade e de enfermagem à população, tanto no domicílio como na comunidade, em articulação com outras unidades funcionais do ACES e com outros serviços e instituições (Ministério da Saúde, 2018). O seu trabalho foca-se na promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação, respondendo às necessidades de saúde de um grupo populacional específico.

A segunda metade do estágio, decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade P (UCC P), inserida na Unidade Local Saúde (ULS), atua no concelho de P e assume um papel crucial na prestação de cuidados de saúde comunitária. A equipa multidisciplinar da UCC, composta por enfermeiros, médicos, assistentes sociais e outros profissionais, desempenha um papel fundamental na identificação de problemas de saúde, na elaboração de planos de intervenção e na implementação de ações que visam capacitar a comunidade para a gestão da sua própria saúde.

No âmbito da enfermagem, a atuação da UCC P abrange diversas áreas, em linha com o modelo de cuidados de enfermagem comunitária (Pinto *et al.*, 2017):

- **Cuidados de Saúde Domiciliários:** Prestação de cuidados de enfermagem a indivíduos em situação de dependência, doença crónica ou no período pós-alta hospitalar, no seu

próprio domicílio, nomeadamente no âmbito da ECCI (Equipa Cuidados Continuados Integrados) enquanto resposta da RNCCI (Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados).

- **Saúde Escolar:** Intervenção no meio escolar, através de programas de promoção da saúde e prevenção da doença, como é o caso deste projeto, que visa abordar o consumo de álcool entre adolescentes.
- **Cuidados de Saúde Comunitária:** Intervenções junto de grupos populacionais e da comunidade em geral, visando a melhoria dos determinantes sociais e a promoção de estilos de vida saudáveis.

A UCC P, pela sua proximidade com a população, está numa posição estratégica para identificar as necessidades de saúde locais. A sua atuação baseia-se num diagnóstico de saúde da comunidade, o qual permite direccionar os recursos para as áreas mais carenciadas. É neste contexto que a equipa de enfermagem da UCC P se torna um agente de mudança, promovendo a literacia em saúde e capacitando os cidadãos para a adoção de comportamentos mais saudáveis. A sua intervenção em saúde escolar, em particular, é vital para o desenvolvimento de competências em populações jovens e vulneráveis, (Nunes *et al.*, 2022).

Na sua essência o Programa Nacional de Saúde Escolar continua a privilegiar três áreas principais de atuação. Uma área de capacitação e literacia em Saúde/Promoção da Saúde dos alunos e comunidade escolar. Uma área Ambiental reorientada para uma avaliação de risco em relação à higiene e segurança das escolas e para a literacia em saúde virada para o desenvolvimento sustentável. Um terceiro eixo que se prende com a Saúde individual numa lógica inclusiva e de respostas a crianças com necessidades de saúde especiais. (Relatório Saúde Escolar, ULSA. 2022/23).

O trabalho desenvolvido pela ULSA (USP e UCC's) no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), coloca a ênfase na promoção da saúde, na educação para o bem-estar e na capacitação de toda a comunidade escolar, indo além do simples acompanhamento de problemas de saúde.

A ULSA, em sintonia com o PNSE, estrutura a sua intervenção em três pilares centrais:

- **Capacitação e Literacia em Saúde:** Este pilar visa dotar alunos e toda a comunidade escolar de conhecimentos e competências que lhes permitam tomar decisões informadas e responsáveis sobre sua saúde. Utiliza a metodologia de projeto, fundamental para essa abordagem, pois estimula a participação ativa e o desenvolvimento de competências.
- **Ambiente Escolar e Saúde:** A preocupação com a segurança e a higiene dos espaços escolares é reorientada para uma perspetiva mais ampla, que inclui a literacia em saúde para o desenvolvimento sustentável. Isso reflete uma visão moderna, onde o ambiente físico e social da escola é reconhecido como um determinante crucial da saúde.
- **Saúde Individual e Inclusão:** A atenção às necessidades de saúde individuais, especialmente de crianças com necessidades especiais, é um eixo essencial para garantir que a saúde escolar seja verdadeiramente inclusiva e equitativa. (PNSE,2015)

A atuação da Saúde Escolar da ULSA A, além das três áreas principais, abrange os seis eixos do PNSE (Capacitação, Ambiente, Condições de Saúde, Qualidade e Inovação, Formação e Parcerias). A adoção da abordagem de Escolas Promotoras de Saúde foi a estratégia central para a implementação dessas ações, demonstrando um compromisso com uma visão holística e participativa.

3.2.3-Atividades Desenvolvidas no Âmbito da Saúde Escolar e Comunitária

Durante o estágio, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade P (UCC P), foi possível integrar a equipa de saúde escolar e participar ativamente em diversas iniciativas. Estas ações abrangeram diferentes níveis de ensino e demonstraram uma forte articulação com a comunidade.

As ações em saúde escolar desenvolvidas nas escolas focam-se em cuidados diretos de enfermagem e na promoção da saúde.

- Nas Escolas Secundárias afetas á UCC P, o "Espaço Saúde" está aberto uma vez por semana às segundas, quartas e sextas-feiras das 10h 20min às 12h20 min ao longo do ano letivo. A procura da consulta pelos estudantes, centra-se mais em temas como a sexualidade e a contraceção, assim como os consumos de substâncias aditivas (tabaco, álcool, etc). Podendo contudo, ser abordada qualquer situação de saúde que os preocupe. Aqui, através de uma consulta de enfermagem e da avaliação de sinais vitais despistam-se sinais de alerta relativamente a doenças cardiovasculares e concomitantemente faz-se a avaliação da vacinação, principalmente à comunidade escolar adulta.
- Escola BSP: A Feira da Saúde, a 29 de abril, envolveu a comunidade escolar e parceiros externos como a Unidade Móvel de Saúde, o Pólo de Saúde Pública de P e a farmácia comunitária local.

No decorrer desta iniciativa foi feita uma palestra, aos alunos do 9.º ano, de um painel sobre profissões da saúde (enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição e farmácia), com a participação de um profissional de cada área e na qual a mestranda participou.

(Apêndice I)

- Educação para a Saúde (Ensino Básico): Foram dinamizadas sessões de educação para a saúde relativas à prevenção da pediculose em diversas Escolas Primária (Apêndice II).
- Familiarização com os Serviços de Saúde (Ensino Pré-Primário): Numa escola do PN, desenvolveu-se uma ação de educação para a saúde, em parceria com a USF PS no âmbito do projeto “USF dos Pikininos”, com o objetivo de familiarizar as crianças com os serviços de saúde e promovendo simultaneamente a importância da saúde oral. (Apêndice III)
- Na Escola Pré-Primária da LC, foi prestada orientação contínua, em reuniões com a equipa educativa sobre o acompanhamento de uma criança com diabetes tipo 1. (Apêndice IV)
- Na Escola B+S PN reuniu-se a equipa de saúde escolar, inclusive com o coordenador, enquanto mediadora de um conflito entre a equipa PES e a equipa de saúde mental do hospital de referência, relativamente a uma situação clínica de uma criança (Apêndice V).

Relativamente às parcerias e projetos comunitários, a colaboração com entidades locais foi um pilar central das atividades desenvolvidas ao longo deste estágio, destacando-se a parceria com o Município e as Escolas.

3.2.3.1 - Feira da Saúde do Agrupamento de Escolas JS

Este evento de grande dimensão registou a participação de mais de 800 alunos, oferecendo um total de 20 atividades, que incluíram rastreios, jogos, oficinas, distribuição de *kits* de saúde e livros. A mestranda participou ativamente nestas atividades, quer na construção de materiais quer no desenvolvimento das atividades. (Apêndice VI)

3.2.3.2 - Unidade Móvel de Saúde (UMS)

É um serviço inovador e essencial, que visa aproximar os cuidados de saúde da população, especialmente nas zonas mais rurais e com menos acesso aos centros de saúde tradicionais. A sua criação e operação resultam de uma colaboração entre o Município e a Unidade Local de Saúde A (ULS A), com um forte enfoque na promoção da saúde e na prevenção de doenças, uma estratégia para promover a literacia em saúde junto das comunidades.

O projeto "P Município + Saudável", do qual a UMS faz parte, tem como objetivo principal combater as desigualdades no acesso à saúde. O veículo está equipado com gabinetes para consultas e outros procedimentos clínicos, permitindo uma variedade de serviços diretamente nas comunidades. A UMS promove uma vasta gama de ações de literacia em saúde, rastreios e atendimento em serviço social, abordando temas cruciais como a prevenção de doenças cardiovasculares, a saúde mental, a nutrição, a atividade física e a prevenção de quedas.

Em 2024, a UMS concretizou 99 ações, beneficiando 2.755 pessoas em todas as freguesias do Concelho. As ações principais focaram-se na educação para a saúde (prevenção de consumos), promoção de um envelhecimento ativo, rastreios e vacinação.

A UMS tem uma presença frequente e estratégica na Escola BSP, na escola onde foi desenvolvido o PIC estando presente nas datas (29 de abril, 30 de abril, 28 de maio, 6 de junho e 11 de julho). Os alunos procuraram ativamente a UMS para abordar problemas pessoais, com

destaque para a sexualidade (nomeadamente procuram adquirir métodos contracetivos). Relativamente ao consumo de tabaco, foi feito o teste para avaliação de monóxido de carbono. Quanto ao álcool os alunos gostam de partilhar e são capazes de partilhar que consomem nas festas e até experiências que tiveram já alcoolizados.

Ainda aqui nesta escola, a comunidade adulta da mesma, recorre frequentemente à UMS para fazer as consultas de enfermagem, para avaliação de sinais vitais e despiste de complicações cardiovasculares. A mestranda teve oportunidade de participar também nestas atividades. (Apêndice VII)

3.2.4- Articulação com os Centros de Recursos para a Juventude (CRJ)

A articulação com os Centros de Recursos para a Juventude é um dos aspetos distintivos da atuação da Unidade Móvel de Saúde em P e a sua articulação com estes centros, localizados em P, PN e QA, são espaços dinâmicos dedicados à juventude, oferecendo diversas atividades e apoio. A colaboração com os CRJ permite à UMS levar ações de saúde direcionadas aos jovens, focando-se em temáticas relevantes para esta faixa etária.

Nestas ações, a Unidade Móvel de Saúde pode abordar temas como saúde sexual e reprodutiva, prevenção de consumos de risco, saúde mental e a importância de estilos de vida saudáveis. A proximidade com os CRJ facilita o acesso dos jovens a informação e cuidados, contribuindo para a sua capacitação e bem-estar.

Concomitantemente a mesma equipa que trabalha nos CRJ promove nas férias de verão o projeto “Jovens no Verão”, para jovens entre os 12 e os 17 anos. Nos dias 30 junho, 7, 14 e 21 julho foram efetuadas ações de formação pela UCC, relativas aos cuidados de exposição ao Sol e a importância da hidratação. (Apêndice VIII)

3.2.5 - UMS um serviço de proximidade às comunidades isoladas e população envelhecida

A UMS de P é um exemplo notável de como a proximidade e a colaboração podem transformar o acesso aos cuidados de saúde, indo além das estruturas tradicionais. Criada pelo Município de P em parceria com a Unidade Local de Saúde A, a UMS tem como missão levar serviços de saúde diretamente às comunidades, em especial às mais isoladas e com população envelhecida. O seu sucesso reside não apenas nos serviços que oferece, mas também na sua capacidade de se articular com o tecido social local, em particular com as associações recreativas. Estas funcionam como pontos de encontro, de convívio e de pertença, e é precisamente neste contexto que a UMS encontra um parceiro estratégico. A colaboração entre a Unidade Móvel de Saúde e estas associações permite:

- **Aproximar os Cuidados:** Em vez de esperar que a população se desloque a um centro de saúde, a UMS e as associações trabalham juntas para levar os serviços a um local já familiar e de fácil acesso para os residentes. As instalações das associações, como os salões ou as salas de convívio, tornam-se pontos de apoio para a UMS, facilitando a organização de consultas, rastreios e ações de sensibilização.
- **Promover a Literacia em Saúde:** Através das associações, a UMS consegue realizar sessões informativas sobre temas cruciais como a prevenção de doenças crónicas, a importância da vacinação, a saúde mental e os hábitos de vida saudáveis. A familiaridade do ambiente das associações encoraja a participação, quebrando a barreira da desconfiança e do isolamento.
- **Combater a Solidão:** Muitas associações são o principal ponto de convívio para os idosos. Ao levar a Unidade Móvel de Saúde a estes locais, a iniciativa não só presta cuidados de saúde, como também reforça a importância da saúde mental e do combate

à solidão. O acesso facilitado a cuidados, aliado ao convívio social, contribui para um envelhecimento mais ativo e saudável.

A parceria entre a Unidade Móvel de Saúde de P e as associações recreativas mostra como a inovação na saúde pública passa, muitas vezes, por uma abordagem comunitária. É um modelo em que a saúde deixa de ser um serviço meramente clínico e se torna parte integrante da vida social e comunitária, reforçando a coesão social e o bem-estar da população.

A UMS esteve presente junto das associações recreativas e centros de dia com o mesmo objetivos de sempre, serem prestados cuidados de enfermagem, principalmente na área da prevenção das doenças cardiovasculares, avaliação da vacinação e promoção da alimentação saudável e hidratação. A estudante conseguiu participar em atividades de educação para a saúde realizadas em uma Associação e em um centro de dia (Apêndice IX).

3.2.6 - A UCC P na Promoção da Saúde: Sarcopenia e Cuidados ao Recém Nascido

A sua abordagem à Sarcopenia é integrada e comunitária, complementando as ações realizadas pela Unidade Móvel de Saúde (UMS) e por outros serviços da ULSA. A UCC de Palmela desempenha diversas funções cruciais:

- **Educação e Sensibilização:** A UCC promove ações de educação para a saúde em diversos locais da comunidade, como associações, centros de dia e juntas de freguesia. A equipa de profissionais de saúde, composta por enfermeiros, nutricionistas e outros técnicos, explica o que é a sarcopenia, os seus riscos e, mais importante, como a prevenir através de uma nutrição adequada e da prática de exercício físico.
- **Avaliação e Monitorização:** A equipa da UCC tem um papel central na identificação de pessoas em risco de sarcopenia, especialmente através do acompanhamento de

idosos em contexto domiciliário. A avaliação da força, mobilidade e estado nutricional é crucial para detetar a condição precocemente e intervir antes que as consequências se agravem.

- **Articulação com a Rede de Apoio:** A UCC de P trabalha em estreita colaboração com a rede social local, incluindo as associações recreativas, as IPSS e o Município de P. Esta articulação permite criar programas de exercício físico adaptado e workshops de culinária saudável, com o objetivo de promover estilos de vida que previnam a sarcopenia e ajudem a manter a autonomia da população idosa.

Em suma, a UCC P, integrada na ULSA, é uma peça-chave na resposta ao desafio da sarcopenia. A sua atuação, focada na proximidade, na educação e na articulação com a comunidade, é um modelo de sucesso na promoção do envelhecimento ativo e saudável, garantindo que os idosos do município tenham acesso aos cuidados e ao apoio de que necessitam para manter a sua qualidade de vida e independência.

Neste sentido foi desenvolvida uma ação de educação para a saúde, com a UMS também presente, no dia 4 julho de 2025 (Apêndice X).

A UCC P, desempenha um papel fundamental no apoio à gravidez e à parentalidade, oferecendo o Curso de Preparação para o Parto. Este curso é um recurso essencial para as futuras mães e os seus parceiros, fornecendo-lhes as ferramentas e os conhecimentos necessários para viverem a gravidez, o parto e o pós-parto de forma mais informada e segura.

O curso é conduzido por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, que utilizam a sua experiência para abordar as questões sobre as mudanças físicas e emocionais durante a gestação, a importância do acompanhamento de rotina e os sinais de alerta a que se devem ter em atenção, assim como as Fases do parto, Pós-parto e Cuidados ao Recém-Nascido, Redução

da ansiedade e do medo. A informação clara e o ambiente de apoio ajudam a desmistificar o processo do parto, reduzindo o medo do desconhecido e contribuindo para uma experiência mais positiva.

O Curso de Preparação para o Parto da UCC P é mais do que um conjunto de aulas; é um serviço de apoio à comunidade que promove o nascimento consciente e a parentalidade informada, preparando as famílias para a grande aventura da vida. A mestrandia pode assistir a algumas dessas sessões. (Apêndice XI)

3.3 - O Panorama Socioeducativo

O panorama socioeducativo no concelho é um reflexo da complexa interação entre o desenvolvimento demográfico e as políticas de coesão social. A análise das dinâmicas de educação neste território e em particular em uma das freguesias rurais, ganha profundidade quando é considerada a sua semelhança com os territórios do Alentejo. Esta freguesia, caracterizada por um perfil predominantemente rural e pela estrutura de grandes propriedades agrícolas, partilha padrões socioeconómicos e culturais que a aproximam da região vizinha.

A rede escolar do Concelho P inclui um total de 46 Estabelecimentos de Educação e Ensino : 28 da rede pública e 18 na rede privada. (Carta Educativa de Palmela [CEP],2025)

A análise de dados demográficos, como os do Instituto Nacional de Estatística (INE), revela que, embora o concelho em 2021 acompanhe a elevação dos níveis de qualificação da população portuguesa, a evolução não é uniforme em todo o seu território (INE,2022). O diagnóstico social do concelho reforça esta conclusão, identificando assimetrias significativas que se manifestam nesta freguesia (CMP, 2023). Para além das questões relativas ao acesso à educação e ao combate ao insucesso escolar, o documento pode apontar para indicadores sociais específicos, como hábitos e consumo de álcool, que refletem uma cultura e um estilo

de vida mais alinhados com os padrões observados na região alentejana. Esta similitude demográfica e cultural coloca desafios específicos na formulação de políticas públicas que sejam eficazes para esta área.

Neste contexto, esta freguesia rural emerge como um território prioritário de intervenção, alinhado com os objetivos estratégicos do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR). O PRR representa uma oportunidade para abordar as fragilidades identificadas, financiando a modernização de infraestruturas, a transição digital e a capacitação da população. A aplicação de fundos do PRR nesta freguesia pode impulsionar iniciativas de qualificação profissional e programas de inclusão social, cruciais para reduzir as disparidades e reforçar a equidade. A intervenção direcionada pode atuar como um catalisador para transformar as vulnerabilidades em oportunidades, promovendo um desenvolvimento mais coeso e sustentável que integre as especificidades de um território com identidade singular.

As taxas de analfabetismo referem-se ao peso que a população de residentes com 10 ou mais anos que não sabe ler nem escrever, no total da população de residentes com 10 ou mais anos, ou seja, falam sobre a percentagem de indivíduos analfabetos existentes em cada território.

No último momento censitário, 2021, as taxas de analfabetismo das mulheres eram igualmente inferiores aos 5% - 4,6% no Continente, 3,1% na Península de Setúbal e 4% no Concelho P. O analfabetismo no Município tem maior incidência, em termos relativos, na freguesia onde está a ser desenvolvido o PIC, nomeadamente, em termos da população idosa e que radica nas características históricas e territoriais desta área, onde a “ruralidade” foi óbice à alfabetização de muitas pessoas até, sensivelmente, finais da década de 60. (CMP,2025)

A taxa de abandono escolar diminuiu também no mesmo período de 9,2% para 1,8%, enquanto a proporção de população residente com ensino superior aumentou de 1,9% para 14,7% aproximando-se dos valores nacionais no mesmo período. (CMP,2023)

A qualidade de vida e a coesão social de um território dependem, em grande medida, da sua rede de serviços e equipamentos sociais e educativos. No concelho esta rede reflete o dinamismo demográfico e as especificidades geográficas, apresentando uma infraestrutura que se expandiu para responder às necessidades de uma população crescente. Uma análise aprofundada baseia-se em documentos oficiais como o Diagnóstico Social do concelho e os dados do Censos 2021 (CMP,2023; INE, 2022).

A capacidade instalada de resposta social no concelho de P abrange diversas áreas de intervenção, com um foco particular em grupos etários vulneráveis, como crianças, idosos e pessoas com deficiência. O Diagnóstico Social de P documenta a rede de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e de outras entidades que operam no território, oferecendo serviços como creches, estruturas residenciais para idosos (ERPI) e serviços de apoio domiciliário (SAD) (CMP, 2023). A capacidade instalada nestas valências tem vindo a aumentar para acomodar o crescimento populacional, especialmente o envelhecimento, refletido no aumento do número de pessoas com mais de 65 anos. A diversificação das respostas, com a proliferação de serviços de apoio no domicílio, demonstra uma adaptação às novas necessidades das famílias.

Quadro1. Capacidade instalada no concelho por área de intervenção e resposta social

Área de intervenção / resposta social	Capacidade
Família e Comunidade	530
Família e Comunidade em Geral	530
Atendimento/Acompanhamento Social	200
Centro Comunitário	330
Infância e Juventude	1415
Crianças e Jovens	1046
Centro de Atividades de Tempos Livres	513
Creche	533
Crianças e Jovens com Deficiência	60
Intervenção Precoce	45
Centro de Atividades Ocupacionais	15
Crianças e Jovens em Situação de Perigo	309
Centro de Acolhimento Temporário	45
Centro de Apoio Familiar Acons. Parental	264
População Adulta	1747
Pessoas Adultas com Deficiência	55
Lar de Infância e Juventude	26
Lar Residencial	24
Residência Autónoma	5
Pessoas em Situação de Dependência	30
Serviço de Apoio Domiciliário (Dependência)	30
Pessoas Idosas	1662
Centro de Convívio	265
Centro de Dia	298
Estrutura Residencial para Idosos (Lar)	761
Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)	338
Total	3692

Nota Fonte: Adaptado CMP, consultado 12 abril 2025

A rede de estabelecimentos de educação e ensino em P é constituída por uma combinação de escolas públicas e privadas. A rede pública, organizada em agrupamentos de escolas, é a mais abrangente e serve a maioria da população, com equipamentos que vão do pré-escolar ao ensino secundário (CMP, s.d.). A sua distribuição pelo território é um fator crucial para garantir o acesso equitativo à educação básica, embora a dispersão geográfica do concelho continue a ser um desafio logístico. Em paralelo, a rede privada, composta por colégios e instituições de ensino particular, oferece uma alternativa que atende a diferentes expectativas e necessidades educativas, complementando a oferta do sistema público. A presença de ambas a rede contribui para uma diversidade de opções educativas, alinhada com as dinâmicas de um concelho que atrai uma população com um perfil socioeconómico variado.

Quadro2. Estabelecimentos de educação e ensino do concelho por tipo de rede

Estabelecimentos de educação e ensino		
Rede Pública	Rede Solidária	Rede Privada
EB1/ JI Joaquim José Carvalho	Centro Social de Palmela "A Árvore"	Colégio Infantes de Portugal
EB1 n.º 2 de Palmela	Jardim Infantil "Rouxinol"	Conservatório Regional de Palmela
EB1/ JI de Aires	Fundação COI	St. Peters's School
EB1 n.º 1 de Brejos do Assa	Jardim Infantil do Centro Social Paroquial de Pinhal Novo	Jardim Infantil "Nova Árvore"
EB1 n.º 2 de Olhos de Água	Jardim de Infância do Centro Social da Quinta do Anjo	Jardim de Infância Crescer no Campo
EB1/ CAIC Algeruz-Lau	Casa do Povo de Palmela - Centro Social de Lagameças	Jardim de Infância O Atelier Infantil
EB23 Hermenegildo Capelo	Centro Social de Palmela "A Cegonha"	Colégio O Mundo da Criança
Escola Secundária c/ 3.º Ciclo de Palmela	União Sol Crescente da Marateca "Os Cenourinhas"	Colégio do Pinhal
EB1/ JI Alberto Valente		Jardim Infantil A Quinta Guimarães
EB1/ JI Salgueiro Maia		Escola Básica da Comunidade Islâmica de Palmela
EB1/ JI Zeca Afonso		Externato "Nuno Álvares"
EB1/ JI António Santos Jorge		
EB1 João Eduardo Xavier		
JI de Vale da Vila		
EB1 da Lagoa da Palha		
EB1 de Arraiolos		
EB1 de Palhota		
EB1 de Batudes		
EB23 José Maria dos Santos		
Escola Secundária c/ 3.º Ciclo de Pinhal Novo		
EB1/ JI António Matos Fortuna		
EB1/ JI de Cabanas		
EB1/ JI do Bairro Alentejano		
JI n.º 1 de Olhos de Água, Palmela		
EB1 de Águas de Moura		
EB1/ JI de Cajados		
JI de Lagameças		
JI da Lagoa do Calvo		
EB23 c/ 1.º Ciclo José Saramago		

NotaFonte: Adaptado CMP, consultado 12 abril 2025

Em conclusão, a infraestrutura social e educativa do concelho reflete uma resposta organizada ao crescimento demográfico, mas revela assimetrias territoriais que exigem atenção contínua. A diversidade da oferta educativa e a capacidade instalada de resposta social no concelho demonstram a sua capacidade de adaptação, enquanto a rede de equipamentos em freguesias como Poceirão e Marateca destaca a importância de parcerias locais para promover a coesão social e a inclusão.

Apesar da robusta infraestrutura do concelho, a União das Freguesias enfrenta desafios particulares devido ao seu carácter predominantemente rural. A rede de serviços e equipamentos sociais neste território é essencial para mitigar a dispersão populacional e garantir a proximidade das respostas. O diagnóstico social municipal identifica entidades locais como a Associação dos Idosos e Reformados da Freguesia do P (AIRP) e a União Social Sol

Crescente da M (USSCM), que oferecem serviços vitais como centros de dia, apoio domiciliário e atividades comunitárias. Estes equipamentos, muitas vezes geridos por IPSS, assumem um papel central na prestação de cuidados aos idosos e no fortalecimento dos laços comunitários. O seu funcionamento é crucial para compensar a menor densidade de serviços públicos e assegurar que as necessidades da população local são atendidas de forma eficaz.

Apesar da robusta infraestrutura do concelho, a União das Freguesias de P e M enfrenta desafios particulares devido ao seu carácter predominantemente rural. A rede de serviços e equipamentos sociais neste território é essencial para mitigar a dispersão populacional e garantir a proximidade das respostas. O diagnóstico social municipal identifica entidades locais como as associações dos idosos e reformados da freguesia que oferecem serviços vitais como centros de dia, apoio domiciliário e atividades comunitárias. Estes equipamentos, muitas vezes geridos por IPSS, assumem um papel central na prestação de cuidados aos idosos e no fortalecimento dos laços comunitários. O seu funcionamento é crucial para compensar a menor densidade de serviços públicos e assegurar que as necessidades da população local são atendidas de forma eficaz (CMP,2023).

Quadro3. *Rede de serviços e equipamentos sociais das freguesias de P e M*

Equipamento	Resposta Social	Instituição	Natureza jurídica
Centro Comunitário de São Pedro	Centro Comunitário	Cáritas Diocesana de Setúbal	Institutos de Organizações Reli
Centro Social de Lagameças	Creche	Casa do Povo de Palmela	Casa do Povo
Centro Social de Lagameças	Centro de Atividades de Tempos Livres	Casa do Povo de Palmela	Casa do Povo
Centro Social de Lagameças	Centro de Dia	Casa do Povo de Palmela	Casa do Povo
Centro Social de Lagameças	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)	Casa do Povo de Palmela	Casa do Povo
A Cegonha	Creche	Centro Social de Palmela	Assoc. Solidariedade Social
A Cegonha	Centro de Atividades de Tempos Livres	Centro Social de Palmela	Assoc. Solidariedade Social
Lar de Terceira Idade Jardim de São Carlos	Estrutura Residencial para Idosos (Lar)	Lar de Terceira Idade Jardim de São Carlos, Lda.	Entidade Lucrativa
Jardim de Infância União Sol Crescente da Marateca	Creche	União Sol Crescente da Marateca	Assoc. Solidariedade Social
Jardim de Infância União Sol Crescente da Marateca	Centro de Atividades de Tempos Livres	União Sol Crescente da Marateca	Assoc. Solidariedade Social
Centro de Dia União Sol Crescente da Marateca	Centro de Dia	União Sol Crescente da Marateca	Assoc. Solidariedade Social
Centro de Dia União Sol Crescente da Marateca	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)	União Sol Crescente da Marateca	Assoc. Solidariedade Social

Fonte: Carta Social, MEE-GEE (consultada em novembro de 2023)

Nota. Fonte: CM, consultado 12 abril 2025

Em conclusão, a infraestrutura social e educativa do concelho reflete uma resposta organizada ao crescimento demográfico, mas revela assimetrias territoriais que exigem atenção contínua.

A diversidade da oferta educativa e a capacidade instalada de resposta social no concelho demonstram a sua capacidade de adaptação, enquanto a rede de equipamentos em freguesias como Poceirão e Marateca destaca a importância de parcerias locais para promover a coesão social e a inclusão.

3.4 – Apresentação e Análise dos Resultados do Questionário

A análise estatística dos dados recolhidos através do inquérito aplicado a 21 alunos do 7.º ano do 3º ciclo do ensino básico, teve como objetivo analisar o perfil sociodemográfico dos alunos e avaliar os hábitos de consumo e o nível de conhecimento dos jovens sobre bebidas alcoólicas. O questionário é composto por duas partes: um questionário de caracterização sociodemográfica e o Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (QCaA), desenvolvido por Barroso *et al* (2009), um instrumento de resposta dicotómica (*Verdadeiro/Falso*) com 40 itens. A análise dos dados visou caracterizar a amostra e avaliar o nível de conhecimento e os hábitos de consumo de álcool.

3.4.1 - Perfil Sociodemográfico dos Alunos

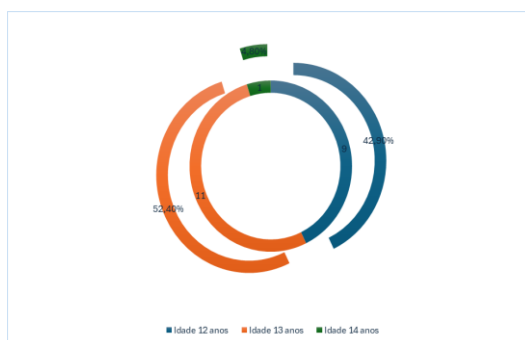
O presente estudo incluiu um total de 21 alunos do 7.º ano de uma escola de um concelho da AML, distrito de Setúbal. A caracterização final da amostra é apresentada de forma agregada e anónima, incluindo dados sobre o número total de participantes, a sua distribuição por ano de escolaridade, género e idade, de modo a contextualizar os resultados obtidos. Apresenta-se aqui o perfil sociodemográfico dos alunos participantes no estudo.

Gráfico 1. *Distribuição dos participantes por género.*



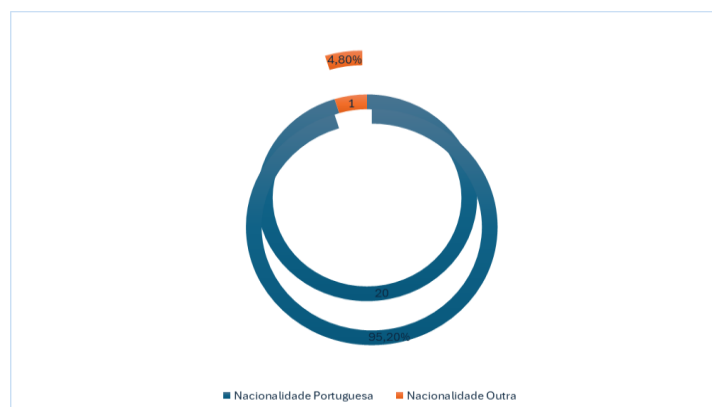
O Gráfico 1. mostra-nos que 57% da amostra é constituída pelo género feminino e 43% pelo género masculino.

Gráfico 2. *Distribuição dos participantes por idade.*



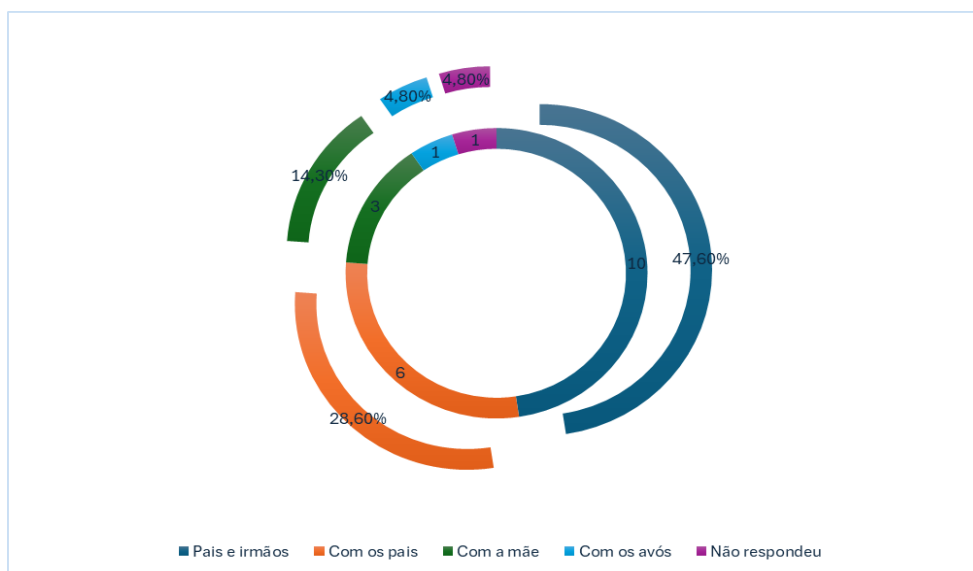
A idade dos participantes oscila entre os 12 e os 14 anos, conforme o Gráfico.2, sendo que mais de metade, 52,4% dos participantes têm 13 anos.

Gráfico 3. *Distribuição dos participantes por nacionalidade.*



Apenas um dos participantes é estrangeiro, sendo os restantes são de nacionalidade portuguesa de acordo com o Gráfico 3.

Gráfico 4. *Distribuição dos participantes de acordo com quem vivem*



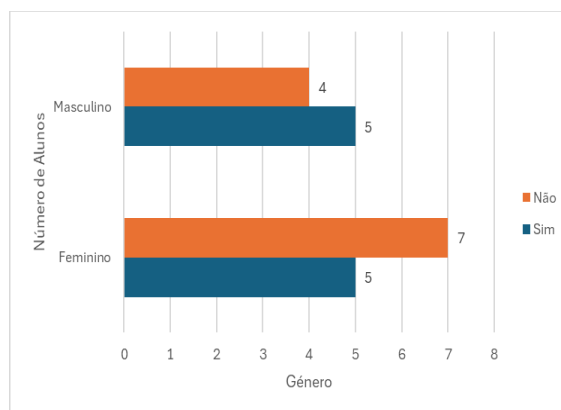
No Gráfico 4. é possível observar em relação ao agregado familiar que a maior parte dos alunos vive com os pais e irmãos. A análise revela também que a estrutura familiar é predominantemente nuclear.

3.4.2 - Hábitos de consumo dos alunos

Gráfico 5. Distribuição dos participantes de acordo com consumo de álcool (n=21).

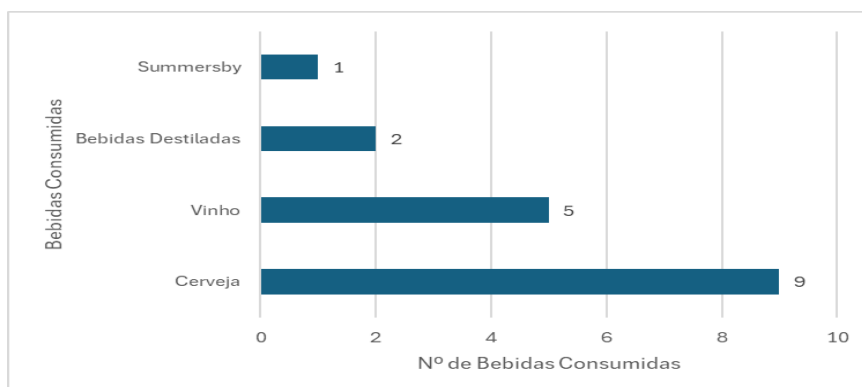


Gráfico 6. Consumo de álcool por género (n=21).



A análise dos dados (Gráfico 5) permite identificar que quase metade dos alunos inquiridos, 47,6% já consumiu bebidas alcoólicas, o que representa uma prevalência significativa nesta faixa etária. Relativamente ao consumo por género a diferença é apenas a de um aluno masculino a mais.

Gráfico 7. Prevalência dos tipos de bebidas consumidas pelos participantes (n=10).



Entre os alunos que já consumiram, a cerveja e o vinho são as bebidas mais populares (Gráfico 7). Este dado é relevante do ponto de vista da **saúde pública**, pois indica que o contacto com o álcool começa por bebidas de menor teor alcoólico, mas a elevada prevalência sugere que o consumo não é um comportamento isolado.

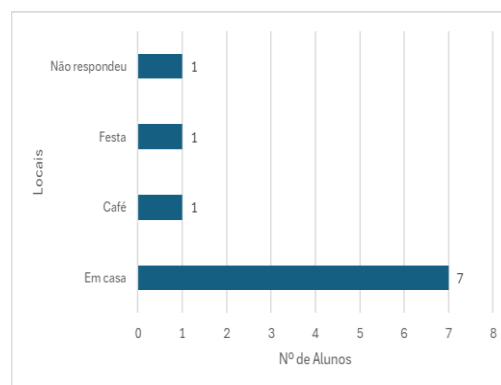
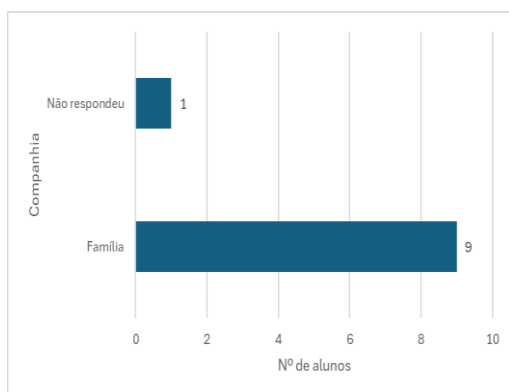
Tabela 3. Relação entre o Consumo de Álcool e o Local do Primeiro Consumo (n=21)

	Em casa	Festa	Café	Não Respondeu	Total
Consumiu Álcool	7 33,30%	1 4,80%	1 4,80%	1 4,80%	10 47,60%
Não Consumiu Álcool	0 0%	0 0%	0 0%	11 52,40%	11 52,40%
Total	7 33,30%	1 4,80%	1 4,80%	12 57,20%	21 100%

Nota. Fonte: A própria.

Gráfico 8. Distribuição dos participantes de acordo com a companhia no primeiro consumo de álcool (n=10).

Gráfico 9. Distribuição dos participantes de acordo com o local do primeiro consumo de álcool (n=10).

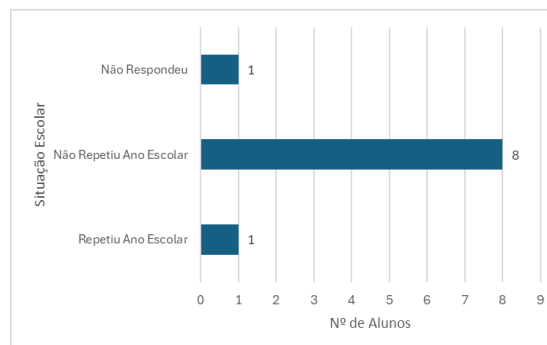


Os dados revelam que o primeiro consumo de álcool ocorreu predominantemente em casa e na companhia da família (Gráfico 8 e Gráfico 9). Esta descoberta é crucial para a **prática de enfermagem**, pois aponta para a família nuclear como o principal ambiente onde a exposição ao álcool acontece. Este contexto familiar sugere que o primeiro contacto com a substância não se dá, na maioria dos casos, em ambientes sociais com pares, mas sim num ambiente de aparente segurança e controlo.

Tabela 4. *Relação entre Consumo de Álcool e Repetição Escolar*

	Repetiu Ano Escolar	Não Repetiu Ano Escolar	Não Respondeu	Total
Consumiu Álcool	1 4,80%	8 38,10%	1 4,80%	10 47,60%
Não Consumiu Álcool	0 0%	10 47,60%	1 4,80%	11 52,40%
Total	1 4,80%	18 85,70%	2 9,50%	21 100,00%

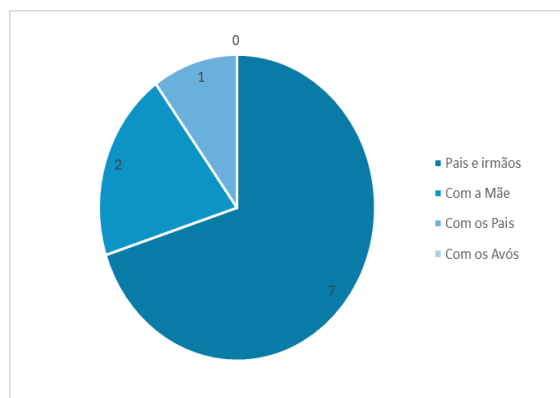
Gráfico 10. *Relação entre o consumo de álcool e a repetição escolar (n=10).*



A análise sugere, ainda, uma correlação preocupante com o **desempenho escolar**. O único aluno que repetiu um ano escolar faz parte do grupo que já consumiu álcool (Tabela 1 e Gráfico 10). Embora não seja possível estabelecer uma relação de causalidade com uma amostra deste tamanho, este dado serve como um **sinal de alerta** para a potencial associação entre o consumo de álcool e dificuldades académicas, o que pode justificar intervenções de enfermagem comunitária no futuro.

Tabela 5. Relação entre o Consumo de Álcool e o Agregado Familiar (n=21) **Gráfico 11.** Distribuição do agregado familiar entre os participantes que consumiram álcool.

	Com os Pais e irmãos	Com a Mãe	Com os Pais	Com os Avós	Total
Consumiu Álcool	7 33,3%	2 9,5%	1 4,8%	0 0%	10 47,6%
Não Consumiu Álcool	3 14,3%	1 4,8%	6 28,6%	1 4,8%	11 52,40%
Total	10 47,60%	1 4,80%	1 4,80%	12 57,20%	21 100%



A análise da relação entre o consumo de álcool e a estrutura familiar revela uma perspectiva importante. Embora não seja a maioria, o consumo de álcool tem uma representação notável no grupo que vive com a mãe (Tabela 2 e Gráfico 11). Esta observação é relevante do ponto de vista **psicossocial**, uma vez que a sobrecarga de responsabilidades e a ausência de um parceiro podem levar a um aumento do *stress* e, em alguns casos, ao uso de álcool como um mecanismo de *coping* (Mendes & Alves, 2022). O consumo de álcool da mãe, por sua vez, pode levar à diminuição da supervisão, da comunicação e do suporte emocional, e a falta de limites claros é um preditor significativo para o consumo de substâncias na adolescência (Smith & Johnson, 2022).

3.4.3 - Análise dos Conhecimentos sobre o Álcool (QCaA)

Quadro 4. Perguntas com a Maior Percentagem de Respostas Corretas (n=21)

Pergunta	Texto da Pergunta	% Respostas correctas
Q. 13	Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.	100,00%
Q. 21	As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebé.	100,00%
Q. 27	O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.	100,00%
Q. 2	O consumo de álcool pode causar dependência.	95,20%
Q. 8	As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.	95,20%

Nota. Fonte: A própria.

As perguntas com maior percentagem de respostas corretas (Quadro 4) revelam que os alunos têm um conhecimento sólido sobre as consequências mais graves e imediatas do consumo de álcool. A totalidade dos inquiridos (100%) reconhece que beber grandes quantidades pode ser mortal, que o álcool é prejudicial para o bebé de mulheres grávidas e que a substância chega rapidamente ao cérebro. Além disso, a maioria está ciente de que o consumo excessivo a longo prazo causa doenças e pode levar à dependência.

Quadro 5. Perguntas com a Menor Percentagem de Respostas Corretas (n=21)

Pergunta	Texto da Pergunta	% Respostas correctas
Q. 4	O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias.	4,80%
Q. 6	O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.	4,80%
Q. 36	O fígado está preparado para queimar qualquer quantidade de álcool.	4,80%
Q. 5	Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.	9,50%
Q. 38	O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.	9,50%

Nota. **Fonte:** Elaboração da própria.

Em contraste, as perguntas com a menor percentagem de respostas corretas (**Quadro 5**) expõem lacunas muito perigosas de conhecimento e mitos comuns. Apenas **4,8%** dos alunos sabem que o consumo de álcool é prejudicial mesmo que não seja diário e que o fígado não está preparado para queimar qualquer quantidade de álcool, e que o álcool não aumenta a força para trabalhar. As respostas incorretas a estas perguntas indicam que muitos alunos ainda acreditam em ideias erradas que podem encorajar o consumo de risco. A falta de conhecimento sobre a velocidade de absorção do álcool (**9,5%** de acerto) e a crença de que nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool também são fatores de risco significativos, especialmente no contexto da condução.

Tabela 6. Desempenho dos Participantes no QCaA

Aluno	Respostas Corretas	Respostas Incorretas	Respostas Corretas%
Aluno 1	30	10	75,00%
Aluno 2	26	14	65,00%
Aluno 3	24	16	60,00%
Aluno 4	22	18	55,00%
Aluno 5	31	9	77,50%
Aluno 6	28	12	70,00%
Aluno 7	26	14	65,00%
Aluno 8	29	11	72,50%
Aluno 9	22	18	55,00%
Aluno 10	33	7	82,50%
Aluno 11	35	5	87,50%
Aluno 12	24	16	60,00%
Aluno 13	32	8	80,00%
Aluno 14	28	12	70,00%
Aluno 15	29	11	72,50%
Aluno 16	31	9	77,50%
Aluno 17	25	15	62,50%
Aluno 18	34	6	85,00%
Aluno 19	27	13	67,50%
Aluno 20	30	10	75,00%
Aluno 21	31	9	77,50%

O nível de conhecimento geral sobre o álcool, para o grupo de estudo, revelou uma média de **28,43 respostas corretas** num total de 40 questões, o que corresponde a uma taxa de acerto de **71,08%**. Embora a percentagem de respostas corretas seja positiva, existiram variações significativas no desempenho individual, com os resultados a variarem entre os **55%** e os **87,5%**, evidenciando a necessidade de intervenções pedagógicas direcionadas.

3.5 – Identificação de problemas

Um problema de saúde é um estado de saúde que é compreendido como deficitário para um indivíduo e/ou comunidade (Imperator e Giraldes (1992). Ao concretizar o diagnóstico da situação, é expectável que no final do mesmo se identifique um conjunto de problemas. Assim, considerando a revisão da literatura, pesquisa bibliográfica e com base nos resultados obtidos

através do instrumento de recolha de dados, apuraram-se alguns problemas de saúde associados.

A análise dos resultados, conforme demonstrado na Tabela 4, expõe lacunas de conhecimento e a persistência de mitos sobre o álcool entre os alunos. Estes achados são cruciais e funcionam como a base para a identificação dos problemas de saúde, um passo fundamental no processo de planeamento em saúde e uma manifestação do raciocínio clínico do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

Dos problema identificados, destacamos o consumo de álcool e a baixa literacia em saúde sobre o consumo de álcool e seus riscos.. O *binge drinking*, por exemplo, é um padrão de consumo comum entre os jovens, e a sua prevalência está diretamente ligada à crença de que o consumo de álcool não diário é inofensivo. Esta perceção errada, partilhada por uma larga maioria dos alunos, subestima os efeitos negativos a longo prazo e os danos agudos para a saúde (OMS, 2022).

Para além disso, a falta de conhecimento sobre o metabolismo do álcool é alarmante. A falsa crença de que o fígado pode processar qualquer quantidade de álcool é perigosa e pode levar a um consumo excessivo. Esta ignorância, evidenciada pelos resultados, destaca a necessidade de intervenções que eduquem os jovens sobre a capacidade limitada do corpo para metabolizar o álcool (SICAD, 2023).

A manutenção de mitos, como o de que o álcool aumenta a força física, é um fator de risco adicional que pode justificar o consumo em contextos de esforço, aumentando a probabilidade de acidentes. A falta de conhecimento sobre a velocidade de absorção do álcool é igualmente perigosa, especialmente no contexto da condução, onde a perceção alterada dos reflexos e capacidades pode ter consequências fatais (Direção-Geral da Saúde, 2023).

Por fim, a crença de que nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool demonstra uma falta de conhecimento fundamental sobre a composição e classificação das bebidas, o que pode levar a um consumo não intencional ou à subestimação da quantidade de álcool ingerida.

Em síntese, estas lacunas de conhecimento e mitos não são apenas estatísticas; são os problemas que justificam a necessidade de uma intervenção educativa baseada em evidências. O planeamento deve focar-se em ações e programas que corrijam estes conceitos errados e promovam a literacia em saúde, capacitando os alunos a tomar decisões informadas e seguras sobre o consumo de álcool.

4.PRIORIZAÇÃO, OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS

A determinação de prioridades representa a segunda fase do planeamento em saúde, um processo de decisão fundamental para a ordenação dos problemas identificados e para a alocação de recursos escassos. Uma vez que é pragmaticamente impossível responder de forma eficaz e simultânea a todas as necessidades de uma população, a priorização torna-se essencial (Imperatori e Giraldes, 1992)

4.1 - Determinação de Prioridades

A priorização pode ser minimizada através da justificação dos critérios seleccionados. Os critérios clássicos mais utilizados são a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade (Imperatori & Giraldes, 1982). Embora existam outros critérios, a utilização de três a quatro destes fatores, de forma consensual, é considerada suficiente para um planeamento eficiente (Tavares, 1992). O presente projeto de intervenção em saúde escolar foca-se num problema crítico de saúde pública: o consumo de álcool na adolescência. Os resultados dos questionários permitem-nos identificar dois problemas:

- Consumo de álcool na adolescência
- Falta de conhecimentos sobre consumo de álcool e seus riscos
- Magnitude: O consumo de álcool é um grave problema de saúde pública, sendo um dos principais fatores de risco para a carga global de doenças. O consumo nocivo de álcool está associado a mais de 200 doenças e lesões (WHO, 2023), e em Portugal, o álcool continua a ser um fator de risco significativo para diversas patologias, como cirrose hepática, cancro e acidentes (DGS, 2022). O consumo de álcool por jovens em idades cada vez mais precoces demonstra que este é um problema que afeta diretamente a

população em estudo, podendo resultar em sérias consequências para a saúde a longo prazo.

- **Transcendência:** Apesar das mortes diretamente atribuídas ao consumo de álcool em Portugal se concentrarem predominantemente nas faixas etárias adultas, o início do consumo na adolescência acarreta consequências significativas e duradouras (DGS, 2022). O consumo de álcool em idades jovens tem sido associado a problemas de desenvolvimento neurológico, desempenho escolar deficiente, comportamentos de risco e a um maior risco de dependência na vida adulta (WHO, 2023). Desta forma, intervir na população jovem é crucial para alcançar ganhos em saúde futuros e prevenir a morbilidade e mortalidade associadas ao álcool a longo prazo.
- **Vulnerabilidade:** O consumo de álcool, sendo um fator de risco modificável, apresenta uma elevada vulnerabilidade (DGS, 2022). A prevenção do consumo em adolescentes, por meio da capacitação e do aumento da literacia em saúde, demonstra-se como uma estratégia fundamental. O investimento em promoção da saúde e educação nesta faixa etária pode contribuir para a adoção de escolhas mais saudáveis, pavimentando o caminho para uma geração futura mais capacitada e com menor probabilidade de desenvolver doenças crónicas relacionadas com o consumo de álcool.

Tabela 7. *Matriz de Priorização*

Problemas	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	PRIORIDADE
Consumo de álcool	2	3	1	2 ^a
Falta de conhecimentos sobre consumo de álcool e seus riscos	3	3	3	1^a

Nota Fonte: Elaboração própria

Assim foi considerada como problema prioritário para intervenção a falta de conhecimentos dos alunos sobre o consumo de álcool e suas consequências. Dadas as limitações de recursos, a intervenção foi concentrada na Escola BSP, que demonstrou o maior interesse e disponibilidade para a implementação do projeto, sendo este o local selecionado.

4.2 – Objetivos

Com base no diagnóstico de situação e nas estratégias principais de implementação, decidiu-se desenvolver um projeto de intervenção comunitária focado na literacia em saúde para a prevenção do consumo de álcool em adolescentes do 7.º ano do 3.º ciclo. O objetivo geral foi capacitar os adolescentes para aumentar o seu conhecimento sobre o consumo de álcool e diminuir os riscos associados. Os objetivos específicos foram:

- Planear e implementar sessões de educação para a saúde em literacia para a prevenção do consumo do álcool.
- Construir materiais pedagógicos para utilização nas sessões de educação para a saúde
- Capacitar os alunos do 7.º ano a tomar decisões mais seguras e informadas em relação ao consumo de álcool.
- Avaliar as mudanças nos níveis de conhecimento e nas intenções comportamentais dos alunos, em sessão de educação para a saúde, através de jogos.
- Analisar criticamente o Projeto desenvolvido.

Para avaliar o impacto do projeto, estabeleceram-se metas claras e indicadores de avaliação, conforme o Quadro.6.

4.3 - Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias em saúde constitui uma etapa crucial, sendo definida como o conjunto coerente de técnicas e abordagens, organizadas para alcançar um objetivo específico e mitigar problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1982). É fundamental que esta fase seja impulsionada pela criatividade e pela análise crítica de práticas existentes (Tavares, 1992).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender destaca-se como o referencial teórico fundamental que sustenta a seleção de estratégias. Este modelo visa motivar os indivíduos a atingir seu potencial máximo de saúde, auxiliando os profissionais de enfermagem a identificar os determinantes dos comportamentos de saúde e a incentivar estilos de vida saudáveis (Pender, 2011).

Em resposta ao diagnóstico situacional e aos objetivos estabelecidos, as estratégias foram concebidas para facilitar o planeamento e a implementação de ações de saúde, orientadas pelos princípios deste referencial teórico. A abordagem focou-se em duas estratégias principais:

- **Divulgação e Parcerias:** Criação de parcerias com a comunidade de saúde e a escola para uma abordagem multidisciplinar e colaborativa. A disseminação de informação (oral) baseada em evidências foi fundamental para sensibilizar e envolver todos os intervenientes no processo.
- **Educação para a Saúde:** Através de sessões educativas dirigidas aos alunos, o foco foi capacitá-los, abordando diretamente as lacunas de conhecimento e desmistificando crenças erradas, promovendo a literacia em saúde e a tomada de decisões informadas.

4.4 - Cronograma

Um projeto é considerado como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperator & Giraldes, 1982: 86).

Consequentemente, todas as atividades devem ser convenientemente programadas, sendo apresentadas em cronograma como forma de as identificar e delimitar o período temporal em que devem decorrer.

O Estágio I decorreu no período de 31 de março de 2025 até 01 de agosto de 2025. O cronograma com a calendarização das atividades do projeto de intervenção comunitária encontra-se no Apêndice XII.

5. INTERVENÇÕES/ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No planeamento em saúde, a formulação de programas e projetos é uma fase decisiva. Para o sucesso das intervenções, é essencial que as atividades do projeto sejam detalhadamente especificadas, alinhadas com os objetivos definidos (Nunes et al., 2019). Esta parametrização deve abordar as seguintes questões essenciais: o que deve ser feito, quem o fará, quando, onde, como, como será avaliada a atividade, qual o objetivo a ser alcançado e qual o custo associado (Bortolon et al., 2020).

Com base nestes princípios, foram delineadas e realizadas as seguintes atividades:

- **Divulgação do projeto:** nos primeiros dias de maio de 2025, Foram divulgados oralmente os resultados do diagnóstico de situação de saúde e do projeto de intervenção na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e na respetiva escola. Esta divulgação teve como objetivo apresentar os problemas identificados na população-alvo e evidenciar a relevância de uma intervenção multidisciplinar.
- **Envolvimento e Parcerias:** Estabeleceu-se uma parceria com a escola, envolvendo efetivamente a comunidade escolar, incluindo alunos, professores da disciplina de Cidadania e a professora coordenadora do Projeto de Educação para a Saúde (PES). Esta colaboração permitiu a otimização dos recursos humanos e materiais. A articulação com a equipa da Unidade de Saúde Pública e UCC foi crucial para compreender as necessidades específicas da comunidade escolar.
- **Sessões de Educação para a Saúde:** Foram realizadas sessões de educação para a saúde nos dias 30 de maio e 6 de junho de 2025, direcionadas para os alunos do 7.º ano, com o propósito de os capacitar a tomar decisões informadas sobre a prevenção do consumo de álcool. Inicialmente, estavam previstas intervenções em quatro turmas,

mas, por questões logísticas e de agenda da escola, a intervenção decorreu em apenas uma turma, definida pela equipa PES (Projeto Educação e Saúde) como a mais problemática quanto ao consumo de álcool. A intervenção decorreu em dois momentos de aulas distintas, com um intervalo de uma semana entre si. As sessões foram planeadas com recurso a metodologias ativas de participação, materiais pedagógicos e dinâmicas de educação não formal, com o trabalho focado nos resultados do questionário de diagnóstico.

5.1 Sessões de Educação para a Saúde

Primeira Sessão (Apêndice XVI): Esta sessão teve como foco abordar os conceitos e os mitos sobre o álcool, identificados como pontos de maior dificuldade de conhecimento no diagnóstico, com o intuito de capacitar os alunos para escolhas mais assertivas em situações de confronto direto com a possibilidade de ingestão de álcool. A sessão contou com a participação de 18 alunos e incluiu as seguintes dinâmicas:

- **Apresentação:** Uma dinâmica de grupo de "quebra-gelo" para promover a interação e o interconhecimento.
- **Conceito de Álcool:** Realização de um brainstorming em grande grupo para identificação de bebidas e consolidação do conceito de bebida alcoólica.
- **Mitos:** Utilização de um quadro com "garrafas flexíveis" que desvendaram o teor alcoólico de cada bebida, desmistificando crenças erradas.

- Malefícios: Apresentação dos malefícios do consumo de álcool nos órgãos principais através de uma escultura e cartões informativos.
- Avaliação da Sessão: Os alunos indicaram o que mais gostaram e o que aprenderam.

Segunda Sessão (Apêndice XVII): Esta sessão foi intitulada Bingo on Alcohol: Mitos a Derrubar, com o lema *"NO ALCOHOLL for ALL COOL"*. O objetivo foi avaliar e reforçar os conhecimentos de forma lúdica e participativa, promovendo o pensamento crítico e o combate a percepções sociais erradas sobre o consumo de álcool. A atividade principal foi um modelo híbrido de jogo pedagógico, dinamizado através de um Jogo de Tabuleiro: Quizz de Mitos (Dinâmica Bingo), durante qual a turma foi dividida em equipas, com líderes nomeados. Esta abordagem foi escolhida por aliar a avaliação de conhecimentos (o Quizz) ao envolvimento lúdico (o Bingo). O jogo utilizou 15 afirmações Verdadeiro ou Falso que correspondiam especificamente às questões do Questionário de Conhecimentos sobre o Álcool (QCaA) que obtiveram a Menor Percentagem de Respostas Corretas e as que continham mitos e percepções sociais.

A dinâmica desenvolveu-se da seguinte forma: um aluno voluntaria-se para ler a afirmação. Após a resposta das equipas, o mediador promovia a discussão e o debate entre os alunos. O aluno voluntário retirava o cartão da resposta e o mediador aproveitava esse momento para desmistificar a afirmação e consolidar o conhecimento. A dinâmica de Bingo serviu como sistema de pontuação e fator motivacional.

5.2 Construção de materiais pedagógicos

- Criação do JOGO AVB: Teor Alcoólico e Correção da Perceção de Risco

A intervenção metodológica não se limitou à aplicação de *quizzes* e dinâmicas de grupo; a criação e utilização de material concreto foi essencial para o processo de desmistificação do consumo de álcool. O recurso ao quadro Teor Alcoólico (ABV): A Exposição Real das Garrafas, justificou-se pela necessidade de transcender a mera apresentação de números e combater as perceções visuais erradas identificadas no questionário inicial.

Optou-se por este material para mover os alunos do conhecimento abstrato (percentagens de ABV) para a compreensão concreta do volume de álcool puro presente em diferentes bebidas (cerveja, vinho, destilados). Ao utilizar as garrafas flexíveis, foi possível demonstrar visualmente que:

- ✓ Doses Equivalentes: Pequenas quantidades de bebidas com elevado ABV contêm a mesma quantidade de álcool puro que grandes volumes de bebidas com baixo ABV.
- ✓ Correção de Mitos: Derrubámos eficazmente o mito de que "beber cerveja é mais seguro" ou "as bebidas destiladas são sempre mais potentes", ao demonstrar que o risco e a intoxicação dependem do volume total de álcool puro ingerido, e não apenas do tipo de bebida.

A natureza interativa deste material permitiu que os próprios alunos manipulassem as representações das doses, assegurando uma aprendizagem significativa e promovendo a interiorização de conceitos de ABV e de dose padrão. Esta abordagem visual revelou-se crucial para a nossa missão de capacitar os jovens para uma tomada de decisão informada. (Apêndice XIII)

▪ Construção de “Escultura Informativa”: do abstrato ao concreto

A mestranda contruiu um material pedagógico: uma Escultura Informativa que representa o corpo humano, utilizando cartões informativos para explorar os malefícios do consumo de álcool, utilizando um material que permitiu metodologias ativas, transcendendo a metodologia expositiva tradicional. Este material não foi selecionado/construído apenas pela sua novidade, mas pela sua capacidade de criar uma experiência de aprendizagem memorável e cinestésica, fundamental na sensibilização de jovens.

A importância desta ferramenta reside em três aspetos principais:

1. **Concretização do Dano:** Os malefícios do álcool são, frequentemente, conceitos abstratos para os jovens. A escultura, ao representar fisicamente o corpo, permitiu concretizar o impacto do álcool em órgãos vitais (fígado, cérebro, coração). Os cartões informativos, ao serem posicionados pelo aluno, transformaram a aprendizagem passiva numa descoberta ativa e direta da relação causa-efeito.
2. **Aprendizagem Cinestésica e Empática:** A interação física com a escultura (o toque, a colocação dos cartões) ativou a memória cinestésica dos participantes. Esta experiência tátil e visual tende a gerar uma conexão emocional mais forte, facilitando a internalização dos riscos e promovendo a empatia com as consequências do alcoolismo a longo prazo.
3. **Montagem como Metáfora:** O conceito de montagem da escultura serve como uma poderosa metáfora visual para o tema da saúde. Ao "construir" o corpo e a possibilidade de "construção" e de cuidado, reforça a mensagem de prevenção e empoderamento.

Em suma, a Escultura Informativa demonstrou ser uma ferramenta de sensibilização bastante poderosa, pois moveu o debate sobre o álcool do campo teórico para uma realidade física e pessoalmente explorada pelos alunos. (Apêndice XIV)

▪ Elaboração do Jogo “Bingo on Alcohol “ - A Eficácia do Jogo Híbrido: Do Lúdico à Consolidação do Conhecimento

A escolha do Jogo de Tabuleiro: Quizz de Mitos (Dinâmica Bingo) para a Sessão 2 fundamentou-se na necessidade de utilizar uma metodologia ativa capaz de resgatar os alunos da passividade da instrução direta. Contudo, reconhecemos que a introdução de elementos competitivos, como a dinâmica do Bingo, acarreta o risco de desviar o foco do conteúdo pedagógico para a competição e o resultado final.

Para evitar que o propósito educativo fosse perdido em favor do lúdico, a intervenção focou-se na figura do mediador. O sucesso do jogo não foi medido tanto pela equipa vencedora, mas sim pela qualidade da discussão gerada e pela consolidação do pensamento crítico.

A estratégia adotada para garantir o foco foi:

- ✓ Valorização do Processo: O momento mais crucial do jogo decorreu no intervalo entre a resposta inicial das equipas e a revelação do cartão da resposta correta. Neste período, o mediador estimulou o debate, questionando ativamente as equipas sobre os seus raciocínios e confrontando as suas crenças.
- ✓ Consolidação Estruturada: O mediador utilizou este espaço de discussão para desmistificar a afirmação e consolidar ativamente o conhecimento sobre o ABV, os riscos ou as consequências legais. Só após esta intervenção pedagógica é que a equipa foi autorizada a colocar a peça.

- ✓ **Ligação à Realidade:** As discussões foram sempre orientadas para a prevenção e a tomada de decisão, ligando o mito à sua implicação direta nas escolhas de saúde dos adolescentes.

Desta forma, o elemento "Bingo" serviu como um poderoso fator motivacional para garantir a participação ativa, enquanto o "*Quizz de Mitos*" cumpriu a função de avaliação formativa e contínua, assegurando que o foco primordial da intervenção era o conhecimento e a capacidade de raciocínio crítico.(Apêndice XV)

6. MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO

A monitorização e a avaliação constituem uma fase crucial do ciclo de planeamento em saúde, permitindo aferir a eficácia das intervenções, o alcance dos objetivos e a identificação de aspetos a melhorar. Este processo assegura que o projeto se mantém alinhado com as necessidades da população-alvo e que os recursos são utilizados de forma eficiente.

6.1 - Avaliação de Resultados e Indicadores

A avaliação dos resultados foi realizada através da análise dos dados recolhidos e da observação direta nas sessões de educação para a saúde. Os resultados do questionário de conhecimentos sobre o álcool (QCaA) e as interações observadas forneceram a base para esta avaliação.

- **Aumento do Conhecimento:** As sessões de educação para a saúde foram concebidas para abordar diretamente as lacunas de conhecimento e desmistificar os mitos identificados no questionário inicial. A interatividade das dinâmicas, como o jogo do teor alcoólico e a escultura dos malefícios, demonstrou ser eficaz na consolidação dos conceitos. A avaliação, através da participação ativa dos alunos na sessão e do jogo de tabuleiro, permitiu constatar um aumento do conhecimento sobre temas como a percentagem de álcool nas bebidas, os riscos do consumo esporádico e a capacidade limitada do fígado para metabolizar o álcool. Este processo de capacitação é fundamental para que os jovens tomem decisões mais seguras e informadas.
- **Satisfação dos Participantes:** foi aplicado um questionário de satisfação formal em que a maioria referiu estar satisfeito ou muito satisfeito (Apêndice XVI), assim como o *feedback* verbal dos alunos no final da primeira sessão ("gostei da forma como o assunto foi apresentado" e "aprendi que o álcool é prejudicial mesmo se não for consumido

todos os dias") sugere que a metodologia utilizada foi bem recebida. A natureza lúdica e interativa das atividades (jogos, dinâmicas de grupo, etc.) contribuiu para o envolvimento dos jovens e para a sua receptividade à informação.

- **Participação:** O projeto conseguiu envolver diretamente 18 alunos da turma selecionada para a intervenção, superando a expectativa inicial, o que demonstra a relevância do tema e a eficácia da abordagem utilizada

6.2 - Avaliação de Recursos e Cumprimento do Projeto

O sucesso da intervenção foi diretamente influenciado pela eficiente utilização dos recursos e pelo cumprimento das atividades planeadas.

- **Recursos Humanos:** A intervenção baseou-se na colaboração com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e com a equipa da escola (professor de Cidadania e professora coordenadora do PES). A articulação com estes profissionais, realizada por *e-mail* e através de reunião presencial dia 14 maio, foi crucial para a integração do projeto no contexto escolar e para a sua sustentabilidade. No entanto, a dificuldade em envolver os pais e encarregados de educação, com apenas um terço dos mesmos a assinar o consentimento, é uma limitação relevante que compromete a totalidade da amostra e demonstra a necessidade de estratégias mais eficazes para a participação familiar.
- **Recursos Materiais:** A intervenção utilizou materiais pedagógicos concebidos especificamente para as sessões, como o Jogo ABV e o jogo com a *escultura informativa*. Estes recursos foram adaptados aos objetivos e demonstraram ser ferramentas eficazes para a educação não formal e para a desmistificação de conceitos errados.

Sendo este um projeto de carácter académico as despesas ficaram a cargo da aluna mestranda. (Apêndice XVII)

Relativamente aos recursos materiais necessários para a implementação do estudo foram utilizados materiais consumíveis como esferográficas/canetas, folhas de papel fotocopiadas e envelopes. Foram rentabilizados recursos das escolas, como a disponibilização das salas, o tempo das aulas para o preenchimento dos questionários e a realização das ações educativas, graças à parceria estabelecida com as mesmas.

Apresentam-se as despesas com deslocações à escola, para realização do diagnóstico de situação de saúde, bem como para a implementação/ concretização do projeto.

Relativamente à avaliação do ao cronograma inicial da execução do projeto, que previa intervenções nas quatro turmas do 7.º ano, este sofreu adaptações significativas. As intervenções foram reduzidas para duas turmas e realizadas apenas numa, devido a questões logísticas e à aproximação do final do ano letivo. Embora a meta de atingir todas as turmas não tenha sido cumprida, a divisão da intervenção em dois momentos distintos, permitiu um trabalho mais aprofundado e direcionado, maximizando o impacto da intervenção nos jovens. Este ajuste demonstra a necessidade de flexibilidade no planeamento em saúde, adaptando-o à realidade e às limitações do contexto de intervenção.

Quadro 6-Avaliação das Metas e Indicadores de Avaliação

Metas	Avaliação
Realizar 100% das sessões de educação para a saúde previstas até junho de 2025	Por razões do calendário escolar foram apenas realizadas apenas 2 sessões. NÃO ATINGIDO
Presença de, pelo menos, 60 % da população alvo	Participaram 18 estudantes em 21= 85,7% ✓ ATINGIDO/SUPERADO
Que 75% dos participantes se sintam satisfeitos com as sessões educativas	100% ✓ ATINGIDO/SUPERADO
Criar 100% dos materiais pedagógicos previstos	Estava prevista a criação de 3 materiais pedagógicos, foram criados X . ✓ ATINGIDO/SUPERADO
Que 80% dos participantes adquiram conhecimento	✓ ATINGIDO
Que se consiga envolver no projeto profissionais de saúde e professores até maio de 2025	Foram realizadas 1 reunião na escola e outra na unidade de saúde, foram envolvidos profissionais de saúde e professores. ✓ ATINGIDO
Ter elaborado, entregue e discutido relatório	Foi elaborado, aguarda-se discussão após entrega.

6.3 - Divulgação e Propostas de Continuidade

A fase de divulgação, no ciclo da investigação-ação, é crucial para fechar o ciclo de reflexão e iniciar um novo. Com o final do ano letivo, a comunicação dos resultados foca-se não apenas em apresentar o que foi alcançado, mas também em garantir a sustentabilidade e a continuidade das ações, alinhadas com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Foi elaborada uma proposta de recomendações para a continuidade do trabalho no próximo ano letivo, com o objetivo de que estas sejam partilhadas com a equipa da Unidade Cuidados Comunidade (UCC) e a escola. Desta forma, o trabalho de promoção da literacia em saúde terá seguimento e impacto a longo prazo.

- **Divulgação de Resultados e Lições Aprendidas:** A divulgação dos resultados e das lições aprendidas é um passo crucial para fechar o ciclo de reflexão e iniciar um novo. Propõe-se que os resultados sejam apresentados formalmente à escola (direção, professores e coordenadora do PES) e à UCC. A análise combinada dos dados de conhecimento e dos hábitos de consumo mostrou que, embora os alunos demonstrem uma consciência geral sobre os riscos mais graves do álcool, persistem crenças e mitos que podem levar a comportamentos perigosos. Esta informação é fundamental para que as futuras campanhas de prevenção não se foquem apenas nos riscos extremos, mas também na educação dos jovens para a saúde e na desmistificação de conceitos errados.
- **Recomendações para a Continuidade do Projeto:** Com base nas limitações identificadas — como a dificuldade em obter o consentimento dos pais e a complexidade de integrar um novo programa no currículo escolar — e nos princípios do modelo de Pender, propõe-se um plano de ação para o próximo ano letivo, focado na capacitação de toda a comunidade educativa.
 - **Programa de Capacitação para Jovens:** Propõe-se a implementação de um projeto de educação para a saúde mais abrangente, a decorrer ao longo de vários meses, em vez de uma intervenção pontual. Este projeto, alicerçado no Modelo de Promoção da Saúde de Pender, teria como objetivos capacitar os alunos com conhecimento sólido sobre os efeitos do álcool na saúde, desenvolver competências de tomada de decisão e promover a sua autoeficácia.
 - **Envolvimento e Capacitação dos Pais:** Reconhecendo o papel central da família na prevenção (Nunes et al., 2022), é crucial criar estratégias para aumentar o seu envolvimento. Recomenda-se que a equipa de enfermagem da UCC, em parceria com a escola, organize sessões informativas para pais e encarregados

de educação, apresentando os dados sobre o consumo precoce em ambiente familiar. Sugere-se também a criação de um "Teste de Conhecimento para Pais" como ferramenta para abrir o diálogo e para que os pais reconheçam as suas próprias lacunas de conhecimento.

O enfermeiro de saúde escolar ao desenvolver o PIC analisa-o através de uma análise SWOT ou FOFA de forma rápida a noção dos pontos fortes e fracos do PIC, assim como as oportunidades e ameaças ao mesmo (Apêndice XX). O mesmo ao trabalhar em parceria com a família, a escola e a comunidade, tem uma oportunidade única de capacitar os jovens para a vida, promovendo hábitos de vida saudáveis e contribuindo para a diminuição dos riscos negativos associados ao consumo de álcool.

7. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo faz-se a reflexão sobre as competências adquiridas ao longo do período de Estágio, tendo presente as várias atividades que contribuíram para alcançar as competências de mestre, comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

7.1 - Competências de Mestre

O grau de Mestre em Enfermagem em Portugal, frequentemente associado à obtenção do título de enfermeiro especialista, representa um patamar avançado de qualificação, conferindo ao profissional um conjunto de competências distintivas que vão além da prática clínica geral. O mestre em enfermagem atua como um líder clínico, investigador e gestor de conhecimento, sendo um agente de mudança e de excelência nos cuidados de saúde. As competências do mestre refletem a profundidade e a especialização da formação pós-graduada, conforme o Artigo 15º do Decreto-Lei nº74/2006 de 24 março, republicado com alterações em Diário da República, 1ª série nº176 de 13 setembro de 2016.

Assim sendo o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Quanto à **competência prevista na alínea a)** foram aprofundados e desenvolvidos os conhecimentos adquiridos na licenciatura, assim como foram adquiridos novos conhecimentos que permitiram desenvolvimento teórico e clínico na área de especialização. Efetivamente uma das competências mais relevantes desenvolvida foi a capacidade de investigação e de planeamento. O processo de diagnóstico de situação, desde a pesquisa bibliográfica até à aplicação do questionário e à análise dos dados, foi fundamental. Esta fase reforçou a convicção de que uma intervenção eficaz deve ser sempre baseada em evidências científicas e em estudos sobre a realidade das pessoas de quem cuidamos.

Sobre **competências das alíneas b) e c)** considero que todo o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, desde a sua conceção, às diferentes fases do processo, as escolhas metodológicas, o contacto com as equipas de saúde escolar, professores, encarregados de educação e alunos, assim como o planeamento e desenvolvimento das atividades permitiram a aquisição destas competências. Ainda a participação em outras atividades desenvolvidas nas unidades de saúde onde decorreu o Estágio permitiu também que desenvolvesse esta

competência, nomeadamente com a intervenção em atividades de intervenção comunitária, como a desenvolvida na Unidade Móvel com atividades de educação para a saúde e consultas de enfermagem junto de jovens e de trabalhadores vulneráveis.

Quanto às **competências das alíneas d) e e)** a elaboração do relatório de Estágio, enquanto estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, os trabalhos escritos realizados para as diferentes unidades curriculares do mestrado, as reuniões com profissionais de saúde e com os parceiros para divulgação do projeto, assim como a preparação para a apresentação d permitam dizer que estas competências foram adquiridas de acordo com ciclo de estudos conducente ao grau de mestre.

O mestre em enfermagem, portanto, é um profissional com um corpo de conhecimento diferenciado que lhe permite não só prestar cuidados especializados de elevada qualidade, mas também intervir na esfera da gestão, da formação e da investigação, assumindo um papel fulcral na evolução da saúde e da enfermagem em Portugal. Considero que durante os estágios realizados na USP e UCC consegui demonstrar a aquisição destas competências e que as aprendizagens adquiridas me permitem desenvolver mais e melhor conhecimento em todo o meu percurso profissional futuro.

7.2 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

Com base no Regulamento n.º 140/2019, o perfil do enfermeiro especialista é delineado através de um conjunto de competências comuns que complementam as suas competências específicas de cada área de especialidade. Estas competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados, assentam num nível de excelência que transcende os cuidados gerais, posicionando o enfermeiro especialista como um agente de transformação, liderança e rigor científico na enfermagem.

O papel do enfermeiro especialista abrange quatro domínios cruciais, e neste sentido é pressuposto que a mestranda adquira as competências previstas em cinco domínios: **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.**

Relativamente às competências do domínio **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:** exige-se que o enfermeiro especialista mantenha uma prática profissional de elevado nível, pautada pelo respeito rigoroso pelas normas legais, pelos princípios éticos e pela deontologia profissional. Este domínio implica a garantia de que todas as práticas de cuidados respeitam integralmente os direitos humanos e as responsabilidades inerentes à profissão.

É de referir que a mestranda ao longo do estágio cumpriu os princípios éticos e legais da profissão de enfermagem, tendo em conta o código deontológico da profissão de enfermagem e a garantia do respeito pelos direitos humanos. Esta conduta esteve presente nas consultas de enfermagem e nas sessões de educação para a saúde, assim como na investigação realizada. Quanto a esta última, foram acautelados os aspetos éticos da declaração de Helsínquia dos princípios para a investigação médica em seres humanos (2013) iniciada com o pedido de parecer à Comissão de Ética da ULS a obtendo o parecer favorável da mesma (anexo). Foi também elaborado Consentimento Informado, Livre e Esclarecido CILE(anexo) de acordo com a norma da DGS (2015,b) do regulamento da proteção de dados e foi garantido aos participantes a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. Os dados foram recolhidos utilizando um questionário (QCaA) (anexo) já validado, tendo sido previamente pedida autorização por via *e-mail* aos autores para utilização do mesmo. Os aportes teóricos adquiridos nas unidades curriculares de projeto também contribuíram para reforçar a leitura e reflexão dos documentos orientadores da prática profissional de enfermagem para que fossem garantidas práticas de

cuidados que respeitassem os direitos humanos com assunção plena das responsabilidades profissionais.

Sobre o domínio da **melhoria contínua da qualidade** pretende-se que o enfermeiro especialista assuma uma função dinamizadora no apoio e desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais, especialmente no âmbito da governação clínica. Deve atuar como um promotor de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas que visam a melhoria contínua e assegurando a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro para os utentes.

A mestrandagem de modo a atingir estas competências dinamizou e promoveu atividades no âmbito do Projeto Literacia em Saúde na Prevenção do consumo de Álcool em alunos do 7º ano do 3º ciclo do Ensino Básico e enquanto formadora em ações educação para a saúde nas escolas e na Unidade Móvel Saúde. A Literacia em Saúde é uma das prioridades do PNS- 2021/ 2030(DGS, 2021) através do Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 (DGS 2023) com objetivo estratégico de aumentar a literacia em saúde e determinante de saúde crucial no impacto de problemas de saúde de grande magnitude, através da participação da comunidade, com o intuito de ativar comportamentos que promovam, a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida ao longo do ciclo de vida, em resumo integrar a literacia em saúde como um objetivo estratégico central para obtenção de uma saúde sustentável e para a redução das iniquidades da população portuguesa.

Quanto ao domínio da **gestão do cuidado** este foca-se na otimização da prestação de cuidados de enfermagem. O enfermeiro especialista é responsável por gerir os cuidados, maximizando a resposta da sua equipa e garantindo uma articulação eficaz com a equipa de saúde mais abrangente. Demonstra a capacidade de adaptar a sua liderança e gestão de recursos ao contexto

e às situações específicas, sempre com o objetivo primordial de assegurar a qualidade dos cuidados prestados.

Na alínea C2 do Regulamento Competências Comuns Enfermeiro Especialista “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº140/ 2019, p 4748), as capacidades de liderança e gestão da mestranda ficaram demonstradas logo na realização do diagnóstico de situação, com o liderar da realização da recolha de dados, gerindo todo o processo que foi essencial para a concretização do diagnóstico. Negociar parcerias para o projeto, foi outro dos aspetos a realçar do trabalho desenvolvido pela mestranda, assim como no planeamento e realização das reuniões junto dos parceiros, permitindo assim o envolvimento e a concretização do projeto de intervenção comunitária.

Ainda neste âmbito a mestranda colaborou com a Enfermeira Especialista da USP, enquanto coordenadora da Consulta Aberta ao fim de semana, na gestão de material e na elaboração de plano anual da distribuição de trabalho da equipa de enfermagem.

Já no domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, o especialista é um profissional que investe no seu autodesenvolvimento, cultivando o autoconhecimento e a assertividade. Adicionalmente, a sua prática clínica especializada deve ser fundamentada em evidência científica sólida, assumindo o compromisso de decodificar, disseminar e realizar investigação pertinente que contribua para o avanço e a melhoria contínua da prática de enfermagem.

Em suma, as competências comuns conferem ao enfermeiro especialista a capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados complexos, fornecendo, simultaneamente, um suporte efetivo ao exercício profissional especializado nos pilares da formação, investigação e

assessoria. Este conjunto de competências visa não só certificar a qualificação, mas também comunicar aos cidadãos o patamar de excelência e segurança que podem esperar dos cuidados especializados. Relativamente a este item específico pode afirmar-se que todo o processo desenvolvido pela mestranda durante o percurso formativo primou pela aplicação do conhecimento adquirido anteriormente na área da especialização, assim como a contínua pesquisa e atualização de conhecimentos, pois sem estes não teria sido possível chegar até aqui.

Os ajustes e reajustes foram necessários durante o caminho percorrido marcados por um projeto que houve a necessidade de adaptar a uma janela de tempo muito curto, uma vez que as atividades do PIC foram desenvolvidas mesmo no final do ano letivo. Assim como o baixo número de consentimentos informados assinados pelos encarregados de educação (21 em 57), foi o confronto com a realidade e a complexidade do trabalho comunitário. No entanto, em vez de desistência, foi encarado este obstáculo como uma oportunidade para desenvolver a capacidade de adaptação e de resolução de problemas, utilizando os dados disponíveis para moldar a intervenção de forma mais focada e direcionada para a turma em que foi detetada, pelos docentes, maior probabilidade de existir a problemática de consumo de álcool.

A capacidade de intervir em contexto escolar de forma sistémica foi outra competência-chave. O sucesso de um projeto de saúde não depende apenas do profissional, mas da articulação de parcerias e do envolvimento de todos os atores. Ao trabalhar em conjunto com a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a comunidade escolar (professores, direção e, em parte, os alunos e as suas famílias) e a Câmara Municipal, foi possível atuar de forma coordenada, assegurando que o projeto não fosse um evento isolado, mas uma iniciativa integrada na dinâmica escolar.

7.3 - Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

O perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área específica de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP), encontra-se formalmente estabelecido pelo Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Este conjunto de competências clínicas especializadas define o domínio de atuação do enfermeiro especialista em ESCSP, sendo essencial para a prestação de cuidados diferenciados.

São quatro os eixos centrais de intervenção, que se desdobram em unidades de competência detalhadas, centradas na saúde da comunidade enquanto alvo primário dos cuidados:

Avaliação do Estado de Saúde da Comunidade e Planeamento em Saúde

O Enfermeiro Especialista em SCSP é responsável por avaliar o estado de saúde de uma comunidade, operando com base na metodologia rigorosa do Planeamento em Saúde.

Esta competência inicia-se com a **elaboração do diagnóstico de saúde**, onde se integram os conhecimentos sobre os determinantes da saúde, variáveis socioeconómicas e ambientais, permitindo a identificação das necessidades e dos problemas de saúde. O profissional utiliza indicadores epidemiológicos para a determinação e sistematização dos problemas, culminando na definição do perfil de saúde da comunidade.

Com base neste diagnóstico, o especialista deve **estabelecer prioridades em saúde**, utilizando critérios objetivos e alinhando a tomada de decisão com as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde. Segue-se a **formulação de objetivos mensuráveis** e o desenho de **estratégias de intervenção** que sejam coerentes, articuladas e exequíveis, promovendo a coparticipação dos cidadãos e atendendo aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais.

Por fim, compete-lhe **conceber, planear e implementar programas e projetos de intervenção** para problemas de saúde pública, otimizando os recursos e mobilizando parceiros multissetoriais. A competência final deste eixo reside na **avaliação e monitorização** contínua dos programas, através da sistematização de indicadores pertinentes, para quantificação dos ganhos em saúde e para a reformulação estratégica sempre que necessário.

Assim sendo, no que respeita às competências do EECSP conclui-se que as mesmas foram atingidas com a implementação do PIC à luz da metodologia de Planeamento em Saúde. Na competência específica “Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliação do Estado de saúde de uma comunidade” (Regulamento nº428/2018, p. 19355) esta foi atingida ao realizar o diagnóstico, possibilitando detetar as necessidades da população em estudo. Foi feita a determinação de prioridades, tendo sido ouvida a equipa de saúde onde decorreu o estágio, assim como a definição de objetivos do projeto, na preparação operacional do projeto e na etapa de monitorização e avaliação do mesmo. De realçar o próprio tema do projeto, uma vez que a literacia em saúde é um importante determinante da saúde a ser “trabalhado” com a comunidade.

Contribuição para o Processo de Capacitação de Grupos e Comunidades

O ESSCSP promove a capacitação de grupos e comunidades com o propósito de fomentar a autonomia e a concretização de projetos de saúde coletivos.

Esta função é exercida através da **liderança de processos comunitários**, que inclui a participação em parceria com a rede social e de saúde em projetos dirigidos a grupos mais vulneráveis. Implica a pesquisa e o diagnóstico de problemas e fatores de risco de saúde, mobilizando parceiros da comunidade para a identificação e resolução dos mesmos. O

Enfermeiro ESCSP concebe e implementa programas de intervenção, respeitando sempre as especificidades culturais, étnicas, linguísticas e económicas dos grupos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes.

Relativamente à **gestão da informação em saúde**, o EESCSP mobiliza conhecimentos de comunicação e *marketing* em saúde para gerir e disponibilizar informação adequada às características dos grupos, concebendo instrumentos inovadores e utilizando estratégias ativas que promovam a procura de informação e a participação comunitária.

A mestranda liderou o processo de desenvolvimento e implementação do PIC enquanto contexto de estágio a atingir a competência da alínea a)” Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e do exercício da cidadania” (Regulamento nº428/ 2018 p. 19 356). Na alínea c) “Procede à gestão de informação em saúde aos grupos e comunidades” (Regulamento para 328/ 2018 p. 19356), a mestranda realçou o facto de a estratégia de seleção no âmbito do projeto de intervenção comunitária sustentar-se no Modelo de Promoção da Saúde (Pender et al,2015) por ser o modelo que prime que prima na promoção e educação para a saúde.

Integração na Coordenação dos Programas de Saúde e no PNS

O Enfermeiro ESCSP desempenha um papel crucial na otimização da operacionalização dos Programas de Saúde no âmbito comunitário, garantindo a concretização dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (PNS).

O seu contributo materializa-se na **participação e compromisso nos processos de tomada de decisão** no âmbito da conceção, implementação e avaliação dos Programas de Saúde, cooperando ativamente na sua coordenação. Cabe-lhe identificar e monitorizar os resultados

obtidos, otimizar a operacionalização dos programas através de técnicas de intervenção comunitária e introduzir elementos de aperfeiçoamento. O especialista colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade e fornece orientações para a implementação, analisando e interpretando o impacto das intervenções com os diversos atores implicados.

A mestranda participou e colaborou nas ações de educação para a saúde promovidas aos alunos das várias escolas, pré-primária colaborando com o projeto “USF dos Pikininos”, nas escolas do primeiro ciclo na área abrangida pela UCC com o tema da pediculose, os alunos do 3º ciclo, 7º ano com tema da literacia para a prevenção do consumo de álcool e 9º ano com tema das profissões da saúde e jovens entre os 14 e os 19 anos no projeto de verão dos CRJ. Planeou e efetuou ações de educação para a saúde nas associações de pessoas idosas para sensibilização da hidratação e no combate à sarcopénia em colaboração com o CHS e a ECCI. Teve oportunidade de participar na campanha de vacinação anti hepatite A no decorrer do surto que aconteceu num grupo de população de um bairro social. Teve também a oportunidade de assistir à vacinação da Monkeypox acompanhando os grupos elegíveis para vacinação (Norma 006/2022, DGS).

Realização e Cooperação na Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica constitui um instrumento basilar na análise e compreensão dos fenómenos de saúde-doença, sendo uma responsabilidade central desta especialidade.

O Enfermeiro Especialista **procede à vigilância dos fenómenos de saúde-doença** que ocorrem numa determinada área geodemográfica. Para tal, concebe instrumentos de colheita de dados, sistematiza indicadores essenciais para o perfil epidemiológico e utiliza modelos

conceptuais e técnicas estatísticas específicas para cálculo e interpretação das medidas. Monitoriza a evolução prognóstica da população e **participa ativamente na gestão de sistemas de vigilância**, incluindo a vigilância da saúde ambiental. Finalmente, este profissional recorre à evidência científica para propor soluções inovadoras e fundamentadas em problemas de saúde pública.

A mestranda no decurso do estágio na USP teve a oportunidade de assistir á vigilância epidemiológica dos fenómenos de doença que ocorreram na área de jurisdição da USP, bem como participar na avaliação de surtos e emergências em saúde pública (surtos de Hepatite A e Monkeypox) que ocorreram. Participou também na investigação em vigilância epidemiológica efetuada com enquadramento dos casos notificados (Despacho nº 1150/2021) bem como a investigação de casos através do conhecimento das notificações e inquéritos epidemiológicos de doenças de declaração obrigatória (Despacho nº 50/2021) com utilização da plataforma SINAVE.

Em síntese, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública é um agente de mudança social e um líder clínico que articula o conhecimento especializado em enfermagem com a metodologia da saúde pública para diagnosticar, planejar, intervir e monitorizar a saúde no nível coletivo, garantindo uma resposta sustentada e baseada na evidência aos problemas de saúde da população. A mestranda considera que com as atividades desenvolvidas conseguiu adquirir as competências exigidas ao enfermeiro especialista em ESCSP.

8. CONCLUSÃO

Este Relatório de Estágio permitiu explanar e analisar de forma reflexiva as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo deste percurso, proporcionando um espaço de crescimento e consolidando a transição do conhecimento teórico para a ação prática, com o propósito da obtenção grau de mestre e o título de especialista em ESCSP.

Uma das competências mais relevantes que foi aprofundada foi a capacidade de investigação e de planeamento. Todo o projeto de intervenção comunitária desenvolvido, segundo a metodologia de planeamento em saúde, foi pertinente para este processo. O projeto, centrado na promoção da literacia em saúde para a prevenção do consumo de álcool em adolescentes, que teve como população alvo os adolescentes alunos do 7º ano do ensino básico de uma escola da Península de Setúbal, permitiu-nos desenvolver todas as fases da metodologia de planeamento em saúde. Destaca-se aqui que o diagnóstico de situação, desde a pesquisa bibliográfica até à aplicação do questionário e à análise dos dados, foi fundamental. Esta fase reforçou a convicção de que, para uma intervenção eficaz esta deve ser sempre baseada em evidência científica e nos dados recolhidos junto da população. O baixo número de respostas (21 em 57), obtidas ao questionário aplicado o QCaA, permitiu também o confronto com a realidade e complexidade do trabalho comunitário. As dificuldades sentidas na obtenção dos dados foram encaradas como uma oportunidade para desenvolver a capacidade de adaptação e de resolução de problemas, utilizando os dados disponíveis para moldar a intervenção de forma mais focada e direcionada para a turma com mais necessidades ou risco do comportamento da ingestão de álcool precocemente de acordo com equipa de saúde escolar e professores.

A análise dos dados do questionário e a intervenção subsequente revelaram que, apesar de os alunos possuírem um conhecimento geral sobre os riscos do álcool, persistem lacunas de conhecimento e crenças erradas que podem levar a comportamentos de risco. A descoberta de

que o primeiro consumo de álcool ocorre predominantemente no ambiente familiar, sublinha a necessidade de uma abordagem sistémica, futuramente, que envolva não apenas a escola e os jovens, mas também os pais e encarregados de educação.

A intervenção educativa, duas ações de educação para a saúde aos alunos do 7º ano, baseada em metodologias ativas, demonstrou ser uma ferramenta eficaz para desmistificar conceitos e capacitar os jovens para a tomada de decisões informadas. Embora a adaptação do cronograma e a baixa participação parental tenham sido limitações, a intervenção direcionada à turma com maior risco de consumo precoce de álcool, mostrou que a flexibilidade e a capacidade de adaptação, são competências cruciais na prática de saúde comunitária. Foram também elaborados materiais didáticos, que tiveram forte adesão por parte dos adolescentes, que ficaram disponíveis para a equipa e professores.

A capacidade de intervir em contexto escolar de forma sistémica foi outra competência chave. Foi percebido que o sucesso de um projeto de intervenção comunitária não depende apenas do profissional, mas da articulação de parcerias e do envolvimento de todos os atores. Ao trabalhar em conjunto com a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a comunidade escolar (professores, direção e, em parte, os alunos e as suas famílias) e a Câmara Municipal, foi possível atuar de forma coordenada, assegurando que o projeto não fosse um evento isolado, mas uma iniciativa integrada na dinâmica escolar, com projeção futura de continuidade.

Foi adquirida uma maior consciência da importância e da capacidade de intervir com conhecimento e da responsabilidade inerente ao trabalho com a saúde das pessoas. A relevância de educar os jovens sobre o consumo de álcool, um tema que pode afetar as suas vidas para sempre, reforçou o compromisso com a promoção da saúde e com a transmissão de informação correta e acessível. A abordagem com o intuito de capacitar, de acordo com a preconizada por

Nola Pender, desenvolveu confiança para a contribuição e ajuda aos jovens de forma que tomem decisões informadas e se tornem agentes ativos da sua própria saúde.

Em suma, este trabalho demonstrou que a metodologia de Planeamento em Saúde é uma ferramenta robusta que permite ao enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública diagnosticar, planear, intervir e avaliar de forma rigorosa e adaptável. O projeto não só contribuiu para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, mas também serviu como um modelo para futuras intervenções. As propostas de continuidade e divulgação apresentadas garantem que o conhecimento gerado continuará a ser partilhado com a equipa de saúde e com a escola, servindo como uma base sólida para a implementação de um provável programa mais abrangente no próximo ano letivo, com o objetivo de promover a literacia em saúde e capacitar a comunidade escolar, nomeadamente os alunos do 7º ano de escolaridade, para escolhas mais saudáveis.

De destacar ainda que todas as atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio, desde as atividades inerentes ao PIC, até à vacinação, à vigilância epidemiológica, controle de surtos, gestão de casos, acompanhamento do trabalho da equipa de ECCI, ações de educação para a saúde, participação em reuniões com parceiros, participação nas atividades da unidade móvel, foram contributos essenciais para conseguir alcançar o principal objetivo deste Estágio, a aquisição de competências de mestre, comuns de enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

Em conclusão, este Estágio foi um marco no que concerne ao desenvolvimento profissional. As competências adquiridas de investigação, planeamento, adaptação, de implementação e gestão de projetos, assim como as intervenções de controle epidemiológico, de gestão de programas, de promoção da saúde, de estabelecimento de parcerias, não se limitaram ao Estágio, mas constituem a base sólida para a prática futura como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, um papel a abraçar futuramente, com maior conhecimento, confiança e responsabilidade.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artigos de Periódicos Científicos

- Fonseca, M., Simões, A., & Gomes, P. (2021). Desafios e estratégias na implementação de programas de prevenção do consumo de álcool em ambiente escolar. *Revista de Enfermagem de Referência*, V(6), 101–115.
- Kickbusch, I., Maag, D., & Saude, P. (2006). Literacy in health and healthcare: A public health perspective. *European Journal of Public Health*, 16(5), 455–456. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl043>
- Marques, A., Silva, M., & Santos, R. (2024). Fatores de risco para o consumo de álcool em adolescentes em Portugal. *Revista de Enfermagem*, 15(1), 22–35.
- Mendes, J., & Alves, R. (2022). Famílias Monoparentais e a Saúde Mental da Mãe: Relação com o Consumo de Substâncias. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 15(3), 45–60.
- Pulido Valente, F., & Cunha, H. (2024). Fazer Mais e Melhor Relativamente ao Consumo de Álcool em Portugal Implica uma Mudança Social. *Acta Médica Portuguesa*, 37(5), 395–395. <https://doi.org/10.20344/amp.21100>
- Sørensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, E., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). "Health literacy and public health: A systematic review and integration of health literacy concepts from the fields of medicine, public health, and education." *Health Promotion International*, 27(1), 11–20.

Livros e Capítulos de Livros

- Anderson, E., & McFarlane, R. (2023) Community health nursing: Theory and practice (9ª ed). Elsevier
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Planeamento em saúde: Metodologia e prática*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Melo, P. D. (2020). *O Empoderamento comunitário em contexto de saúde*. Editora Caleidoscópio.
- Nunes, F., Pires, L., & Silva, R. (2022). *Literacia em saúde e enfermagem: Uma abordagem comunitária*. Edições Almedina.
- Nunes, L. (2020). Para uma epistemologia de enfermagem. Lusociência: SaBooks Editora. 2ª ed.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2014). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson.
- Reis, T. (1999). O Processo de investigação – Fortin. O Processo de Investigação.

- Penteado, T. (2022). O Álcool e a História da Humanidade: A Gênese das Bebidas Fermentadas. In P. D. F. D. Lima (Ed.), *História, Sociedade e Cultura* (pp. 53–71). Editora Dialética.
- Pinto, A., et al. (2017). *Enfermagem em Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- Sanches, Laura.(2023). Como Educar crianças Desafiantes. Editora Manuscrito.
- Santos, L., & Silva, A. (2024). *Saúde e desenvolvimento comunitário*. Edições Almedina.
- Smith,A.,& Johnson, B.(2022). Maternal Stress and Adolescent Substance Use in Single – Parent Households. *Journal of Family Studies*,45 (3),210-225.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community* (7ª ed.). Mosby Elsevier.
- Tomey, A,M., & Alligood, M.R. (2018). *Nursing theorists and their work*(9ªed.). Elsevier.

Dissertações e Teses

- Barroso, T. M. M. D. de A. (2009). *Prevenção do uso/abuso de álcool nos adolescentes: Construção e avaliação de um programa de intervenção em contexto escolar* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa].
- Costa, I. (2018). *A Literacia em Saúde e o seu impacto na Saúde Escolar* [Dissertação de Mestrado].

Legislação e Documentos Oficiais (Diário da República/Decreto-Lei)

- Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República, 1.ª série, n.º 193*.
- Ministério da Saúde. (2012). Decreto-Lei n.º 28/2012, de 6 de fevereiro. *Diário da República, Série I, n.º 26*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 348/2015, de 19 de junho - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República, 2.ª série, n.º 118, 16481–16486*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem

Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19354–19359.

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 25 de junho. *Diário da República*.

Relatórios, Guias e Documentos Institucionais (com Autoria Claramente Identificada)

- ACESA. (2019). *Plano Local de Saúde A (2019-2023)*. Unidade de Saúde Pública A.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). (2020). *Perfil Local de Saúde 2020*.
- BI-CSP. (2022). *Registo de Utentes na Unidade Local de Saúde A*. Relatório Interno.
- Centro de Informações sobre Saúde e Álcool [CISA]. 2024.- Relatório Global sobre o Álcool e a Saúde de 2024 da Organização Mundial da Saúde (OMS)
- Capucha, L. (2025). *Carta Educativa do Município de Palmela*. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, CIES - Centro de Investigação e Estudos de Sociologia.
- Direção-Geral da Educação. (2014). *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES)*. Ministério da Educação e Ciência.
- Direção-Geral da Educação. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Ministério da Educação.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2019-2021). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Efeitos do álcool no corpo humano e saúde pública*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 – Plano Estratégico*. DGS.
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. [ESPAD](2025). Estudo europeu sobre o álcool e outras drogas em meio escolar. ESPAD Report 2024.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). *Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População. VI Recenseamento Geral da Habitação: Resultados definitivos*. INE.

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). *Censos 2024: Resultados preliminares*. INE.
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD). (2024). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos - Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional 2024: consumos de substâncias psicoativas*. ICAD.
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD). (2024). *Relatório Anual 2023: A Situação do País em Matéria de Álcool*. ICAD.
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD). (2025). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos - Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional 2024: consumos de substâncias psicoativas*. ICAD.
- Ministério da Saúde. (2018). *Plano de Negócios da Unidade Local de Saúde da Arrábida, EPE*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2024). *Plano de Negócios da Unidade Local de Saúde da Arrábida, EPE*. [Documento interno].
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1998). *Health promotion glossary* (WHO/HPR/HEP/98.1). World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2009). *Framework for an effective school health programme*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). *Relatório Global sobre Álcool e Saúde*. OMS.
- Plano Nacional Saúde 2030. (PNS 2030).2024. Saúde da População em Portugal. DGS
- Relatório Saúde Escolar 2022/23. (2024)[Documento Interno]. ULSA
- Schools for Health in Europe.(SHE).2020. Literacia em saúde nas escolas – Estado da arte. SHE factsheet no.6
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2022). *Relatório Anual 2022 - A situação do país em matéria de álcool e outras drogas*. SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2023). *Consumo de Álcool em Portugal: Relatório Anual 2023*. SICAD.

Websites, Documentos Online e Recursos Digitais

- Censos. (2021). *Censos 2021 - Resultados preliminares*. Instituto Nacional de Estatística (INE).
- Câmara Municipal de Palmela. (2023). *Caracterização concelho de Palmela*. Recuperado em 12 de abril de 2025, de <https://www.cm-palmela.pt/viver/caracterizacao-do-concelho/territorio>
- Câmara Municipal de Palmela. (2023). *Diagnóstico Social de Palmela*. Recuperado em 15 de abril de 2025, de https://www.cm-palmela.pt/cmpalmela/uploads/writer_file/document/24948/diagnostico_social_palme-la.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 – Plano Estratégico*. Recuperado de <https://splsp Portugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>
- Escola Virtual. (s.d.). *Figura 1 (Mapa NUTS II)*. Recuperado em 12 de abril de 2025, de https://app.escolavirtual.pt/fs/c/6/8/d/configuracao_nuts_2024.pdf
- Instituto da Conservação da Natureza e das Florestas (ICNF). (s.d.). *Figura 2 (Concelhos de Palmela, Setúbal e Sesimbra)*. Recuperado em 12 de abril de 2025, de https://fogos.icnf.pt/pmdfci/15_SETUBAL/1508/2G/Caderno_I/Mapas/I_2_Hipsometria_PIDFCI.pdf
- Mapcarta. (s.d.). *Mapa com escola poceirão*. Recuperado em 12 de abril de 2025, de <https://mapcarta.com/pt/N1490084677>
- PORDATA. (s.d.). *Base de Dados de Portugal Contemporâneo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Revista Portuguesa de Literacia em Saúde. (2023). *Edição 1, Outubro*. Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS). Recuperado de <https://splsp Portugal.com/wp-content/uploads/2023/11/revista-portuguesa-literacia-saude-edicao-1-1.pdf>

Apêndices

Apêndice I –Painel - Profissões da Saúde, Feira da Saúde 29.5.25, alunos 3ºciclo,9ºano.



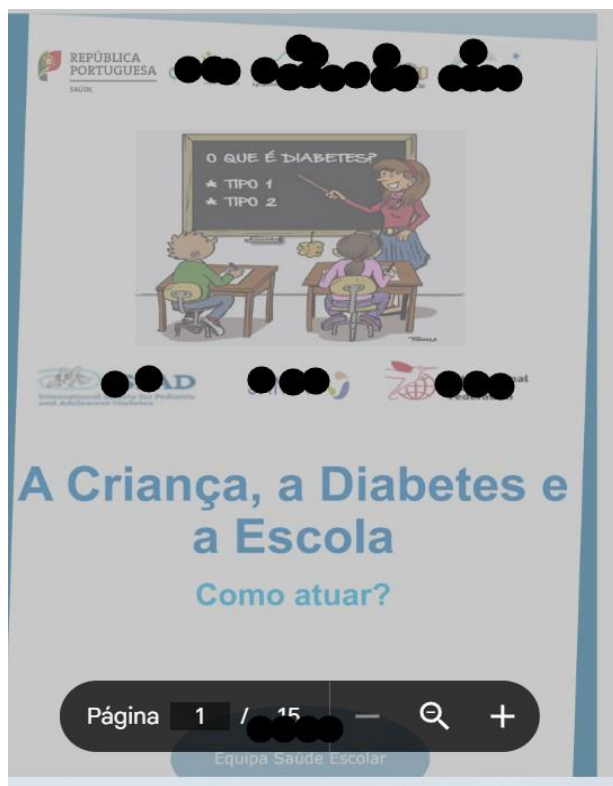
Apêndice II – Dinamização Sessões para Saúde nas Escolas 1ºCiclo para Prevenção da Pediculose



Apêndice III – “USF Pikininos”, familiarização dos alunos Pré-Primária com Serviços de Saúde



Apêndice IV – Orientação Continua Aluno Pré-Primária com Diabetes Tipo I



Apêndice V – Equipa Saúde Escolar como Mediadora de Conflitos entre Equipa PES e Equipa Saúde Hospitalar



Apêndice VI – Notícia Jornal Virtual da Feira da Saúde-29 maio de 2025

Feira da Saúde mobiliza mais de 800 participantes em [REDACTED] com foco em estilos de vida saudáveis

Mais de 800 alunos e alunos participaram na Feira da Saúde, que decorreu a 29 de abril na Escola Básica e Secundária [REDACTED], em [REDACTED], promovendo a educação para a saúde com mais de 20 atividades dirigidas à comunidade escolar e local.

[REDACTED] • 05/05/2025 • 1 minuto a ler



[https://diariodistrito.sapo.pt/feira-da-saude-mobiliza-mais-de-800-participantes-em-\[REDACTED\]-com-foco-em-estilos-de-vida-saudaveis/](https://diariodistrito.sapo.pt/feira-da-saude-mobiliza-mais-de-800-participantes-em-[REDACTED]-com-foco-em-estilos-de-vida-saudaveis/)

1/2

13/05/25, 09:55

Uma iniciativa que reuniu mais de 800 estudantes na saúde - Diário do Distrito
A Escola Básica e Secundária [REDACTED] em [REDACTED], foi palco da Feira da Saúde no passado dia 29 de abril, uma iniciativa que reuniu mais de 800 estudantes, dezenas de docentes, não docentes, familiares e elementos da comunidade local. O evento incluiu mais de 20 atividades, entre oficinas, rastreios, jogos pedagógicos, demonstrações e palestras dedicadas à promoção da saúde e ao bem-estar.

A feira foi organizada pelo Agrupamento de Escolas [REDACTED] Município de [REDACTED], Unidade Local de Saúde da [REDACTED] JLS [REDACTED] Equipa de Saúde Escolar de [REDACTED] e [REDACTED] Farmacêutica, no âmbito da Ação 43 – Promoção de Estilos de Vida Saudáveis da Operação Integrada Local (OIL) Poceirão e Marateca, com financiamento do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR).

Entre as atividades dinamizadas, destacou-se a Oficina de Alimentação Saudável, com oferta de 75 livros infantis às crianças do Agrupamento, e a ação "Lanches Saudáveis", que entregou 86 lanches acompanhados de lancheiras térmicas. A atividade "A Importância da Hidratação" distribuiu 122 garrafas reutilizáveis, enquanto a Unidade Móvel de Saúde da [REDACTED] realizou rastreios e ofereceu mini-kits de primeiros socorros aos adultos presentes. O município assegurou ainda o transporte dos alunos das várias escolas do agrupamento para o local do evento.

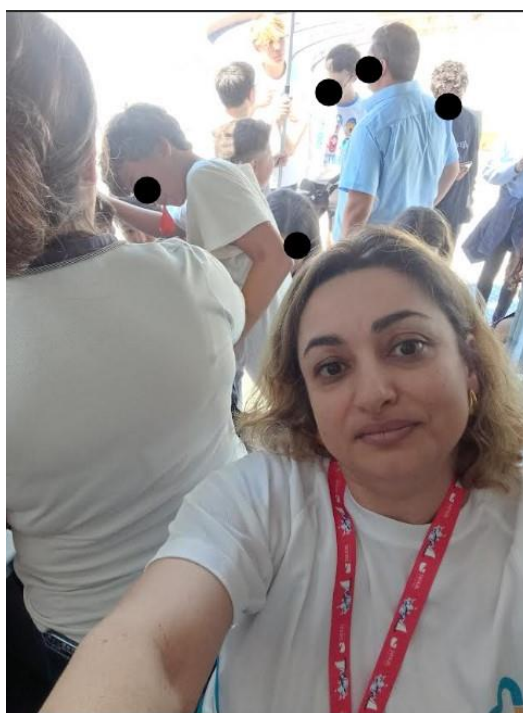
A Feira da Saúde teve como principais objetivos promover a educação para a saúde e sensibilizar para a adoção de comportamentos saudáveis, abordando temas como alimentação equilibrada, exercício físico, higiene pessoal, saúde mental, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, inclusão e gestão do stress. A iniciativa procurou ainda reforçar os laços entre a escola e a comunidade, promovendo o acesso alargado a informação útil sobre saúde.

Se tiver sugestões ou notícias para partilhar com o Diário do Distrito, pode enviá-las para o endereço de email geral@diariodistrito.pt

Apêndice VII – Atividades na Unidade Móvel Saúde



Apêndice VIII – Articulação com CRJ e Projeto “Jovens no Verão”, CMP



Apêndice IX – Ações de Prevenção Doenças Cardiovasculares e Promoção da Alimentação Saudável e Hidratação



Apêndice X – Atividade em Parceria com a ECCI-UCC P e CHS no âmbito da Prevenção da Sarcopénia



Apêndice XI – “Curso De Preparação Profilática para o Parto-Cuidados ao Recém Nascido”



DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos que Maria José Costa Gonçalves participou na Ação de Formação "Curso de Preparação Profilática para o Parto - Cuidados ao recém nascido", como Formando, realizada por [REDACTED], enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica, promovida pela Unidade de Cuidados na Comunidade de [REDACTED] da Unidade Local de Saúde da [REDACTED], que se realizou no dia 09 de Julho de 2025, na sala de reuniões da Unidade de [REDACTED].

Palmela 09 de Julho 2025

A Coordenadora da UCCP

[REDACTED]

Apêndice XII - Cronograma

Cronograma

2025	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto
Diagnóstico de situação	X	X				
Determinação de Prioridades		X				
Fixação de Objectivos		X	X			
Seleção de Estratégias		X	X			
Preparação Operacional		x	X	X		
Execução			x	X		
Avaliação		x	x	X	X	x
Divulgação de Resultados					X	X

Apêndice XIII – Jogo ABV – Teor Alcoólico e Correção da perceção do Risco



Apêndice XIV – Construção de Jogo “Escultura Informativa”: do abstrato ao concreto



Apêndice XV- Jogo Bingo on Alcohol: Mitos a Derrubar - NO ALCOHOL for ALL COOL



Apêndice XVI – 1ª Sessão de Educação para a Saúde aos alunos do 7º Ano

Sessão 1: Mitos, Conceitos e Consequências

Objetivo Geral da Sessão: Capacitar os alunos a tomar decisões informadas sobre a prevenção do consumo de álcool, desmistificando crenças erradas e consciencializando sobre as consequências para a saúde.

Estratégias e Dinâmicas

Apresentação (Quebra-Gelo):

- Objetivo: Promover a interação e o interconhecimento entre os alunos e o dinamizador.
- Descrição: Uma dinâmica de grupo para quebrar o gelo, onde os alunos se apresentam e partilham os seus interesses

Conceito de Álcool (Brainstorming):

- Objetivo: Identificar e consolidar o conceito de bebida alcoólica.
- Descrição: Realização de um brainstorming em grande grupo, onde os alunos são convidados a partilhar e identificar diferentes bebidas.

Mitos (Quadro com Garrafas Flexíveis):

- Objetivo: Desmistificar crenças erradas sobre o teor alcoólico de diferentes bebidas.
- Descrição: Utilização de um quadro interativo com "garrafas flexíveis" que desvendam o teor alcoólico de cada bebida, corrigindo informações incorretas identificadas no questionário inicial.

Malefícios (Escultura Interativa):

- Objetivo: Apresentar os efeitos negativos do álcool nos órgãos principais do corpo.
- Descrição: Os alunos interagem com uma escultura que representa o corpo humano, utilizando cartões informativos para explorar e discutir os malefícios do consumo de álcool em cada órgão.

Avaliação da Sessão

- Descrição: Os alunos são incentivados a indicar o que mais gostaram na sessão e o que aprenderam, permitindo uma avaliação imediata da eficácia da intervenção.



Apêndice XVII – 2ª Sessão de Educação para a Saúde aos alunos do 7º Ano

Sessão 2: Bingo on Alcohol: Mitos a Derrubar - NO ALCOHOL for ALL COOL

Objetivo Geral da Sessão: Avaliar e reforçar os conhecimentos adquiridos na primeira sessão de forma lúdica e participativa, consolidando as informações essenciais para a prevenção do consumo de álcool, promovendo o **pensamento crítico** e o **combate a percepções sociais erradas sobre o consumo de álcool, com vista ao empoderamento dos alunos.**

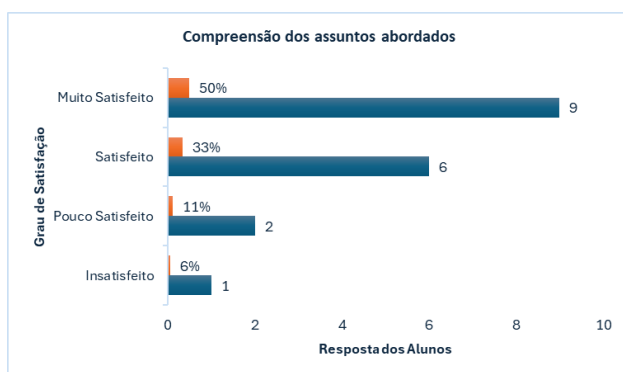
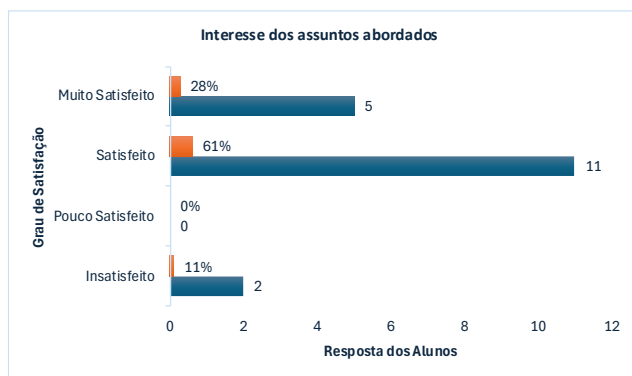
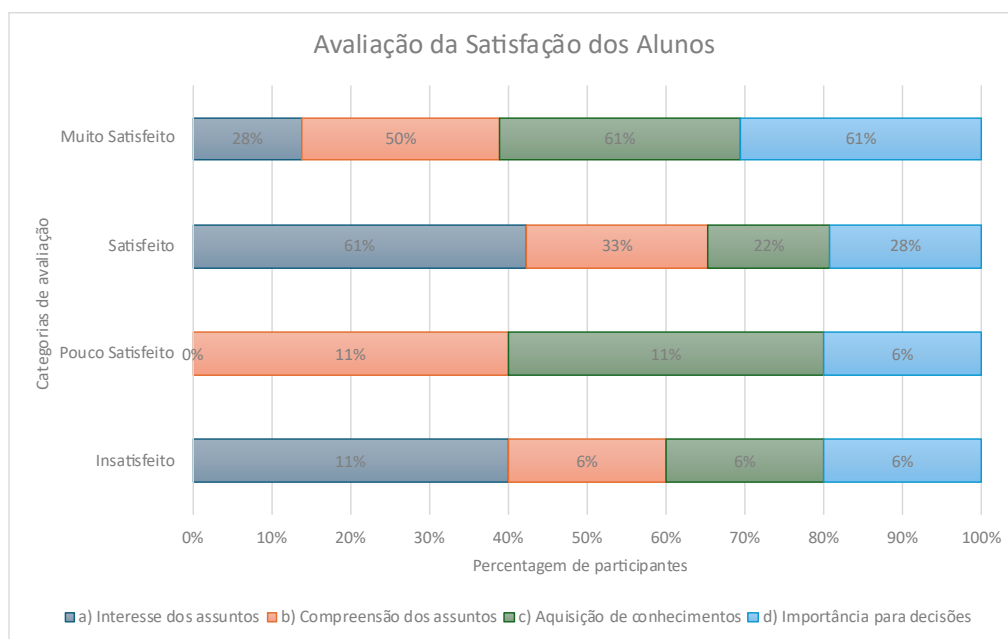
Estratégias e Dinâmicas

Jogo de Tabuleiro: Quiz de Mitos (Dinâmica Bingo):

- **Objetivo:** Promover o **pensamento crítico**, a **discussão informada** e o **raciocínio** dos alunos sobre os mitos e factos do álcool e Avaliar de forma interativa os conhecimentos sobre o álcool.
- **Descrição:** Um jogo de tabuleiro tipo bingo é dinamizado com a turma. A turma é dividida em equipas com líderes. Cada equipa responde a questões que avaliam os conhecimentos adquiridos na sessão anterior. O jogo serve como uma forma de avaliação contínua e reforço positivo da aprendizagem.
- **Dinamização do jogo:** Um jogo de tabuleiro tipo bingo é dinamizado com a turma. A turma é dividida em equipas com líderes nomeados, que respondem Verdadeiro ou Falso em nome da equipa com uma bandeirola. Cada equipa responde a questões que avaliam os conhecimentos adquiridos na sessão anterior. O mediador retira um número. Um **aluno voluntaria-se para ler a afirmação**. Antes de revelar a resposta, o moderador utiliza as diferentes respostas das equipas para **incentivar a curiosidade, fomentar o debate e promover a discussão** entre os alunos. Por fim, o **aluno voluntário retira o cartão da resposta**; o mediador, por sua vez, **desmistifica a afirmação** e aproveita o momento para **trabalhar e consolidar o conhecimento** sobre o tema em questão.
- A dinâmica de **Bingo** serve como sistema de pontuação e motivação: cada resposta correta permite à equipa colocar uma peça no seu cartão. A equipa vencedora é a que fizer **Bingo** primeiro.
- **Materiais:** O jogo utiliza as **15 afirmações Verdadeiro ou Falso** que correspondem às questões do **Questionário de Conhecimentos sobre o Álcool (QCaA)** que obtiveram a **Menor Percentagem de Respostas Corretas** e as que contêm **mitos e percepções** sobre o álcool.
 - **3 Cartões tipo Bingo** (formato A3) com peças de cores (rosa, amarelo, verde) para as equipas.
 - **1 Bandeirola dupla face** (vermelha e verde) para as respostas das equipas.
 - **1 Pannel com 15 envelopes**, contendo cada um a afirmação e o cartão da resposta (Verdadeiro/Falso).
 - **1 Caixa com 15 números** (correspondentes aos envelopes).



Apêndice XVIII - Satisfação dos Alunos 7º ano face às Sessões de Ação de Educação



Apêndice XIX – Orçamento

Descrição	Quantidade	Custo Unitário(euros)	Custo Total(euros)
Papel Autoclante	1 Rolo	2,50 €	2,5 €
Carrinho Compras	1 unidade	22,5€	22,5€
Fotocópias	500 unidades	0,04 €	20 €
Papel Eva	10 unidades	1,5€	15€
Pen-drive	1 unidade	6€	6€
Quadro-Tela	1 unidade	6,5€	6,5€
Envelopes grandes	5 unidades	1,25€	6,25€
Envelopes pequenos	50 unidades	0,10€	5€
Balões	2 sacos	1,5€	3€
Canetas	20 unidades	1,5€	30€
Garrafas de Água	20 unidades	0,50€	10€
Sacos de Papel	20 unidades	0,90€	18€
Vaso Plástico	1 unidade	4,5€	4,5€
Balde Gelo	1 unidade	6,5€	6,5€
“Cabeça” esferovite	1 unidade	3,5€	3,5€
Tubo de Cola	1 unidade	7€	7€
Professores (hora)	10 horas	10,5€	105€
Enfermeiros (hora)	200 horas	9,5€	1900€
Deslocações viatura própria	5	15€	75 €
			Total:1.258,75 €

Apêndice XX – Análise SWOT / FOFA

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Parceria entre Município, Escola e UCC	Data realização do Estágio
UMS-Unidade Móvel Saúde	Distância UCC-Escola,>tempo deslocação,>risco acidente
Oportunidades	Ameaças
PRR-Aumenta probabilidade de PIC ser aprovado e de parceria com Município	Pouca colaboração Encarregados de Educação
	Tempo restrito para efectuar o PIC

ANEXOS

ANEXO I – Questionário QCaA

Questionário - QCaA

Caro Aluno,

Este projeto de Intervenção Comunitária surge no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (em Associação) sob orientação pedagógica da Senhora Professora Doutora [redacted] e orientação clínica da Senhora Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária [redacted] na UCC [redacted].

A realização deste estudo pretende avaliar e caracterizar o conhecimento dos alunos do 7º ano da Escola Básica e Secundária [redacted], relativamente ao consumo do álcool e prevenir o consumo do mesmo através da literacia para a prevenção do consumo de álcool. Para a concretização deste projeto, será distribuído um questionário em contexto escolar da autoria da Senhora Doutora Teresa Barroso intitulado “Conhecimento do Consumo do Álcool” e designado por (QCaA), que será preenchido pelos alunos do 7º ano, em sala de aula, após entrega do consentimento informado pelo seu encarregado de educação.

Este questionário serve para podermos ajudar-te a melhorar os conhecimentos acerca do álcool e por isso queríamos saber o que já sabes sobre esta temática.

Lê as frases que se seguem, assinalando no ícone  com "Verdadeiro" se considerares que a frase é verdadeira ou "Falso" se considerares que a frase é falsa.

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

➤ ☐ Verdadeiro ☐ Falso

2. O consumo de álcool pode causar dependência.

➤ ☐ Verdadeiro ☐ Falso

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

➤ ☐ Verdadeiro ☐ Falso

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

➤ ☐ Verdadeiro ☐ Falso

5. Nem todas as bebidas alcoólicas contém álcool.

6. O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
7. Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um ou dois copos de bebidas sem ser bebidas destiladas, repartidas pelas principais refeições.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
8. As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
9. As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque o álcool ajuda a fazer a digestão.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
10. O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
11. O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
12. O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
13. Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
14. Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura, reagem da mesma à mesma quantidade de álcool.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
15. Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
16. O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerido.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
17. O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
18. A idade não tem influência na capacidade de o fígado "queimar" o álcool.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
19. É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grande quantidade.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
20. Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
21. As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebé.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
22. O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
23. Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira a não se sentir tonto ou maldisposto.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso

24. A cerveja é boa para "matar" a sede.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
25. O álcool das bebidas alcoólicas é "queimado" no fígado.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
26. Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
27. O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
28. O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem-dispostas.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
29. Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
30. O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
31. As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam com moderação.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
32. No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
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.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
34. As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
35. O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações nos reflexos.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
36. O fígado está preparado para "queimar" qualquer quantidade de álcool.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
37. Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
38. O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
39. Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas diferentes.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso
40. O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, afogamentos, queimaduras, quedas e outros acidentes.
- ☐ Verdadeiro ☐ Falso

Obrigada pela tua participação!
Maria José Gonçalves
Enfermeira e Aluna do Mestrado em Saúde Pública (em Associação)

Junho de 2025

ANEXO II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia(1) e a Convenção de Oviedo(2)

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, proceda por favor à assinatura deste documento.

“ Literacia para a Prevenção do Consumo de Álcool em Alunos do 7º ano do 3º ciclo “

Enquadramento: Este projeto de Intervenção Comunitária surge no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (IPS em Associação) sob orientação pedagógica da Senhora Professora Doutora Paula Gato e orientação clínica da Senhora Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária

Explicação do Estudo: A realização deste estudo pretende avaliar e caracterizar o conhecimento dos alunos do 7º ano da Escola Básica e Secundária relativamente ao consumo do álcool e prevenir o consumo do mesmo através da literacia para a prevenção do consumo de álcool. Para a concretização deste projeto será distribuído um questionário em contexto escolar da autoria da Srª Doutora Teresa Barroso, Conhecimento do Consumo do Álcool (QCaA), que será preenchido pelo seu educando em sala de aula.

Posteriormente, após análise dos dados e de acordo com as conclusões dos mesmos, pretende-se desenvolver ações de educação para a saúde, com o objetivo de promover a diminuição do consumo de álcool. A seleção dos participantes obedece a que sejam adolescentes entre os 12 e os 16 anos a frequentar o 7º ano Escola Básica e Secundária e que tenham o consentimento dos encarregados de educação para participar no estudo.

Condições e financiamento: A participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida. Pode recusar a participação do seu educando sem qualquer tipo de consequências e este pode também abandonar o estudo a qualquer momento, desde que seja essa a sua vontade.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de caráter científico, mantendo sempre o anonimato e confidencialidade. Os questionários não serão nomeados e uma vez que serão respondidos em papel, posteriormente serão destruídos de forma apropriada.

Agradeço desde já a sua participação, para o esclarecimento de qualquer dúvida, poderá contactar:

Enfermeira Maria José Costa Gonçalves, Telemóvel: 968

E-mail: mariajose

Assinatura do Investigador: _____

(Documento para o encarregado de educação)

1 http://portal.arsnorte.min-saude.pt/porta/ARSNorte/Comiss%C3%A3o20%C3%89tica/Ficheiros/Declara%C3%A7%C3%A3o_Helsinqia_2008.pdf

2 <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Declaração de Consentimento

Declaro ter lido e compreendido este documento, e esclarecido as dúvidas que tenho acerca do mesmo. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar a participação do meu educando neste estudo, sem qualquer tipo de consequência. Desta forma, aceito que o meu educando participe neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária serão fornecidos, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome do Aluno: _____

Ano: _____ Turma: _____

O Encarregado de Educação

NOME: _____

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

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA : _____

Data: ____/____/____

(Documento para devolver ao Diretor de Turma)

Este documento é composto por duas páginas e feito em duplicado: uma via para o investigador e outra para a pessoa que consente.

ANEXO III – Parecer da Comissão Ética para a Saúde

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

GID Gabinete

DELIBERAÇÃO:

NOTA DE SERVIÇO

PARA: Exma. Sr.ª Diretora Clínica dos Cuidados de Saúde Primários

Exma. Sr.ª Enfermeira Diretora,

DE: Dr. [Redacted] Coordenador da Área de Investigação do Centro de Formação, Investigação e de Epidemiologia Clínica

14-05-2023

ASSUNTO: Autorização para realização de um questionário numa escola do concelho de [Redacted]

A En.ª Maria José Costa Gonçalves, [Redacted], no âmbito de estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a decorrer na Unidade de Saúde Pública Ambulatória - Pólo de Setúbal e UCC Palmela, pretende desenvolver um projeto de intervenção comunitária de acordo com o Plano Local de Saúde [Redacted] o Programa Nacional de Saúde Escolar. O objetivo geral deste projeto visa contribuir na promoção de comportamentos saudáveis que conduzam à prevenção do Consumo de Substâncias Aditivas - Alcool nos Adolescentes.

Nesse âmbito e com o objetivo de fazer um diagnóstico de situação relativo ao grupo a ser estudado, pretende caracterizar e avaliar o conhecimento dos adolescentes relativamente ao consumo de álcool através da aplicação de um questionário, o QCaA - Questionário de Conhecimentos Acerca do Alcool da Dr.ª Teresa Barroso, entre 1 de maio e 31 julho do ano letivo 2022/23, aos alunos do 3.º ciclo, 7.º ano, numa escola do concelho de Palmela.

A participação dos alunos será voluntária e após obtenção de consentimento informado por parte dos encarregados de educação. Será garantida a confidencialidade dos dados obtidos e garantidos ao longo de todo o projeto os princípios éticos inerentes.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, mantendo o total anónimo. A informação e os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos da área, garantindo o sigilo e o anonimato.

A En.ª Maria José Costa Gonçalves solicita autorização para a realização do dito questionário numa escola do concelho de [Redacted]

Fica ao exposto submeter-se à consideração superior,

[Redacted]

DESPACHO

Data 15 MAIO 2023

Dr. [Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

ANEXO IV- Autorização da Monitorização Inquéritos em Meio Escolar

Maria José <mariajosegoncalves74@gmail.com>
Para: O Maria Jose Costa Goncalves
ter, 24/06/2025 14:38

Responder Responder a todos Reencaminhar

----- Forwarded message -----
De: <mime.noreply@min-educ.pt>
Date: segunda, 23/06/2025, 11:06
Subject: Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 1721400001
To: <mariajosegoncalves74@gmail.com>

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 1721400001, com a designação *Literacia em Saúde na Prevenção de Consumo de Álcool em Alunos do 3º ciclo*, registado em 04-06-2025, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Maria José Costa Gonçalves
Cumpre-nos informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é aprovado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas, dando conhecimento das mesmas à orientadora da investigação académica/responsável pelo estudo.
Com os melhores cumprimentos
David Sousa
Diretor-Geral da Educação

Observações:

a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque sensíveis, do foro da saúde e vida privada, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamento de Escolas e com os encarregados de educação/representantes leais dos participantes.

ANEXO V – Orientação MonkeyPox



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

ORIENTAÇÃO

NÚMERO: 004/2022

DATA: 31/05/2022

ATUALIZAÇÃO 15/09/2022

Graça Freitas

Digitally signed by Graça Freitas
DN: cn=PT, ou=Direção-Geral da
Saúde, ou=DS, ou=Direção-Geral
da Saúde, cn=Graça Freitas
Date: 2022.09.15 12:19:53 +0100

ASSUNTO:	Abordagem de casos de infeção humana por vírus <i>Monkeypox</i> (VMPX)
PALAVRAS-CHAVE:	Infeção humana por vírus <i>Monkeypox</i> (VMPX), Infeciologia, Vigilância, Diagnóstico laboratorial
PARA:	Sistema de saúde
CONTACTOS:	Centro de Emergências em Saúde Pública – cesp@dgs.min-saude.pt
SUMÁRIO DA ATUALIZAÇÃO:	Atualização de vários pontos ao longo da Orientação, nomeadamente nas seções de Definição de caso (2.), Abordagem clínica de grávidas (8.), Notificação de caso (10.-13.), Diagnóstico laboratorial 14.-23.), Gestão de Contactos (31.- 37.), Vigilância de contactos (38. -43.) e Vacinação (46.)

ANEXO VI – Norma Hepatite A



Rita Sá
Machado

Digitally signed by Rita Sá Machado
DN: c=PT, ou=Direção Geral da
Saúde, ou=Direção, o=Direção-
Geral da Saúde, ou=Rita Sá Machado
Quarta, givenName=Rita Manuel,
cn=Rita Sá Machado
Date: 2025.07.31 17:40:00 +0100

NORMA

Número: 007/2025

Data: 31/07/2025

Assunto: Estratégia de imunização contra a Hepatite A

Palavras-Chave: Hepatite A; Vírus da Hepatite A; Imunização; PNV; Pré-exposição; Pós-exposição; Surto

Para: Sistema de Saúde.

Contatos: vacinas@dgs.min-saude.pt

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do art.º 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, e do art.º 5 da Portaria n.º 114/2024/1, de 22 de março, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emite a seguinte Norma:

A presente Norma foi elaborada com base no contexto epidemiológico atual da hepatite A em Portugal, bem como nas recomendações da Comissão Técnica da Vacinação (CTV). Esta Norma pretende atualizar os esquemas vacinais recomendados contra a hepatite A em contexto de pré-exposição, pós-exposição/surto de hepatite A e do Programa Nacional de Vacinação (PNV).

ESTRATÉGIA DE IMUNIZAÇÃO

1. Em Portugal, recomenda-se a vacinação contra a hepatite A a grupos com risco acrescido de exposição ou de gravidade da doença.
2. A vacinação contra a hepatite A em contexto de pré e pós-exposição é gratuita, incluindo o controlo dos surtos. No âmbito do PNV, a vacina contra a hepatite A deve ser administrada em