



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Especialização em Enfermagem Comunitária**

**Relatório de Estágio**

**“ÁLCOOL, EU ESCOLHO E DECIDO”**

**SENSIBILIZAR OS ADOLESCENTES PARA OS PROBLEMAS  
QUE ADVÊM DO CONSUMO DE ÁLCOOL**

**Idalina Maria Falcão Vermelho Moreira**

**Lisboa, 2012**





# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem Comunitária**

**“ÁLCOOL, EU ESCOLHO E DECIDO”**

**SENSIBILIZAR OS ADOLESCENTES PARA OS PROBLEMAS  
QUE ADVÉM DO CONSUMO DE ÁLCOOL**

**Idalina Maria Falcão Vermelho Moreira**

**Relatório de estágio apresentado para obtenção do grau de  
Mestre em Enfermagem Comunitária, sob a orientação da  
Professora Deolinda Bernardo**

**Lisboa, 2012**



## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, professora Deolinda, pela motivação que me soube transmitir, pela atenção, orientação e pela sua grande capacidade de compreensão que sempre mostrou.

À enfermeira M<sup>a</sup> João Bernardo, pelo seu bom senso e compreensão.

À enfermeira M<sup>a</sup> do Céu, pelo seu entusiasmo, colaboração e boa disposição que acompanhou todas as fases deste projeto.

Aos professores da escola e aos estudantes que participaram no projeto, pela sua valiosa colaboração, a quem quero aqui expressar os meus agradecimentos.

A todos os colegas que estiveram sempre presentes e me ajudaram nos momentos de crise e que apesar de não aparecerem aqui nomeados, ao lerem este parágrafo se reconhecerão.

À minha família, pela força e coragem que sempre me transmitiram.

A todos os que tornaram possível a realização deste projeto o meu BEM HAJA.

## **RESUMO**

A adolescência é um tempo de maturação física, emocional e psicossocial, culminando na construção da identidade e da autonomia. Caracteriza-se pelo contato com sensações e experiências até então desconhecidas, levando a múltiplas condutas de experimentação, das quais o consumo de álcool assume particular relevância.

O meio escolar é um ambiente privilegiado para a intervenção de enfermagem, pois é nele que o adolescente passa parte do seu tempo e onde constrói as relações com os pares. Por outro lado, é neste meio que se abrange o maior número de adolescentes. A enfermagem comunitária, focada nos grupos e na comunidade, encontra-se especialmente habilitada a capacitar os adolescentes para a tomada de decisão consciente face à oferta de álcool, através da promoção da saúde.

Este projeto de intervenção comunitária teve como finalidade contribuir para a capacitação dos alunos dos 7<sup>os</sup> anos de uma Escola Básica e Secundária do concelho da Amadora, para os problemas que advém do consumo de álcool. O respetivo objetivo geral foi: sensibilizar os alunos dos 7<sup>os</sup> anos de uma Escola Básica e Secundária do concelho da Amadora, para a problemática do consumo de bebidas alcoólicas e suas complicações.

Como metodologia, seguiu-se o Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares, Imperatori e Giraldes, e, como referencial teórico, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e a Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura.

No diagnóstico de situação recorreu-se à aplicação da Escala de representações sociais do consumo de álcool em adolescentes e a uma grelha para recolha de dados socioeconómicos e culturais dos adolescentes.

Os resultados mostraram que os adolescentes da amostra têm pouca informação sobre os efeitos e as consequências do álcool, apresentam atitudes desfavoráveis face á oferta de álcool e têm crenças positivas associadas aos possíveis efeitos do consumo de álcool.

A utilização de modelos teóricos auxiliou a dimensionar a intervenção de enfermagem para os problemas e interesses dos adolescentes.

Com a elaboração deste projeto realçou-se a importância da promoção da saúde e a capacitação dos adolescentes, para a problemática do consumo de álcool.

Todo o percurso feito para a realização deste projeto, permitiu desenvolver competências especializadas em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: adolescentes, álcool, capacitação, promoção da saúde

## **ABSTRACT**

Adolescence is a period of physical, emotional and psycho-social maturation, culminating in the construction of the identity and the autonomy of the being. It is characterized by the discovery of feelings and experiences unknown until then. This leads to multiple experimentation pathways, in which the consume of alcohol is of particular relevance.

The scholar environment is a place privileged for nurse intervention, because it is here that the teenagers spend most of their time and where they build most of their relationships with their peers. On the other hand, this is the environment in which you can cover the largest number of teenagers. Community nursing is focused not only on single groups, but also on the whole community, is especially qualified to teach the teenagers on how to take the right, conscious call, when confronted with the offering of alcohol, through the promotion of a healthy behavior.

This community intervention project had, as a final goal, the objective of teaching and enabling the students of the 7<sup>th</sup> degrees of the Middle and High school of the Amadora county, to the problems that arise from the consume of alcohol, therefore the main goal was to sensitize this students to the problems that come from the consume of alcoholic beverages and its complications.

As a methodological procedure, the Health Planning according to Tavares, Imperatori and Giraldes was followed. As a theoretical reference, the Health Promoting Model by Nola Pender and the Social Learning Theory by Albert Bandura were followed.

For the diagnosis of the situation, we applied the Scale for the social representation of the consumption of alcohol in teenagers, and the grid for the collection of the social-economic and cultural data of the teenagers.

The results show that the teenagers in the analyzed sample had little information about the effects and consequences of alcohol consumption, exhibiting unfavorable behaviors when confronted with the offering of alcohol and positive beliefs regarding the possible effects of alcohol consumption.

The use of theoretical models assisted scaling the nursing intervention on the problems and interests of the teenagers

With this project, it was noted the significance of health promotion and its ability to raise the awareness of teenagers for the issue that the consumption of alcoholic beverages actually is.

Throughout the execution of this project, skills specialized in community nursing were acquired and developed.

Key-words: Teenagers, alcohol, empowerment, health promotion

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. Adolescência.....</b>	<b>13</b>
1.1.1. Representações sociais na adolescência.....	13
1.1.2. O Adolescente e o consumo de álcool.....	14
<b>1.2. Promoção da saúde em adolescentes.....</b>	<b>15</b>
1.2.1. Os comportamentos.....	16
1.2.2. As crenças.....	17
1.2.3. O papel dos grupos de pares1.....	19
1.2.4. O papel da família.....	20
<b>1.3. Promoção da saúde na escola.....</b>	<b>21</b>
1.3.1. O papel da escola.....	22
<b>1.4. O papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na escola.</b>	<b>23</b>
<b>2. QUADRO DE REFÊNCIA NORTEADOR.....</b>	<b>26</b>
2.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.....	26
2.2. Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura.....	27
<b>3. PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO.....</b>	<b>29</b>
3.1. Finalidade e objetivo geral.....	29
3.2. Metodologia.....	29
3.3. Gestão do tempo e plano de trabalho.....	29
3.4. Local de intervenção.....	30
3.5. População alvo.....	30
<b>4. ETAPAS DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....</b>	<b>31</b>
<b>4.1 Diagnóstico de situação.....</b>	<b>31</b>
4.1.1. Questões éticas.....	31
4.1.2. O contato com a comunidade e a análise da situação.....	32
4.1.3. Descrição das atividades.....	33

<b>4.1.4. Instrumentos e processos de colheita de dados .....</b>	<b>34</b>
<b>4.1.5. Tratamento e análise de dados.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1.6 Caraterização da estrutura do grupo segundo o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2. Definição de prioridades.....</b>	<b>44</b>
<b>4.3. Diagnósticos de enfermagem.....</b>	<b>45</b>
<b>4.4.Fixação de objetivos e seleção de estratégias.....</b>	<b>46</b>
<b>4.5 Preparação operacional e programação.....</b>	<b>46</b>
<b>4.6 Execução.....</b>	<b>48</b>
<b>4.7 Avaliação.....</b>	<b>48</b>
<b>4.8. Limitações do projeto.....</b>	<b>50</b>
<b>5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....</b>	<b>53</b>
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>55</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>64</b>
APÊNDICE I - Cronograma do projeto (previsto e reformulado)	
APÊNDICE 2 – Autorização do diretor da Escola	
APÊNDICE 3 – Consentimento dos Encarregados de Educação	
APÊNDICE 4 – Escala de representações sociais do consumo de álcool em adolescentes	
APÊNDICE 5 – Grelha para recolha de informação das fichas dos alunos	
APÊNDICE 6 – Distribuição dos alunos segundo o género	
APÊNDICE 7 – Distribuição dos alunos segundo as idades	
APÊNDICE 8 – Distribuição dos alunos segundo a experiência de consumo de álcool e o género	
APÊNDICE 9 – Distribuição dos alunos segundo a experiência de consumo de álcool e as idades	
APÊNDICE 10 - Tabela de caracterização socioeconómica e cultural do aluno	
APÊNDICE 11 – Tabela de caracterização socioeconómica e cultural do pai	
APÊNDICE 12 – Tabela de caracterização socioeconómica e cultural da mãe	
APÊNDICE 13 – Tabela de caracterização socioeconómica e cultural do Encarregado de Educação	
APÊNDICE 14 – Dimensões da escala e respetivas afirmações	
APÊNDICE 15 - Frequências absolutas e relativas da dimensão Informação	

APÊNDICE 16 – Frequências absolutas e relativas da dimensão Atitudes  
APÊNDICE 17 - Frequências absolutas e relativas da dimensão Crenças  
APÊNDICE 18 - Tabela de Priorização dos Problemas segundo o Método de Hanlon  
APÊNDICE 18 – Objetivos, metas, estratégias e atividades  
APÊNDICE 20 - Portfólio das intervenções de enfermagem  
APÊNDICE 21- Indicadores de processo ou atividade  
APÊNDICE 22 – Indicadores de resultado ou impacto

**ANEXOS.....163**

ANEXO I – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender  
ANEXO II – Autorização das autoras da Escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes  
ANEXO III – Escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes  
ANEXO IV – Classificação Portuguesa das Profissionais 2011

**ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 – Diagnósticos de Enfermagem segundo a dimensão

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ASE – Ação Social Escolar

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção-Geral de Saúde

Enf.º<sup>(a)</sup> – enfermeiro(a)

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PES – Promoção e Educação para a Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

TEIP – Território Educativo de Intervenção Prioritário

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

## INTRODUÇÃO

No âmbito da frequência do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, foi realizado um estágio de intervenção comunitária, subordinado ao tema do consumo de álcool, com a designação de “Álcool, eu escolho e decido”, que decorreu numa Escola Básica e Secundária do concelho da Amadora, dirigido a todas as turmas dos 7ºs anos. A realização do projeto de estágio de intervenção comunitária surgiu para dar resposta ao solicitado pela Unidade Curricular II, pela necessidade expressa pela Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Amadora+ do ACES VII da Amadora de modo a contribuir para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, na área da Saúde Escolar.

Este projeto tem como finalidade: Contribuir para a capacitação dos alunos dos 7ºs anos de uma Escola Básica e Secundária do concelho da Amadora, para os problemas que advém do consumo de álcool, e como objetivo geral: sensibilizar os alunos dos 7ºs anos de uma Escola Básica e Secundária do concelho da Amadora, para a problemática do consumo de bebidas alcoólicas e suas complicações.

A escolha do tema prendeu-se com o elevado número de jovens que consomem bebidas alcoólicas. Em Portugal, mais de 60% dos jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, e mais de 70% acima dos 16 anos, consomem regularmente bebidas alcoólicas (EQUIPA AVENTURA SOCIAL, 2001). Um outro estudo da equipa do AVENTURA SOCIAL & SAÚDE (2010) verificou que cerca de 40% dos jovens, refere ter bebido álcool pela primeira vez aos 12-13 anos e aos 11 anos menos de 26%, cerca de 60% refere ter ficado embriagado pela primeira vez aos 14 anos ou mais. Por outro lado, o adolescente passa a maior parte do seu tempo na escola, sendo este um ambiente privilegiado para a realização de ações que promovam a saúde (WHO, 2000). Para a OMS (2002) o álcool é um dos graves problemas de Saúde Pública, implicando sérias consequências pessoais, familiares, sociais e económicas.

A enfermagem comunitária sobressai das diversas especialidades de enfermagem, pela sua posição privilegiada no ambiente natural das comunidades, na promoção de saúde de indivíduos, grupos, famílias e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Williams & Stanhope, 2011). Desenvolvendo a sua prática,

“centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença (...), dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre determinantes de saúde na comunidade” (CORREIA et al, 2001, p.75).

A intervenção da enfermagem comunitária tem como foco primário a comunidade e a promoção da saúde. Sendo o aumento do consumo de bebidas alcoólicas entre os adolescentes considerado um problema grave, é necessária uma intervenção ao nível da promoção da saúde. Para tal, o desenvolvimento de competências especializadas na intervenção em enfermagem comunitária, utilizando estratégias adequadas ao grupo de adolescentes alvo, visando a aquisição de comportamentos saudáveis e consequentemente melhores níveis de saúde neste grupo e comunidade.

Assim, para a realização deste projeto, esteve subjacente a Metodologia do Planeamento em Saúde preconizada pela Ordem dos Enfermeiros, no perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Considerou-se como quadro de referência o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, direcionado para a promoção da saúde. Este modelo congrega aspetos de várias teorias e modelos de mudança comportamental, nomeadamente a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura, que foi considerada também como quadro de referência.

Em relação à estrutura, este relatório, desenvolve-se ao longo de cinco capítulos, sendo o primeiro destinado ao enquadramento teórico, no sentido de fundamentar a problemática, efetuou-se uma pesquisa bibliográfica de forma a abordar alguns conceitos relacionados com o álcool, a adolescência, a importância da saúde escolar para a promoção da saúde dos adolescentes e o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. No segundo foi feita uma breve abordagem ao quadro de referência norteador e no terceiro foi dado a conhecer o planeamento do trabalho de campo efetuado. No quarto capítulo procedeu-se à apresentação das etapas do planeamento em saúde, fazendo-se a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, as questões éticas e as limitações do projeto. No quinto capítulo, procedeu-se à reflexão acerca do desenvolvimento de competências ao nível do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e no sexto capítulo foi feita a conclusão.

Para melhor enquadrar a problemática realizou-se pesquisa na área legislativa, onde se desenvolveu o projeto, que é apresentada em Apêndice. Devido à extensão da apresentação dos resultados da Escala de representações sociais e da grelha de caracterização da amostra, estes são apresentados em apêndice.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1.A adolescência

A adolescência é habitualmente conotada como uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, correspondendo à segunda década de vida (a OMS, 1986, define-a entre os 10 e os 19 anos, subdividindo-a em duas etapas, dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos), e na qual a pessoa deve desenvolver-se de forma a ser capaz de responder aos desafios da vida adulta, de forma independente. Do latim *adolescere* representa crescer. Mas, não só o desenvolvimento físico é diferente nas várias fases, como o status social também o é, assim afirma Offer e Boxer (1995), é na adolescência, que ocorrem inúmeras graduações por idade; por exemplo, na atribuição de maturidade social relacionada a comportamentos como o consumo de álcool, o direito de conduzir e o de votar, levando os mesmos autores a referirem-se a estas graduações enfatizam o uso da idade cronológica como um símbolo de status social e, assim, acentua a distinção entre os subgrupos de adolescentes.

É uma etapa do desenvolvimento do ser humano, marcada por um rápido crescimento físico, emocional e social. De acordo com Fernandes (2000), a adolescência é um processo complexo e dinâmico de descoberta, de construção e de desenvolvimento da identidade própria, que engloba a maturação em diversos âmbitos da personalidade. A OMS (1975), ressalva que não se impõem limites específicos à adolescência, sendo o conceito de adolescência uma classificação social que varia na sua composição e implicações. Sendo a adolescência, tempo de descobertas e expectativas, de dúvidas e angústias, para desafiar os adultos ou pertencer a determinado grupo, podem acontecer o consumo das primeiras bebidas alcoólicas e dos primeiros consumos ilícitos. Mas da mera curiosidade à dependência a linha é estreita. Este período vital é geralmente considerado um período de saúde, pois esta faixa etária é menos vulnerável à doença. Contudo, isso não significa que não sejam confrontados com problemas de saúde, a maioria dos quais associados ao seu comportamento, à sua relação com o meio e às mudanças sociais porque vão passando (MATOS, SIMÕES & CANHA, 2000). Muitas das escolhas feitas nesta fase, têm o seu impacto na saúde, e perduram por longo tempo, chegando mesmo a afetar durante todo o ciclo vital.

Cabe aos enfermeiros intervir de forma positiva junto dos adolescentes promovendo escolhas adequadas e incentivando comportamentos saudáveis, através do desenvolvimento da responsabilidade, da autonomia e da confiança em si próprio.

### 1.1.1. Representações sociais na adolescência

Destacando a subjetividade e o carácter social das representações, Abric (1987) refere-se a representações sociais, como, “o conjunto organizado de informações, atitudes, crenças que um indivíduo ou um grupo elabora a propósito de um objeto, de uma situação, de um conceito, de outros indivíduos ou grupos apresentando-se, portanto, como uma visão subjectiva e social da realidade.” (ABRIC, 1987, p.64). Costa (2000) enfatiza que a autoestima é talvez a variável mais crítica que afeta a participação exitosa de um adolescente com outros num projeto. Os adolescentes com baixa autoestima desenvolvem mecanismos que provavelmente distorcem a comunicação dos seus pensamentos e sentimentos e dificultam a integração no grupo.

O autoconceito e a autoestima são a base da representação social que o adolescente tem de si mesmo. São fatores importantes na relação do adolescente consigo próprio e com os outros, influenciando a percepção dos acontecimentos e das pessoas, vai marcar o comportamento e as vivências do adolescente.

Sendo a adolescência um período de construção da identidade, as representações sociais que os adolescentes desenvolvem, individualmente ou em grupo, vão condicionar o seu comportamento futuro.

Moscovici afirma: “...a representação social é um *corpus* organizado de conhecimentos e uma das actividades psíquicas graças às quais os homens tornam a realidade física social inteligível, se inserem num grupo numa relação quotidiana de trocas, liberam o poder da sua imaginação. (MOSCOVICI, 1961, p.27-28)

Corroborando desta ideia e dando uma definição mais consensual, para Jodelet (2002, p.22): “as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objectivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

A mesma autora sintetiza a ideia quanto à representação social ter origem individual ou coletivo e se referir a um objeto, toda a representação social é representação de alguém e de alguma coisa, e refere-se a um objeto e tem um conteúdo.

Vala (1996) considera as representações como sociais porque são partilhadas por uma variedade de sujeitos, podendo ter uma função identitária para os grupos que as partilham, permitindo definir a sua identidade, proteger a sua especificidade de grupo, situando-as num determinado contexto social.

Analisando ainda o fenómeno das representações sociais como construções mentais, evidências que fazem parte do nosso dia-a-dia, Jodelet (2001) enfatiza o facto de que, como ser social, o homem precisa de ajustar-se ao mundo em que vive, sobretudo para se adequar a ele, no que se refere a comportamento e sobrevivência. Isso implica uma contínua de informações sobre o mundo, sendo estas de grande importância para a vida quotidiana, na medida em que instrumentalizam o indivíduo para a vida em sociedade. A autora observa que na sequência dessa realidade, criamos representações, sendo um ato fundamental, pois o homem não vive só, ele compartilha um mundo povoado de objetos, acontecimentos e pessoas. As representações que criamos acerca de um determinado objeto são sociais. É através delas que definimos e interpretamos diferentes aspetos da realidade diária. As nossas decisões são tomadas em conformidade com as representações sociais que elaboramos ao longo da vida.

### **1.1.2. O Adolescente e o consumo de álcool**

Segundo a OMS (1993), o consumo de álcool tem vindo a aumentar, quer em quantidade, quer em frequência e tem diminuído a idade de iniciação ao mesmo. O álcool é a droga de eleição entre os jovens que passam pela experiência de beber em excesso cada vez mais cedo.

É durante este período que surgem alguns dos mais importantes problemas de saúde pública global, como o consumo de tabaco, de álcool e de drogas ilícitas (EQUIPA AVENTURA SOCIAL, 2007). A promoção da saúde do jovem tem implicações para o resto da população, pois a doença no jovem tem efeitos nos seus pais e na família alargada. A intervenção tem as suas especificidades e constitui um grande desafio, pois cada período do desenvolvimento tem formas diferentes de abordagem e de intervenção (WHO, 2005).

Estudos revelam que o consumo de álcool, tem início cerca dos 13 anos. Um estudo da equipa do AVENTURA SOCIAL & SAÚDE (2010) verificou que cerca de 40% dos jovens inquiridos, refere ter bebido álcool pela primeira vez aos 12-13 anos e menos de 26% aos 11 anos, cerca de 60% refere ter ficado embriagado pela primeira vez aos 14 anos ou mais. No mesmo estudo verifica-se que os jovens consomem bebidas alcoólicas durante o fim-de-semana à noite. As alterações nos padrões de consumo entre os jovens, tanto no tipo de bebidas, quer na forma como são consumidas e na altura em que esse consumo se faz, os dados indicam que a ingestão de álcool com menos de 18 anos está a crescer em Portugal. Um dos fenómenos que está em voga entre os jovens é o “binge drinking”, expressão importada do inglês, que significa ingestão rápida de bebidas com elevado teor alcoólico, um padrão de consumo acelerado de álcool num curto espaço de tempo. O que antigamente acontecia no final de 4 a 5 horas de ingestão de vinho ou de cerveja, com este

consumo compulsivo, no espaço de uma hora já existem sintomas de intoxicação alcoólica. Por outro lado tem havido um aumento da ingestão de bebidas alcoólicas aos fins-de-semana ou em determinados contextos, ao nível das camadas jovens.

O consumo de álcool na adolescência, mesmo que indesejado pelo indivíduo, tem uma forte tónica de prazer, nomeadamente: o prazer do tóxico, o de ser aceite pelo grupo, o prazer do risco e toda uma série de benefícios secundários. (CARVALHO & LEAL, 2006)

Considerando que no desenvolvimento normal do adolescente este passa por mudanças no modo como se vê a si próprio e aos outros, a influência dos companheiros aumenta enquanto as influências parentais têm tendência a diminuir ou a ser combatidas pela rebeldia característica desta fase. O uso de drogas pode estar associado a qualquer um dos fatores deste desenvolvimento e visto como normal. (CAMBOR e MILLMAN, 1995).

Estudos revelam que quanto mais cedo se começa a beber, maior o número de indivíduos que tendem a tornar-se dependentes do álcool. Isto é especialmente grave se pensarmos nas consequências familiares, sociais e físicas. Sendo o consumo de álcool um problema presente e futuro.

## **1.2. Promoção da saúde em adolescentes**

A adolescência é uma fase do desenvolvimento caracterizada por rápidas mudanças físicas, psicológicas, culturais e cognitivas situada entre a infância e ser adulto. Na sua adaptação a todas estas alterações o adolescente vai construindo a sua identidade e autonomia. É ainda uma fase considerada crítica para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis. A principal preocupação vai no sentido de estimular nos adolescentes comportamentos e estilos de vida saudáveis, através da motivação para o autocuidado. A promoção da saúde do adolescente é objeto de debates e de conferências.

As Conferências Internacionais para a promoção da saúde, foram cruciais no que se refere ao desenvolvimento da saúde pública, já que o grande objetivo destas conferências tem sido a promoção da saúde, salientando o bem-estar de todos os povos, condição essencial para o desenvolvimento dos países. A declaração de Alma-Ata em 1978, afirma os cuidados de saúde primários como parte integrante do sistema de saúde de um país e chave para atingir as Metas de Saúde para todos no ano 2000. Em 1986 realiza-se em Ottawa a 1ª Conferência Internacional sobre a promoção da saúde. A declaração de Adelaide de 1988 refere-se a políticas públicas saudáveis. Em 1991 com a declaração de Sundsvall, há uma preocupação em criar ambientes saudáveis promotores de saúde. Também em Jakarta, em 1997, o tema da promoção da saúde mantém-se uma

constante. Com a conferência no México, em 2000, assiste-se a uma preocupação em termos de equidade na saúde e na carta de Bangkok em 2005, volta-se a falar de promoção de saúde num mundo globalizado. Em 2009, na 7ª conferência de promoção da saúde em Nairobi, no Quênia, reforça-se a necessidade de orientar as reformas dos cuidados de saúde primários para a promoção da saúde, em equidade, tendo em conta os atuais problemas de saúde ainda não resolvidos, que ameaçam a segurança das populações a nível global.

Portugal tem a preocupação de incluir nas suas políticas de saúde, as recomendações que são emanadas nestas declarações.

A Promoção da Saúde foi alvo de debate internacional em Ottawa (1986) e definida como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. É um conceito amplo que reforça a responsabilidade individual e social pela própria saúde, exigindo um trabalho multisectorial na procura e adoção de estilos de vida saudáveis. A Declaração de Jacarta (1997) reforça a necessidade de fazer com o povo. Debate-se assim a importância da participação comunitária, o processo pelo qual os indivíduos possuem capacitação para tomar parte e intervir nas decisões institucionais, governamentais e ambientais que afetem a sua saúde; a enfermagem comunitária promove nos cidadãos o empowerment para se tornarem pró-ativos e interventivos em todas as decisões que afetem o seu bem-estar. (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011)

### **1.2.1. Os Comportamentos**

Os adolescentes desafiam-se uns aos outros, ao fim de semana, em festas e jantares, incentivando-se a beber, muitas vezes, de forma exagerada. Não devendo generalizar a influência dos outros sobre o adolescente, a verdade é que, devido a comportamentos conformistas, de competição, comparação ou necessidade de inserção, os adolescentes acabam por consumir bebidas alcoólicas. (SOUSA et al, 2008)

Os mesmos autores consideram como mecanismos indutores dos comportamentos dos adolescentes em relação ao álcool, a pressão do grupo de pares, a imitação comportamental, o conformismo adaptativo e a liderança no seio do grupo.

A Interação Grupal deriva dos comportamentos dos adolescentes entre si e implica a influência mútua dos seus comportamentos dentro do grupo. Estas interações podem ser de cooperação e de conflito. (SOUSA et al, 2008)

Para este estudo será tratada apenas a cooperação, por ser ela a que melhor explica os comportamentos dos adolescentes em relação ao álcool, dentro de um grupo.

Com este comportamento de cooperação os indivíduos atuam solidariamente, para atingirem um objetivo comum. Podem surgir processos de influência grupal, que levam o indivíduo a ter condutas que sozinho não teria, o consumo excessivo de álcool é um exemplo. (SOUSA et al, 2008)

Outro comportamento presente nos adolescentes quando englobados num grupo é “O conformismo com o grupo, expresso na atitude de imitação comportamental é, na sua forma mais simples, a adoção dos mesmos comportamentos, atitudes e valores por parte do indivíduo, que os outros membros do grupo adoptam, mesmo contrariando os seus princípios.” (SOUSA et al, 2008, p.49)

A Liderança e Influência do Grupo, considerada importante pela sua influência no adolescente e nas interações que lhe estão associadas, segundo (SOUSA et al, 2008) considera este processo o mais importante das interações em que o indivíduo exerce a sua influência sobre os outros indivíduos, sendo que, a eficácia do líder depende da sua autoridade, e estando esta dependente da boa relação que existe entre os membros do grupo e entre o próprio líder.

É de salientar que neste trabalho se fez a distinção entre comportamentos e atitudes. Tendo como atitude uma intenção de se comportar de uma certa maneira, a intenção pode ou não ser consumada, dependendo da situação ou das circunstâncias. Uma avaliação global e apreendida de um objeto social (que pode ser uma pessoa, um lugar, um dado assunto ou qualquer objeto) que influencia o pensamento e a ação.

Em relação à aplicação do instrumento de recolha de dados, é avaliada a dimensão atitude, tal como refere Ribeiro (2004) em relação aos questionários que investigam o comportamento humano, as respostas dadas refletem mais aquilo que as pessoas têm intenção de fazer do que o que fazem.

Considerando que atitude é a intenção de se comportar, Ajzen (1988) afirma que atitude “é a disposição para responder favoravelmente ou desfavoravelmente a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimento” (p.4)

Entende-se comportamento como resposta externamente observável de uma pessoa a um dado estímulo. Surge como resultados operacionais da atitude (parte da estrutura do pensamento). Segundo Ribeiro (2004) citando ANASTASI (1990), afirma que existe discrepância entre o comportamento manifesto e as atitudes expressas.

### **1.2.2. As Crenças**

Sabe-se que o álcool está relacionado a vários efeitos e que não há uma crença específica mas um conjunto delas.

A crença poderá ser o resultado da interpretação errada de algo que aconteceu, ou resultado de uma interpretação segundo uma certa ótica e uma única perspectiva.

Dejours (1990) refere-se às virtudes do álcool como: energético, calmante, desinibidor, facilitador dos contactos, entre outras. Marlatt e Gordon (1993) acrescentam que beber está frequentemente acompanhado por crenças e expectativas positivas quanto ao resultado do efeito da substância (neste caso, o álcool). Entre as crenças mais frequentes, encontram-se as relacionadas com o álcool como equilibrador emocional, intelectual, social, fonte de prazer e excitação; de aumento de energia, calmante, antistressante e antidepressor.

Segundo Knapp et al (2004) existem três categorias de crenças, chamadas crenças aditivas, que facilitam o uso do álcool. As crenças antecipatórias, que levam o indivíduo à esperança de recompensa, de prazer e de gratificação pela utilização do álcool. As crenças de alívio, que levam o indivíduo à expectativa de que o álcool irá atenuar ou eliminar o desconforto psicológico como a ansiedade, a frustração ou até mesmo algum sofrimento. As crenças permissivas ou facilitadoras, levam o indivíduo a considerar o álcool como aceitável, independentemente das consequências.

Abordando as crenças de auto eficácia, da Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, são percepções que os indivíduos têm sobre as suas próprias capacidades. Estas crenças são de competência pessoal, proporcionam a base para a motivação, o bem-estar, e as realizações pessoais. Esta teoria, refere-se em relação ao papel das crenças de autoeficácia no funcionamento humano, como o nível de motivação, os estados afetivos e as ações das pessoas baseiam-se mais no que elas acreditam que é objetivamente verdadeiro. (BANDURA, 1997)

O conceito de autoeficácia propõe que as pessoas tendem a repetir certos comportamentos quando elas acreditam na capacidade pessoal de realizar corretamente esses comportamentos. Baseando-nos nestes autores em relação às crenças relacionadas com os efeitos do consumo de álcool, os adolescentes são influenciados por elas, são crenças que são transmitidas de geração em geração e no grupo de pares. Segundo Formigoni e Monteiro (1997), as expectativas e crenças a respeito do uso do álcool são formadas em idade bastante anterior ao consumo dessa substância e dos seus efeitos, sendo influenciadas pelos hábitos de ingestão de bebidas alcoólicas dos seus familiares.

Bandura (1977) define autoeficácia como o grau de confiança do indivíduo na sua própria capacidade de realizar um determinado comportamento num contexto específico. Assim, níveis mais elevados de autoeficácia terão resultados mais positivos em relação às crenças sobre os efeitos do álcool.

As crenças de autoeficácia de Bandura, vão permitir que os adolescentes acreditem nas suas capacidades para enfrentar as crenças associadas ao álcool. Para tal, este será um nível onde incidirão as intervenções de enfermagem a realizar com estes adolescentes.

### **1.2.3. O papel dos grupos de pares**

O grupo de pares, juntamente com a família e a escola, são os principais contextos em que os adolescentes desenvolvem as características pessoais e sociais de que necessitarão na vida adulta.

“Em termos cognitivos, o adolescente progride do que Piaget chamou de estágio das operações concretas (dos 8 aos 11 anos) até ao estágio das operações formais (dos 12 anos em diante). À medida que o pensamento do adolescente se torna mais abstrato e hipotético, expande-se sua visão de possíveis comportamentos nos quais se pode envolver. (CAMBOR e MILLMAN, 1995, p. 752) referem que “o adolescente percebe as inconsistências e irracionalidades dos adultos e pode racionalizar comportamentos que estes considerem desviantes (os professores ou pais são vistos como “alienados” ou hipócritas)”.

“Tipicamente, a necessidade de conformar-se ao grupo de iguais atinge o auge na adolescência, diminuindo, depois”. (CAMBOR e MILLMAN, 1995, p. 752)

Na sociedade existem ideias pré concebidas sobre a adolescência e o significado que é dado aos termos pares ou colega, por vezes conotados como negativos. Talvez por ser na adolescência os conflitos entre a família e o grupo de pares se tornam mais intensos. Para Sprinthall (2008), nas ideias populares sobre a adolescência, o termo colegas é quase um sinónimo de adolescente. Os termos “pressão de colegas” e “cultura de colegas”, na maior parte das vezes, é dada uma conotação negativa. Este autor também refere que muitas pessoas consideram que o crescente envolvimento dos adolescentes com os colegas leva a família a perder a influência que tem sobre os filhos, em favor de outros indivíduos da mesma idade que possuem atitudes e valores diferentes dos seus.

É durante a adolescência que os grupos atingem rapidamente uma estrutura nítida, por tal, englobam regras, exigindo determinados comportamentos dos seus membros para a obtenção de um estatuto no seu seio, de modo a que possam continuar a pertencer ao grupo. No princípio da adolescência, os grupos tornam-se com frequência quase tirânicos, no que diz respeito à obediência das regras comportamentais estabelecidas pelos seus elementos. (SPRINTHALL, 2008)

O termo “par” ou “colega” não tem que carregar um sentido negativo, pois, também é verdade que os pares contribuem positivamente para o desenvolvimento do adolescente, através de

variadas maneiras que não são possíveis à família. Corroboram desta ideia Deutsch e Gerard (1955) quando afirmam que a influência dos colegas pode ser de dois tipos: informal, os colegas funcionam como fontes de conhecimento acerca de padrões de comportamentais, atitudes, valores e consequências dos mesmos em diferentes situações e normativa, os colegas exercem uma pressão social sobre os adolescentes, no sentido de estes se comportarem de acordo com os padrões seguidos pelos outros elementos do meio a que pertencem. Tomar consciência do Eu, dos outros e dos sistemas sociais, no seio dos quais o indivíduo está inserido, é algo relativamente novo durante a adolescência. No entanto, esta nova sensibilidade às comparações sociais e à informação, acerca das consequências e das situações vivenciadas pelas outras pessoas, pode ter implicações tanto positivas como negativas para os adolescentes.

#### **1.2.4. O papel da família**

Considerando que muitos dos comportamentos relacionados com a promoção da saúde dos adolescentes, são aprendidos no contexto familiar, durante os primeiros anos de vida, assim, os adolescentes desde muito novos têm contacto com o álcool, muitos deles no seio da sua família. Nos adolescentes o consumo de álcool pode ser encorajado pelos pais, por na nossa cultura o uso do álcool estar associado ao lazer, descontração e diversão. Grande parte dos adolescentes iniciam o consumo de álcool em casa com a família, em ocasiões festivas, o início do consumo em contexto familiar é típico nos países mediterrâneos (BARROSO e BARBOSA, 2009). Sendo importante envolver a família nas atividades desenvolvidas na escola.

O estilo de vida, os hábitos, a nutrição, a atividade física, as competências sociais e as estratégias de comunicação são aspetos fulcrais da educação da criança e do adolescente, se existirem falhas em alguns destes aspetos, há fortes possibilidades de aparecimento de perturbações ao nível da saúde (WHO, 2000).

É na adolescência que a influência dos pares aumenta em contraste com a da família que tende a diminuir, pelo que

“a influência parental sobre questões de estilo de vida diminui durante este período, enquanto passam a predominar as preocupações acerca da estima dos companheiros, particularmente a necessidade de adaptar-se a um grupo de iguais, um fator que apresenta uma relevância direta para o uso de cigarros, álcool e outras drogas.” (CAMBOR e MILLMAN, 1995, p. 752)

Os mesmos autores referem como o comportamento dos pais pode influenciar os adolescentes, adiantam que

“embora o adolescente saiba que seus pais desaprovam o hábito de fumar cigarros, faltar às aulas, escutar música em volume alto ou tomar drogas, pode ser mais importante para ele, neste período, ser popular e ter uma sensação de se “encaixar” em algo. Os adolescentes podem usar os comportamentos dos próprios pais como exemplos para justificar suas ações ou orientar-se por adultos com visões similares às suas próprias.” (CAMBOR e MILLMAN, 1995, p. 752)

As influências familiares estão entre as mais precoces e mais importantes. Ainda segundo os mesmos autores referem que os adolescentes criados em famílias onde um dos membros tem um problema de abuso de álcool, estes têm mais tendência para abusarem de drogas. Sendo que a maioria dos adolescentes bebe álcool de um modo proporcional com o seu meio sociocultural, a ingestão por parte dos pais, geralmente ocorre durante as funções sociais.

A influência parental, pode e deve ser positiva, reforçando esta ideia, as crianças que têm uma relação positiva entre pai-filho e uma boa comunicação e disciplina consistente, tiveram menos problemas de conduta e foi menos provável o início de consumo de álcool (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011).

Na articulação escola-família, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, e inserido na comunidade escolar, partindo do conhecimento pleno da comunidade escolar, deverá em conjunto com a comunidade educativa, associação de pais, encontrar soluções que melhor respondam às necessidades daquela comunidade, disponibilizando-se para criar oportunidades de promoção da ligação escola-famílias.

### **1.3. A promoção da saúde na escola**

A Promoção da Saúde é o “comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e o potencial de saúde” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.6). Compreende a Educação para a saúde, como englobando, atividades e experiências de aprendizagem.

A escola será um lugar privilegiado para a realização de atividades que promovam a saúde, pois os adolescentes passam a maior parte do seu tempo nesta. Assim a escola evidencia-se como um excelente local estratégico para a atuação multiprofissional, no sentido da implementação de programas de promoção de saúde. Todos os adolescentes, supostamente, frequentam a escola, deste modo, estes programas abrangem um elevado número de pessoas que noutra local não seria possível.

Segundo a Direção Geral da Saúde (2006) a promoção de saúde no contexto escolar é um processo que capacita para o bem-estar, tendo em conta a saúde individual e coletiva, a tomada de decisão, o autocontrole, o empowerment, a prevenção das causas de morte e de doenças incapacitantes, a criação de condições que conduzam à saúde e a promoção de comportamentos saudáveis. A mesma

organização considera ainda como Escola Promotora de Saúde, aquela que inclui a educação para a saúde no seu currículo, e possui atividades de saúde escolar.

É fundamental a colaboração entre os setores da educação e da saúde, para o desenvolvimento do conceito de Escolas Promotoras de Saúde, que tem como finalidade a promoção da saúde física, social, espiritual e mental de toda a comunidade educativa.

O consumo de álcool está contemplado, no Programa Nacional de Saúde Escolar 2007, no contexto da Saúde Escolar como uma área prioritária da prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco, da DGS.

A Educação para o consumo, no contexto da intervenção de Saúde Escolar, é uma das áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis. No entanto, alguns determinantes da saúde, exigem o desenvolvimento de programas de prevenção. Atuando na sua causa específica, de forma a evitar, reparar e/ou atenuar os fatores de risco específicos.

Entende-se Comunidade como, “um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores ou interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros. Funciona dentro de uma estrutura social particular, e exhibe e cria normas, valores e instituições sociais” (OMS, 1974 citada por PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.26)

Com base nesta definição de comunidade, inserem-se os adolescentes como sendo um grupo com valores e interesses comuns, criando e exibindo normas dentro de uma estrutura particular. Tornando-se assim pertinente a abordagem desta fase específica do ciclo vital.

### **1.3.1. O papel da escola**

O adolescente passa a maior parte do seu tempo na escola, sendo este um ambiente privilegiado para a realização de ações que promovam a saúde. Uma Escola Promotora de Saúde deve ser considerada uma fonte de desenvolvimento de comportamentos orientados para a promoção da saúde e bem-estar (WHO, 2000).

Na 1ª Conferência Europeia sobre as escolas promotoras de saúde, na Grécia, 1997, foram delineados os principais objetivos, em que todas as crianças e jovens têm direito à educação, à segurança e à saúde. E todos têm o direito a ser educados numa escola promotora de saúde. A segunda Conferência Europeia na Holanda em 2002, foi realçada a importância da parceria entre os sectores da educação e da saúde. A agenda desta conferência, é uma ferramenta para ajudar a estabelecer e a desenvolver a promoção da saúde nas escolas, em toda a Europa. A declaração de Vilnius em Junho de 2009, Melhores escolas, mais saudáveis, na 3ª Conferência, pretende dar um

passo na promoção da saúde na escola, em toda a Europa, através de ações concertadas para além fronteiras.

As escolas pertencentes aos Territórios Educativos de Intervenção Prioritária – TEIP, prescrevem uma intervenção em determinado espaço geográfico, administrativo e social de combate aos problemas de exclusão social e escolar, preconizando-se o papel dos atores locais e o estabelecimento de parcerias. Tem como objetivo, promover o sucesso educativo dos alunos pertencentes a meios particularmente desfavorecidos, orientando a sua ação para a reinserção escolar dos alunos.

No Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006), como áreas prioritárias de intervenção da Saúde Escolar, para a promoção de estilos de vida saudáveis, está contemplada a “Educação para o consumo”. Alguns determinantes de saúde exigem programas de prevenção, nos consumos nocivos e comportamentos de risco, a prioridade deve ser dada às alternativas saudáveis e à promoção de atitudes assertivas. (DGS, 2006)

No Programa Nacional de Saúde Escolar (2007) é referido que a maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associado ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efetivos, a efetividade das intervenções dependem em grande medida da integração da promoção da saúde nos currículos escolares.

Na escola onde se desenvolveu este projeto, o PES no seu projeto, inclui nos objetivos gerais, prevenir comportamentos de risco e sensibilizar para a prática de hábitos saudáveis. Como principais temas a desenvolver na área da Prevenção dos Consumos de Substâncias Psicoativas, contempla “Álcool e instabilidade emocional”. O IDT tem uma área de intervenção sobre o consumo de substâncias psicoativas nesta escola, no sentido de uniformizar condutas face ao consumo dos adolescentes.

No contexto escolar, é possível intervir de forma organizada abrangendo um grande número de adolescentes nas idades de maior risco de início do consumo de álcool.

#### **1. 4. O papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na escola**

O Plano Nacional de Saúde tem contemplado o consumo de bebidas alcoólicas, através de ações de sensibilização que tem vindo a desenvolver.

A prevenção e o controlo do consumo de álcool constituem uma das áreas de ação prioritárias do Alto Comissariado da Saúde e da Direcção-Geral da Saúde, contempladas no Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016 (PNS), dando continuidade ao Plano Nacional de Saúde (PNS)

2004 – 2010, inseridas no objetivo mais vasto de prevenção da doença e promoção da saúde, através da criação de condições que facilitem a adoção de estilos de vida saudáveis ao longo do ciclo de vida do indivíduo e dos vários settings (família, grupos e comunidade).

Para a Association of Community Health Nursing Educators (1990, p.1) citada por LANCASTER, LOWRY e MARTIN (1999, p. 196), “o foco da prática da enfermagem comunitária é a comunidade como um todo, compreendendo os cuidados de enfermagem prestados aos indivíduos, famílias e grupos num contexto de promoção e preservação da saúde comunitária como um todo”, tendo como objetivos identificar as necessidades de saúde na Comunidade e promover a participação desta na resolução desses problemas. MILIO e STEVENS (1976) consideram que o objetivo da Enfermagem Comunitária é “facultar aos residentes comunitários capacidades para aumentar a consciência das suas próprias situações de saúde e para se tornarem poderosos, no sentido de determinarem o que eles querem para si mesmos, para as suas famílias e a sua comunidade” (KULBOCK ET AL,1999, p.299).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) também releva a importância da capacitação, ao definir que o objectivo do exercício profissional de enfermagem é “ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 145).

Com a Conferência Europeia de Munique (2000), a Enfermagem Comunitária ganhou uma nova força, ao apostar na promoção de estilos de vida saudáveis, na prevenção das doenças e das suas sequelas, relevando a educação para a saúde e o conhecimento profundo das comunidades por forma, a agir em conformidade.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária refere no preâmbulo do documento elaborado como proposta de regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde pública, que “a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolvem uma prática globalizante centrada na comunidade (...) proporcionando efectivos ganhos em saúde” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.2).

O papel dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, enquanto elementos das equipas de Saúde Escolar, desempenham um papel preponderante no desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, em conjunto com os professores, psicólogos, etc., partilhando saberes e encontrando pontos de convergência de intervenção, obtendo resultados positivos para todos. Através da utilização de estratégias que permitam otimizar as relações com a família, grupos e comunidades, no sentido de maximizar os ganhos em saúde.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária que desenvolve intervenções em saúde escolar, deverá ter conhecimento das orientações provenientes da Ordem dos Enfermeiros, assim como, deverá estar atento às experiências e condutas internacionais.

## 2. QUADRO DE REFÊNCIA NORTEADOR

Neste trabalho, considerando-se como quadro de referência o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura, que serão abordados de uma forma sumária.

### 2.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

A fundamentação da enfermagem passa pela aplicação de um modelo teórico de enfermagem, assim, a aplicação do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender na realização desta intervenção é de grande pertinência e utilidade, pois, defende a importância de processos cognitivos em relação à mudança de comportamentos, salientando as crenças de auto eficácia e o ênfase dado ao facto do comportamento depender das atitudes de cada adolescente e das normas sociais pelo qual cada um deles se rege. Parte do pressuposto que a saúde é um estado positivo e por isso todas as pessoas pretendem alcançá-la. No entanto, a forma como cada pessoa define a sua própria saúde é mais importante que o conceito global. Apesar deste modelo, se centrar na pessoa, considerando que a mudança de comportamentos será apreendida de forma diferente por cada pessoa, sendo uma aprendizagem individual, ela vai influenciar o grupo ou a comunidade. Deste Modelo emergem princípios com relevância para o exercício do enfermeiro especialista na área da enfermagem comunitária, no que se refere à promoção da saúde. Através do uso deste modelo o enfermeiro dá consistência aos cuidados de enfermagem na abordagem ao grupo/comunidade.

É um modelo de promoção de Saúde, em que na sua base está o desenvolvimento humano, a psicologia experimental e o ensino, o que leva a uma perspectiva holística do indivíduo. Para Pender, Murdaugh e Parsons (2011) o conceito de Saúde tem uma dimensão biopsicossocial, espiritual, cultural e ambiental, é dinâmico e está relacionado com o modo como é perspectivada a saúde e o bem-estar.

Este modelo congrega aspetos de várias teorias e modelos de mudança comportamental, usados com os alunos, nomeadamente a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura, que defende os processos cognitivos na mudança de comportamentos, salienta também as crenças de auto eficácia.

A sua estrutura possibilita ao enfermeiro realizar um cuidado de forma individual ou em grupo, permitindo planear, intervir e avaliar as suas ações.

Este modelo pretende avaliar o comportamento dos indivíduos que leva à promoção da saúde, mediante três componentes básicos: 1) *as características e experiências individuais*, dá importância ao comportamento anterior e as características herdadas ou adquiridas, que vão influenciar o seu envolvimento no comportamento de saúde. 2) *os sentimentos e conhecimentos*

sobre o comportamento que se quer alcançar, os indivíduos comprometem-se mais facilmente com comportamentos que preveem que lhes traga benefícios, ao contrário das barreiras ou obstáculos percebidos vão dificultar todo o processo que vai levar ao comportamento desejado. A percepção da autoeficácia aumenta a probabilidade de compromisso com o plano de ação. Assim, quanto maior for a autoeficácia, menos barreiras são percebidas e maior é a probabilidade de ser adotado o comportamento desejado. Nas influências interpessoais, o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, grupo de pares, prestadores de cuidados de saúde. Assim como o ambiente pode facilitar ou dificultar os comportamentos de saúde. 3) *Comportamento de promoção de saúde desejável*, as ações que possibilitem o indivíduo manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, ou seja, as intervenções de enfermagem. Nas exigências imediatas o indivíduo tem baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, ao contrário as preferências pessoais exercem um alto controle sob as mudanças de comportamentos, levando ao compromisso com o plano de ação e à adoção do comportamento desejado.

A aplicação deste modelo considera-se importante para planejar a intervenção, de modo a ir ao encontro das preferências dos adolescentes envolvidos neste estudo, capacitando-os para as escolhas saudáveis face à oferta de álcool. Prevenindo desta forma o consumo antecipado destes adolescentes.

## **2.2. Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura**

A Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura ou Teoria Social cognitiva, foi também adotada como referência para a intervenção comunitária, uma vez que, a mesma tem orientações para a prática da promoção da saúde, e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender congrega aspetos desta teoria.

A teoria é baseada em cinco conceitos-chave, que são: *o determinismo recíproco*, a *capacidade comportamental*, *expetativas*, *auto eficácia* e *aprendizagem observacional*. O conceito de *determinismo recíproco* explica o comportamento humano pela interação dinâmica e recíproca das ligações entre as pessoas, comportamentos e ambientes. O indivíduo age de uma forma ativa através da criação e modificação dos seus ambientes.

A *capacidade comportamental* relaciona-se com a necessidade do indivíduo saber o que fazer e como fazer, em que o conhecimento e a habilidade podem influenciar o comportamento. Sendo necessárias medidas de informação e de promoção do treino de competências.

O conceito de *expectativas* refere-se ao que a pessoa pensa obter enquanto resultado da ação. Deverá ser fornecida informação, sob a forma de aconselhamento sobre os possíveis resultados da ação.

A *autoeficácia* é um conceito que determina o esforço da pessoa para mudar o seu comportamento, baseando-se na autoconfiança das suas capacidades para realizar com sucesso determinada atividade e permanecer nela.

A *aprendizagem observacional* ou modelação refere que as pessoas aprendem o que esperar das ações através da observação da experiência dos outros. Envolve a observação, a imitação e a integração. Requer que o observador esteja ativamente atento, codifique e retenha os comportamentos realizados pelos modelos sociais. Esta aprendizagem é mais eficaz quando a pessoa observada é poderosa, respeitada ou considerada parecida com o observador. Bandura sublinha a importância do reforço neste tipo de aprendizagem, distinguindo reforço direto e reforço vicariante. No reforço direto, a seguir ao comportamento desejado o sujeito é encorajado para a manutenção do comportamento. No reforço vicariante, o reforço é recebido pelo modelo, que por ter determinado comportamento, é recompensado, estimulando o indivíduo a imitar esse comportamento.

O tipo de pessoas que são mais suscetíveis de se tornarem modelos, favorecem a aprendizagem social. Assim, a proximidade afetiva, a idade, o estatuto do modelo, têm influência no processo de aprendizagem social. Para além das características do modelo a aprendizagem social depende das características pessoais de quem aprende, da atenção, motivação, expectativas e da própria noção de eficácia ou competência.

### **3. PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO**

#### **3.1. Finalidade e objetivo geral**

##### Finalidade

Contribuir para a capacitação dos alunos dos 7<sup>os</sup> anos de uma Escola Básica e Secundária do concelho da Amadora, para os problemas que advém do consumo de álcool.

##### Objetivo Geral

Sensibilizar os alunos dos 7<sup>os</sup> anos de uma Escola Básica e Secundária do concelho da Amadora, para a problemática do consumo de bebidas alcoólicas e suas complicações.

#### **3.2. Metodologia**

O projeto e toda a intervenção desenvolvida, com vista a atingir os objetivos estabelecidos, foram baseados na Metodologia do Planeamento em Saúde preconizada pela Ordem dos Enfermeiros, no perfil de Competências Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. O planeamento em saúde surge formalmente no campo da saúde na década de setenta, através da Organização Mundial de Saúde (OMS), enquadrado na área de gestão e economia, como função do processo administrativo e tomada de decisão (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Define-se como a “racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.23).

#### **3.3. Gestão do tempo**

Durante a Unidade Curricular II, inserida no 1<sup>o</sup> ano 2<sup>o</sup> semestre do 2<sup>o</sup> Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, que decorreu de Abril a Julho, proporcionou-se a oportunidade de contactar com a UCC – Saúde Escolar, permitindo efetuar um diagnóstico de situação inicial, para identificação da temática a desenvolver, o consumo do álcool nos adolescentes.

O estágio de intervenção comunitária decorreu de 3 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012, durante o qual foi dada continuidade ao plano de trabalho estabelecido, de acordo com o cronograma (Apêndice 1).

### **3.4. Local de intervenção**

O estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Amadora+, na equipa de Saúde Escolar, localizada no Município da Amadora. Esta unidade está inserida nos Cuidados de Saúde Primários, da competência do ACES VII Amadora, constituída pelos Centros de Saúde: Amadora, Reboleira, Buraca, Damaia, Venda Nova e Brandoa. Este Município tem uma envolvente de cerca de 23,8 Km<sup>2</sup>, sendo constituído por 11 freguesias: Alfragide, Brandoa, Buraca, Damaia, Falagueira, Venda Nova, Mina, Reboleira, Venteira, Alfozinhos e São Brás.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística em 2010, este Município, tem uma população residente de cerca de 175 mil habitantes. A população inscrita no ACES VII em Março de 2011 é de 206.370 utentes. Em relação à população alvo deste projeto, no ano letivo de 2010/2011, segundo o Relatório Anual de Atividades da Saúde Escolar, existiam no total cerca de 12.526 alunos, a escolarização ao nível do 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e o Ensino Secundário contabilizam 11.092 alunos. No mesmo Relatório, refere que frequentaram a Escola Básica e Secundária, na freguesia da Falagueira, no ano letivo de 2010/2011, um total de 777 alunos. Dos quais 80 alunos frequentaram o 7º ano de escolaridade. É uma escola que pertence aos Territórios Educativos de Intervenção Prioritária – TEIP.

### **3.5. População alvo**

O foco de intervenção deste projeto, teve como população-alvo os alunos dos 7º anos de uma Escola Básica e Secundária do Concelho da Amadora, a frequentar o ano letivo de 2011/2012.

A população-alvo (segundo as listas fornecidas pela secretaria da escola) era de 75 alunos, distribuídos por três turmas, mas devido às flutuações do número de alunos, que decorrem ao longo do ano letivo, esse número passou a ser de 64 alunos. Aos quais, se realizam as intervenções de enfermagem, pois estas, foram desenvolvidas em contexto de sala de aula.

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão:

Alunos a frequentar o 7º ano de uma escola básica e secundária do concelho da Amadora; com autorização assinada pelos encarregados de educação para participar no projeto; presentes na aula de Formação cívica na semana de 17 a 21 de Outubro de 2011; que quisessem voluntariamente responder.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, a amostra foi de 43 alunos. Não autorizaram que os seus educandos respondessem ao instrumento de recolha de informação 10 encarregados de educação, 1 aluno não estava presente e os restantes alunos não entregaram os pedidos de autorização.

## **4. ETAPAS DO PLANEAMENTO EM SAÚDE**

### **4.1 Diagnóstico de situação**

A realização do projeto de estágio de intervenção comunitária surgiu para dar resposta ao solicitado pela Unidade Curricular II, pela necessidade expressa pela Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Amadora+ do ACES VII da Amadora de modo a contribuir para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, na área da Saúde Escolar.

A escolha do tema prendeu-se com o elevado número de jovens que consomem bebidas alcoólicas. Em Portugal, segundo um estudo feito pela EQUIPA AVENTURA SOCIAL (2001), mais de 60% dos jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, e mais de 70% acima dos 16 anos, consomem regularmente bebidas alcoólicas. Um outro estudo da equipa do AVENTURA SOCIAL & SAÚDE (2010) verificou que cerca de 40% dos jovens inquiridos, refere ter bebido álcool pela primeira vez aos 12-13 anos e aos 11 anos menos de 26%; cerca de 60% refere ter ficado embriagado pela primeira vez aos 14 anos ou mais. Por outro lado, o adolescente passa a maior parte do seu tempo na escola, sendo este um ambiente privilegiado para a realização de ações que promovam a saúde (WHO, 2000). Para a OMS (2002) o álcool é um dos graves problemas de Saúde Pública, implicando sérias consequências pessoais, familiares, sociais e económicas.

#### **4.1.1. Questões éticas**

Em todas as fases deste projeto estiveram sempre presentes o respeito e a consideração pelos princípios éticos e morais, inerentes às boas práticas profissionais. Teve-se por base as diretrizes do processo de investigação de BARDIN (2009), de FORTIN (1999) e do Código Deontológico do Enfermeiro (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Neste sentido, durante o desenvolvimento da intervenção comunitária, vários foram os procedimentos tidos, salvaguardando o respeito pelos direitos humanos, a responsabilidade assumida perante a comunidade, e a excelência do exercício profissional na relação estabelecida com os outros grupos profissionais, destacando os seguintes:

Requereu-se e obteve-se a aprovação do ACES, para a implementação do projeto, na equipa da UCC, no âmbito da saúde escolar, na comunidade escolar da Amadora.

Requereu-se e obteve-se a aprovação para a sua operacionalização numa escola do Concelho da Amadora, por parte do Diretor da escola básica e secundária para a realização do projeto e das atividades naquela escola. (Apêndice 2)

Requeru-se e obteve-se a autorização das autoras da Escala de representações sociais para aplicação da mesma escala (alterada) no projeto. (Anexo 2)

Consentimento livre e esclarecido dos encarregados de educação para que os alunos preenchessem o instrumento de recolha de informação. (Apêndice 3)

Cumprir-se o direito de Informação sobre os objetivos do projeto, e seus benefícios, com a apresentação do projeto, em reunião, à comunidade educativa da escola, onde lhes foram apresentados os objetivos e procedimentos.

Garantir-se a confidencialidade e anonimato, protegendo a informação pessoal dos respondentes e participantes nas intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Assegurou-se a o carácter voluntário nas atividades.

A preocupação com a ética prolongou-se a todas as etapas, desde a aplicação de métodos de pesquisa, à intervenção, avaliação e término do projeto.

#### **4.1.2. O contato com a comunidade e a análise da situação**

Para conhecer as necessidades de saúde da população, tem que se conhecer primeiramente a população e o meio envolvente. Como tal foi feita uma breve caracterização do local de estágio para melhor perceber a sua envolvência e características desta localidade.

Decorrente desta aproximação à UCC, local onde se desenvolveu o estágio, mais especificamente à Saúde Escolar, e após uma reunião com a enfermeira coordenadora desta unidade e a enfermeira responsável pela Saúde Escolar, optou-se por uma escola básica e secundária da freguesia da Falagueira, concelho da Amadora.

Esta Escola fica situada na freguesia da Falagueira, tem como envolventes um bairro degradado e um bairro de realojamento social.

É uma escola aderente ao projeto de Escolas Promotoras de Saúde e pertence aos Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP). O consumo de álcool faz parte do projeto educativo desta escola. O Instituto da Droga e da Toxicodpendência (IDT) está a desenvolver um programa para uniformização dos procedimentos na comunidade escolar, levando a cabo atividades nas escolas, sobre o consumo de substâncias psicoativas, onde está incluído o consumo de bebidas alcoólicas.

Foi realizada uma reunião com o Diretor do Conselho Executivo, o professor responsável pelo Projeto Educativo para a Saúde (PES) e a enfermeira responsável pela Saúde Escolar, onde foi feita a apresentação do projeto, no sentido da implementação deste, tendo sido obtido um parecer positivo.

Decorrente desta reunião ficaram delineados alguns procedimentos a ter, visando a implementação do projeto de modo a este se adequar ao contexto de sala de aula, sendo necessário encetar contatos com os professores das turmas envolvidas.

#### **4.1.3. Descrição das atividades**

As atividades desenvolvidas, foram direcionadas aos objetivos definidos, estão agrupadas em atividades de preparação e programação do projeto, necessárias para realizar as atividades/sessões com os alunos, deste modo, encontram-se ao longo deste capítulo.

A abordagem inicial feita à comunidade permitiu com maior confiança, dar continuidade ao diagnóstico de situação, que decorreu durante o Estágio de Enfermagem Comunitária.

Foi efetuada uma reunião com a comunidade educativa (professores responsáveis pelo PES e responsáveis pelas outras escolas do agrupamento, psicólogo da escola) e com elementos da UCC (enfermeira responsável pela saúde escolar e psicólogo do ACES), no sentido de divulgar o projeto, com vista a uma participação ativa por parte da comunidade.

Estabeleceram-se diversos contatos via telefónica e por via *e-mail*, de forma a facilitar a comunicação entre os intervenientes e a dinamização do projeto em tempo útil, evitando assim, uma sobrecarga dos docentes com reuniões presenciais. Este procedimento está contemplado por Pender (2011), o recorrer a contatos virtuais, através da *internet*.

Foram estabelecidos contactos informais com os professores diretores de turma dos 7ºs anos, para assim aplicar os inquéritos às mesmas turmas.

De acordo com as necessidades diagnosticadas, foram planeadas atividades, recorrendo à informação privilegiada de informadores – chave (Diretor, Coordenador do PES, Diretores de Turma e alguns professores destas turmas, Enfermeira da Saúde Escolar), como referido por Imperatori e Giraldes (1993), Tavares (2000), para melhor definir as atividades a realizar e a sua adequação, ao espaço, ao tempo e principalmente aos alunos.

Ficou determinado, que as atividades seriam efetuadas em contexto de sala de aula, na escola.

Embora a influência dos pares seja um fator a considerar no que respeita ao consumo de substâncias por parte dos adolescentes, a influência parental continua a ser a mais importante, pelo menos no que concerne à iniciação do consumo de álcool (KUNTSCHKE, E. & KUENDIG, H., 2006). Sendo importante que os encarregados de educação saibam quais as atividades que se desenvolvem com os seus educandos, propiciando um ambiente de troca de experiências e esclarecimento de dúvidas, foi planeada uma sessão para estes.

No contexto de planeamento da intervenção comunitária, foi feita uma reunião com os Técnicos do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, para dar a conhecer o projeto e para em parceria, colaborar no projeto que o Instituto vai desenvolver nesta escola. A intervenção do IDT não é diretamente com os alunos, mas na formação dos professores e assistentes operacionais da escola. Assim o projeto aqui apresentado será um complemento ao trabalho desenvolvido pelo IDT.

Efetuarão-se diversas visitas de forma informal à escola, permitindo a observação das dinâmicas da escola, a interação com os alunos, com os assistentes operacionais e com os professores, sendo uma forma de conhecer melhor o meio e proporcionar a integração nele.

No decorrer do estágio, a comunidade docente mostrou-se sempre receptiva e interessada em colaborar e participar no projeto, manifestando frequentemente a pertinência desta intervenção.

#### **4.1.4. Instrumentos e processos de colheita de dados**

Para a continuidade e sustentabilidade do diagnóstico de situação, foram utilizados instrumentos de colheita de informação, nomeadamente uma Escala de Representações sociais do consumo de álcool em adolescentes (Apêndice 4) e uma grelha para recolha de informação das fichas escolares dos alunos, para se fazer a caracterização demográfica, socioeconómica e cultural destes.

O instrumento de recolha de informação é uma versão reduzida da escala original (Anexo 3), que foi validada e aplicada em alunos portugueses em 2006, por Ana Carvalho e Isabel Leal, deste foram utilizados os 9 itens que se referem aos comportamentos dos jovens, perante a oferta de álcool. A escala é constituída por duas partes: um questionário que pretende caracterizar a amostra quanto às variáveis: género, idade e experiência de consumo de álcool; e um questionário com 9 itens, que tem como base uma escala de autopreenchimento de tipo Likert com 5 pontos, classificada como escala ordinal de frequências, de 5 a 1 descendente, com as opções “discordo completamente”, “discordo”, “nem concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo completamente”, tendo uma escapatória central. Esta escala tem como vantagem a possibilidade de tratamento quantitativo dos dados (MARÔCO, 2010), permitindo rapidez na fase de diagnóstico, como pressuposto na metodologia de planeamento em saúde (IMPERATORI & GIRALDES, 1993), onde se recolherá informação sobre: a informação que os alunos têm em relação ao álcool e seus efeitos físicos, as atitudes face à oferta de álcool quando integrados num grupo e as crenças que os alunos têm em relação aos efeitos do consumo de álcool.

Foi pedida autorização às autoras para a sua utilização, após ter sido feita uma seleção dos itens que mais convinhão ao projeto. O inquérito é anónimo e preenchido voluntariamente pelos

alunos dos 7<sup>os</sup> anos da Escola Básica e Secundária do concelho da Amadora, depois de dado o consentimento para a sua aplicação, pelos Encarregados de Educação.

Após a recolha das autorizações dos encarregados de educação, foram distribuídos os Instrumentos de recolha de informação (Escala de representações sociais do consumo de álcool em adolescentes).

Os participantes tiveram conhecimento dos objetivos do projeto, sendo-lhes garantido o anonimato e a livre opção quanto à participação. Seguidamente procedeu-se à leitura do instrumento em voz alta, seguindo-se um esclarecimento de dúvidas e por fim o preenchimento individual da escala. A recolha de informação quanto à caracterização socioeconómica e cultural da amostra, foi feita com a criação de uma grelha para preenchimento durante a consulta dos processos dos alunos, facultados pelos diretores de turma e pela secretaria da escola (Apêndice 5).

#### **4.1.5. Tratamento e análise de dados**

Conforme recomendado pela metodologia do planeamento em Saúde utilizou-se a estatística descritiva para tratamento dos dados obtidos, calcularam-se frequências absolutas e relativas, de acordo com REIS (2008). Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados com vista a um tratamento estatístico com o apoio do programa informático Microsoft Office Excel 2010. Após a introdução dos dados da Escala de representações sociais e dos dados da grelha de caracterização socioeconómica e cultural, efetuou-se a revisão de todos os dados introduzidos e a verificação da inexistência de erros sistemáticos.

Na apresentação das frequências relativas houve a necessidade de arredondamento às décimas, por se verificar que com o arredondamento às unidades, os valores não eram precisos, a soma nem sempre perfazia 100%. No entanto, nalgumas situações verificou-se que só se obteriam somas de 100% se levássemos o arredondamento às centésimas ou mesmo às milésimas, o que pareceu não estar no âmbito deste projeto.

Considera-se pertinente a apresentação dos resultados obtidos através da escala de representações sociais, de acordo com as dimensões desta. O objetivo deste procedimento é saber quais as dimensões e dentro destas as áreas temáticas, com maior percentagem de opções por parte dos adolescentes respondentes, evidenciando os potenciais problemas de saúde da população alvo.

Para a classificação das profissões foi utilizada a Classificação Portuguesa das Profissões CPP 2010 (Anexo 4).

### Caracterização socioeconómica e cultural

Procedeu-se a uma caracterização sumária do grupo de adolescentes respondentes.

Relativamente ao género dos adolescentes inquiridos verifica-se uma predominância do masculino, com 28 adolescentes (65,1%), sendo que os restantes 15 (34,9%) são do género feminino. (Apêndice 6). Estes alunos têm idades compreendidas entre os 11 anos e os 15 anos, destaca-se 26 adolescentes (60,5%) com 12 anos, 7 (16,3%) com 13 anos e 5 (11,6%) com 11 anos. A moda é de 12 anos de idade que se enquadra na idade prevista para a frequência do 7º ano de escolaridade. (Apêndice 7)

Quanto à proveniência dos adolescentes 24 (55,6%) são nascidos no Concelho da Amadora, 8 (18,6%) são de Lisboa e 5 (11,6%) de Cabo Verde, 4 (9,2%) são provenientes de São Tomé, Guiné-Bissau, Angola e Brasil, os restantes 2 (4,6%) são nascidos em Portugal. Estes adolescentes residem maioritariamente no concelho da Amadora 40 (93,1%), verificando-se que destes, 4 (9,4%) vivem num bairro de habitação social e num bairro degradado. No que respeita à condição económica, 30 (69,8%) adolescentes beneficiam da ASE e destes 20 (46,5%) são do escalão A, sendo o escalão atribuído aos alunos com mais dificuldades económicas. Atendendo à caracterização da coabitação dos adolescentes inquiridos, 23 (53,5%) dos alunos vivem com o pai e a mãe e no caso de ter irmãos com estes, destacando-se que 17 (39,6%) não vivem com o pai, verificando-se um número significativo de famílias monoparentais. Verifica-se que são famílias pouco numerosas, em que 14 (32,6%) alunos têm 1 irmão, 10 (23,3%) têm 2 irmãos, 9 (20,9%) com 3 irmãos e 8 (18,6%) não tem irmãos. (Apêndice 10)

Relativamente à situação profissional e profissão dos pais, verifica-se em ambos que, na sua maioria são trabalhadores por conta de outrem, com 65,1% os pais e 55,8% as mães. As profissões destes são pessoal dos serviços e vendedores 14% os pais e 23,3% as mães; operadores de instalações e máquinas 9,3% os pais; trabalhadores não qualificados 7% os pais e 18,6% as mães. É de salientar que em ambos a percentagem de desconhecimento da profissão dos pais é elevada, sendo de 58,1% nos pais e de 41,9% nas mães (Apêndice 11) e (Apêndice 12).

### Análise dos dados

Da análise dos dados recolhidos através do instrumento de recolha de dados, verificou-se que 28 (65,1%) dos adolescentes respondentes referiram que ainda não tiveram experiência de consumo de álcool, enquanto 15 (34,9%) já tinham tido experiência de consumo de álcool (Apêndice 8). Ao contrário dos resultados do estudo efetuado por SOUSA (2008), a percentagem de adolescentes que consome bebidas alcoólicas é inferior à dos que não consome.

Como referido anteriormente, 15 alunos são do género feminino e 28 são do género masculino, o que corresponde a 34,9% e 65,1%, respetivamente. Deles 3 (7%) alunas do género feminino, referem já ter experimentado o consumo de álcool para 12 (27,9%), que referiram ainda não ter tido essa experiência. Quanto aos rapazes, 12 alunos (27,9%) referem já ter tido experiência de consumo de álcool para 16 alunos (37,2%) que responderam ainda não ter tido essa experiência (Apêndice 8). Tal como no estudo de SOUSA (2008), em relação ao consumo e ao género são os adolescentes do género masculino que mais se evidenciam quanto à experiência de consumo em comparação com o género feminino.

Quanto à distribuição da experiência de consumo de álcool em relação à idade, os 5 alunos de 11anos referem ainda não ter experimentado bebidas alcoólicas, enquanto, 10 dos alunos (23,3%) com 12 anos referem já ter experimentado bebidas alcoólicas, para 16 (37,2%) da mesma idade que diz não ter essa experiência. Dos adolescentes com 13 anos, 3 (7%) já tiveram a experiência para 4 (9,3%) que referem ainda não ter tido. Os alunos com 14 anos também 1 (2,3%) refere já ter tido a experiência e 2 (4,7%) ainda não. Os alunos com 15 anos, 1 (2,3%) diz já ter tido a experiência e o outro refere ainda não a ter tido (Apêndice 9). Devido ao reduzido tamanho da amostra não foi possível extrapolar sobre estes dados, no entanto, um estudo do IDT- Instituto da Droga e da Toxicodpendência, realizado por Feijão e Lavado (2003) em meio escolar, revelam que 43% dos alunos inquiridos com 13 anos, já tinham experimentado consumir álcool, pelo menos uma vez ao longo da vida.

Passando à análise da opinião dos adolescentes respondentes quanto às dimensões da Escala de representações sociais do consumo de álcool em adolescentes, construiu-se uma tabela (Apêndice 14) para permitir uma visão geral da estrutura da escala, apresentando as dimensões exploradas e quais as afirmações correspondentes.

Para melhor visualização das opiniões dos adolescentes serão apresentadas tabelas com as dimensões referentes à Informação, às Atitudes e às Crenças.

### DIMENSÃO INFORMAÇÃO

Em relação à dimensão informação pretende-se saber a informação que os adolescentes possuem a respeito de o consumo de álcool poder provocar ou não dependência física.

As frequências relativas mostram uma maior percentagem de respostas “4” (concordo) e “5” (concordo completamente), respetivamente, 39,5% e 25,6%. Verificando-se assim, que 65,1% dos alunos respondentes possuem informação em relação aos efeitos do consumo do álcool, apenas, quanto à possibilidade de provocarem dependência física. É de valorizar a percentagem de respostas

“1” (discordo completamente) 23,3% e “2” (discordo), 2,3%, tal como as respostas “3” dos alunos que não têm opinião formada (9,3%), perfazendo a soma destas 34,9%. (Apêndice 15) Considerando estas respostas como falta de informação, tendo em consideração a amostra ser reduzida, e que apenas uma questão avaliou a informação que estes adolescentes possuem, não se podendo, deste modo, generalizar para o nível de informação que estes adolescentes têm em relação aos efeitos e às consequências do consumo de álcool. Neste sentido, será uma dimensão a ter em conta para a intervenção de enfermagem.

### DIMENSÃO ATITUDES

Na dimensão atitudes, pretende-se averiguar se os adolescentes apresentam atitudes favoráveis ou desfavoráveis, face á oferta de álcool, quando integrados no grupo.

As frequências relativas demonstram uma elevada percentagem de respostas “1” (discordo completamente) e “2” (discordo) em todas as situações da dimensão atitudes (Apêndice 16). Na dimensão Atitudes, na “aceitação”, não houve respostas positivas de aceitação. Sendo a opinião da maioria dos adolescentes respondentes desfavorável face ao consumo de álcool quando integrado num grupo. No entanto, deve ser tomada em consideração o tamanho reduzido da amostra, a faixa etária dos adolescentes e o grau de literacia destes. Como tal, verifica-se que houve um aumento ao longo das afirmações, para a opinião favorável de consumo de álcool, por o ambiente ser propício e para se sentir mais integrado no grupo.

### DIMENSÃO CRENÇAS

Na dimensão crenças, pretende-se perceber quais os valores, subjacentes à construção da representação social dos adolescentes, isto é, se existe um predomínio de crenças positivas ou negativas associadas aos possíveis efeitos do consumo de álcool.

As opiniões dos adolescentes respondentes é bastante diversificada, no entanto, a soma das frequências relativas é mais elevada na afirmação “4” (concordo), variando entre 27,9% e 48,8% (Apêndice 17). A soma das frequências do “1” (discordo completamente) e do “2” (discordo), são inferiores à “4”. Demonstrando que estes adolescentes têm um predomínio de crenças positivas associadas ao consumo de álcool.

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A percentagem de adolescentes que consome bebidas alcoólicas é inferior à dos que não consome, ao contrário dos resultados do estudo efetuado por SOUSA (2008), Salienta-se que a moda das idades dos adolescentes no presente projeto é de 12 anos, inferior às do estudo referente. Tal como no estudo de SOUSA (2008), em relação ao consumo e ao género são os adolescentes do género masculino que mais se evidenciam quanto à experiência de consumo em comparação com o género feminino.

Sendo a opinião da maioria dos adolescentes respondentes desfavorável face ao consumo de álcool quando integrado num grupo. No entanto, deve ser tomada em consideração o tamanho reduzido da amostra, a faixa etária dos adolescentes e o grau de literacia destes. Como tal, verifica-se que houve um aumento ao longo das afirmações, para a opinião favorável de aceitação do consumo de álcool, por o ambiente ser propício e para se sentir mais integrado no grupo. No que concerne à dimensão Atitudes, constatou-se que na sua maioria os adolescentes manifestam atitudes desfavoráveis face à oferta e consumo de álcool, quando confrontados com situações hipotéticas, vindo ao encontro dos resultados encontrados por Carvalho & Leal (2006).

Verifica-se que estes adolescentes têm um predomínio de crenças positivas associadas ao consumo de álcool. Relativamente à dimensão Crenças, os adolescentes da amostra, na sua maioria, mostraram-se concordantes com as afirmações apresentadas, revelando crenças positivas, associadas aos possíveis efeitos do álcool, o que está de acordo com os resultados obtidos por Carvalho e Leal (2006) e Trindade e Correia, (1999).

Tal como no estudo de Carvalho e Leal (2006), os adolescentes da nossa amostra, revelam que a representação social face ao consumo de álcool está num nível aceitável de informação para a faixa etária e de atitudes predominantemente negativas face ao consumo de álcool, no entanto, denotam crenças positivas associadas ao consumo do mesmo. O estudo de Nabais (2005), evidencia algumas constantes que vêm ao encontro do manifestado pelos adolescentes quanto às atitudes e às crenças sobre o álcool, quando refere que o estado de alcoolização é visto como facilitador das relações interpessoais e o consumo de bebidas alcoólicas constitui um fator de integração e de afirmação no grupo de pares. Também Trindade e Correia (1999), verificaram uma relação significativa entre o consumo de álcool e algumas expectativas face aos efeitos deste, nomeadamente a expectativa de ser bem aceite pelos outros, de conseguir falar com maior facilidade, de se sentir mais independente. Segundo o estudo de Barroso e Barbosa (2009), as expectativas positivas acerca do consumo de álcool, são discriminativas do consumo e da ocorrência de embriaguez. Os mesmos autores afirmam que estas expectativas existem nos adolescentes ainda antes de terem experiências

significativas com o consumo de álcool, aumentando com a idade. Ideia que é corroborada por Matos (2003), acrescentando que o início do consumo se realiza por volta dos 12 anos. Devem ser implementadas estratégias para a intervenção junto dos adolescentes, por muitos manterem crenças positivas associadas aos efeitos do consumo de substâncias, mesmo tendo um bom nível de informação e apresentarem atitudes desfavoráveis (CARVALHO & LEAL, 2006). Neste sentido é reforçada a necessidade de desenvolver intervenções preventivas nos adolescentes do 7º ano.

Segundo Carvalho & Leal (2006), citando Ajzen e Fishbein (1980), reforçam a importância de intervir ao nível do grau do conhecimento e da estrutura das crenças que o adolescente tem acerca do álcool, suscetível de produzir mudanças ao nível dos padrões de consumo, pois consideram que uma mudança de atitudes é possível de produzir mudanças no comportamento. Estando o comportamento condicionado, de forma mais ou menos consciente, pelas representações sociais que cada um possui (CARVALHO & LEAL, 2006).

Estes estudos, realçam a importância de se intervir no grau de conhecimento dos adolescentes em relação aos efeitos e consequências do consumo de álcool, assim como, nas crenças associadas ao consumo deste, por considerarem que estes fatores vão influenciar as atitudes dos adolescentes face ao consumo de bebidas alcoólicas.

Para uma melhor fundamentação das intervenções de enfermagem, no subcapítulo seguinte, será feita a caracterização do grupo segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, abordando os resultados obtidos.

Da análise efetuada emergem as áreas problemáticas, que correspondem às três dimensões abordadas na escala de representações sociais do consumo de álcool nos adolescentes. Assim, levantam-se como problemas: deficiente informação em relação ao álcool, manifestação de atitudes favoráveis face à oferta de álcool e crenças positivas associadas ao consumo de álcool.

#### **4.1.6 Caracterização da estrutura do grupo segundo o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**

Pender (2011) parte do pressuposto que a saúde é um estado positivo e por isso todas as pessoas pretendem alcançá-la, sendo o modo como cada pessoa define a sua própria saúde, mais importante que o conceito genérico. No entanto, estando o indivíduo inserido num grupo, o conceito de saúde de cada um é influenciado por diversos fatores, tanto pessoais como interpessoais e ambientais. Os adolescentes interagem com o ambiente, transformando-o e sendo transformados por ele.

Tendo por base este Modelo, a colheita de dados, foi orientada para os três componentes do modelo, de modo a obter informações importantes para a caracterização do grupo de adolescentes respondentes. Permitindo sistematizar as variáveis que interferem na adoção de comportamentos saudáveis no grupo de adolescentes, foram apenas mencionadas as variáveis significativas e pertinentes face à problemática do consumo de álcool nos adolescentes. Assim, no que respeita ao comportamento anterior relacionado destes adolescentes, recolheu-se informação referente à experiência do consumo de álcool e nos fatores pessoais procedeu-se à recolha de informação para a caracterização socioeconómica e cultural do grupo, a idade e o género.

De acordo com Pender, (2011), na componente características e Experiências individuais, a variável Comportamento anterior relacionado é o ponto de partida, verificando como a experiência de consumo de álcool dos alunos do 7º ano, interfere no comportamento da promoção da saúde e dos outros componentes do Modelo.

A amostra foi dividida em dois subgrupos, os alunos que já tiveram experiência de consumo de álcool e os que referiram não ter tido essa experiência, para verificar a influência desta componente nas outras.

Na componente Características e experiências individuais, a variável Comportamento anterior relacionado, verifica-se que o grupo se divide em adolescentes que já tiveram a experiência anterior de consumir bebida alcoólica e os que ainda não experimentaram. Dos adolescentes respondentes, 28 (65,1%) têm uma informação positiva em relação ao efeito do álcool na dependência física, sendo, mais notório nos alunos que ainda não tiveram experiência de consumo de álcool, quanto aos alunos que referiram já ter tido essa experiência. Em relação aos fatores pessoais, têm idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, o que lhes confere uma diferente fase de maturação. A moda é de 12 anos de idade, que se enquadra na idade prevista para a frequência do 7º ano de escolaridade. São do género masculino (28) adolescentes e do feminino (15). A variável sociocultural, tem o seu peso, pois o grupo é proveniente maioritariamente do Concelho da Amadora (24) e de Lisboa (8), mas há uma percentagem relevante de naturais de países africanos, 9 alunos. Verifica-se que 30 alunos beneficiam do ASE, e destes 20 são do escalão A, sendo os de condição económica mais baixa. Associando a situação profissional e as profissões dos progenitores, observa-se que são na sua maioria de quadros não qualificados. Analisando estes dados económicos, pode-se concluir que os agregados familiares destes adolescentes têm dificuldades socioeconómicas relacionadas com baixos rendimentos. Na sua maioria, 25 (58,2%) adolescentes coabitam com os seus progenitores e com os irmãos, no entanto, é de realçar o número

de adolescentes que só vive com um dos progenitores 14 (32,6%). De salientar um número de progenitores de proveniência dos países africanos, 20 pais e 18 mães.

No comportamento anterior de cada adolescente, o facto de já terem tido experiência de consumo de álcool ou não e as características herdadas ou adquiridas, que influenciam as crenças dos adolescentes e o seu envolvimento no comportamento de saúde ou na modificação de comportamentos em relação ao consumo de álcool, que afetam subsequentemente as suas ações. Assim, o comportamento anterior é a condição padrão para elaboração de intervenções de enfermagem e os fatores pessoais interferem diretamente no comportamento dos indivíduos para a promoção da saúde.

Abordando a componente do Comportamento específico cognições e afetação, os dados obtidos, mostram que os adolescentes respondentes percebem benefícios para a ação. Assim, 28 adolescentes revelam alguma informação sobre os efeitos do consumo de álcool. Na dimensão atitudes, verifica-se que a opinião da maioria dos adolescentes respondentes é desfavorável face ao consumo de álcool quando integrado num grupo. No entanto, deve ser tomada em consideração o tamanho reduzido da amostra, a faixa etária dos adolescentes e o grau de literacia destes. Segundo o Modelo de Nola Pender, os adolescentes comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais preveem benefícios. As intervenções de enfermagem devem-se dirigir ao nível desta componente.

O baixo grau de literacia dos adolescentes, 34,9% não tem informação sobre a dependência física que o álcool pode provocar, pode ser tido como uma barreira para a ação. Verifica-se que houve um aumento ao longo das afirmações da dimensão atitudes, para uma opinião favorável de consumo de álcool, por “o ambiente ser propício” e para “se sentir mais integrado no grupo”. As barreiras ou obstáculos percebidos dificultam todo o processo que leva ao comportamento desejado. Na variável percebe autoeficácia podem também ser consideradas as atitudes negativas dos adolescentes, perante a oferta de álcool, que levam o adolescente a ter hábitos saudáveis, e reforçar os benefícios para a ação. A autoeficácia percebida aumenta a probabilidade de compromisso com o plano de ação e por sua vez, com a adoção do comportamento desejado.

A família, o grupo de pares e os profissionais de saúde são fontes primárias de influências interpessoais. As crenças sobre os efeitos do álcool, podem influenciar positiva ou negativamente o consumo deste. Na amostra, os adolescentes manifestaram crenças positivas associadas ao consumo de álcool; as atitudes de beberem mais vezes que o costume, porque o ambiente é propício, ou para se sentirem melhor integrados no grupo, que os adolescentes demonstram quando estão no grupo de

pares, realçam a influência dos outros indivíduos sobre eles. Considera-se que as intervenções de enfermagem também devem incidir a este nível.

Nas situações que influenciam, obtiveram-se alguns resultados, que se poderão considerar sobreponíveis com os da variável anterior, Influências interpessoais. Seria novamente de referir o estar inserido num grupo de pares, o querer pertencer ao grupo, levando a atitudes que poderiam ou não favorecer o consumo. Acrescenta-se aqui, o ambiente onde se realizam as festas, que poderá proporcionar o consumo de álcool. Ao nível das situações que influenciam, é importante desenvolver estratégias para facilitar a aquisição e manutenção de comportamentos de promoção de saúde nas diversas populações (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011).

Quando as exigências de competição, sobre as quais o adolescente tem pouco controlo, exigem atenção imediata, é menos provável que o compromisso com um plano de ação resulte no comportamento desejado, passando-se o mesmo quando outras ações são mais atraentes e portanto preferidas à adoção do comportamento desejado. Neste caso, as solicitações por parte do grupo de pares para o consumo ou mesmo da publicidade, tendo em consideração a especificidade do grupo, pode levar à rutura do compromisso com o plano de ação.

As preferências são consideradas como os comportamentos alternativos sobre os quais o adolescente tem maior controlo, como seja, a escolha da bebida a consumir. As estratégias da última sessão de educação para a saúde irão incidir nas preferências pessoais, fornecendo receitas de bebidas alternativas e elaborando-as.

O compromisso com o plano de ação deve ser facilitado pela intervenção de enfermagem proposta, que possibilita aos adolescentes ampliarem os seus conhecimentos sobre as consequências do consumo de álcool, possibilitando o autocuidado e a autoestima. O autocuidado com o corpo, exige do adolescente conhecimentos e a observação de si próprio, para a tomada de consciência daquilo que lhe faz mal no seu hábito de agir e de pensar.

A capacitação para comportamentos negativos face à oferta de álcool, através das intervenções de enfermagem, levando à reflexão sobre os possíveis comportamentos, para facilitar o reconhecimento do saber do adolescente sobre si.

Os saberes do perito (enfermeiro) ajudam o adolescente e complementam os conhecimentos que ele já tem e que pode mobilizar, funcionando como uma ajuda para a promoção da saúde.

## 4.2. Definição de prioridades

A determinação de prioridades permite uma eficiente utilização dos recursos, indicando quais os problemas em que se pode e deve intervir e determina a ordem pela qual se deve atuar. É na sua essência, um processo de tomada de decisão (TAVARES, 1990).

O Método de Hanlon foi aplicado para estabelecer prioridades entre os diagnósticos de enfermagem definidos, usando como referência Tavares (1990). Este método assenta em quatro critérios: amplitude ou magnitude do problema (A), gravidade do problema (G), eficácia da solução (E) e exequibilidade da intervenção (F), que são calculados através da fórmula  $(A + G) E \times F$ . A amplitude determina o número de pessoas afetadas, expresso nos pesos. Para a amplitude do problema, recorreu-se aos dados recolhidos através do instrumento de recolha de informação, determinando o número de pessoas afetadas por cada problema. A gravidade de cada problema é avaliada numa escala de 0 a 10, segundo critérios adequados ao mesmo. Nesta dimensão ponderou-se para cada diagnóstico de enfermagem, a gravidade das consequências se o problema não for resolvido, com recorrência ao enquadramento teórico. A eficácia está relacionada com o grau de facilidade da solução, variando numa ordem crescente de 0,5 a 1,5. A exequibilidade integra cinco componentes: pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade, atribuídos valores de 1 ou 0 correspondendo a “sim” ou “não” respetivamente (o “não” corresponde à eliminação do problema). Na eficácia da solução e exequibilidade da intervenção, ponderou-se o tempo possível de intervenção (cerca de 4 semanas), assim como a preparação académica e profissional da mestranda para as intervenções possíveis em cada problema, o apoio da UCC e a disponibilidade de recursos humanos e de horário dos docentes da escola alvo da intervenção. A determinação das prioridades encontra-se em Apêndice 18.

Com a priorização, verificou-se que todos os problemas definidos são passíveis de intervenção, com maior ou menor dificuldade, no entanto pela sua proximidade de conteúdos e interligação entre eles, serão todos intervencionados, no entanto, a ordem estabelecida na priorização, influenciou a fixação dos objetivos e metas na insistência sobre estes problemas. Por estes problemas estarem relacionados entre si, para a abordagem das atitudes e crenças é fundamental que os alunos tenham conhecimentos, segundo o Modelo de Promoção de Saúde de Pender, para que sejam eles a decidir depois de informados. As crenças também estão interligadas umas às outras, não fazendo sentido abordar umas e outras não. Quanto às atitudes será mais explorada a atitude de integração no grupo, pois é a que tem valor mais elevado, não descurando a abordagem das outras, por se considerar que também estão muito próximas, reconhecesse que é

neste problema que será mais difícil de intervir e obter resultados, pois são difíceis de medir, e os seus efeitos a tê-los, serão a médio e longo prazo.

### 4.3. Diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem foram baseados na taxonomia de NANDA, sendo também esta a seguida pelo Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Os diagnósticos de enfermagem foram agrupados em três dimensões: Informação, Atitudes e Crenças.

Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem segundo a dimensão

Dimensão	Diagnóstico de enfermagem
Informação	Risco de consumo de álcool pelos alunos, manifestado por 15 (34,9%) dos alunos que apresenta falta de informação em relação às consequências do consumo de álcool.
Atitudes	Atitudes positivas associadas ao aumento do consumo de bebidas alcoólicas pela pressão de pares, manifestada por 6 alunos (14%), dos quais 3 (7%) dos alunos concordam e concordam completamente e 3 (7%) dos alunos nem concordam nem discordam que acabariam por beber mais do que o costume se numa festa o grupo de amigos os incentivassem a beber.
	Atitudes positivas associadas ao aumento da frequência do consumo de bebidas alcoólicas pela pressão de pares e pelo ambiente propício, manifestadas por 13 alunos (30,3%), onde 7 (16,3%) concordam, 3 (7%) concordam completamente e 3 (7%) nem concordam nem discordam, que se sentem tentados a beber mais vezes por o ambiente ser propício.
	Atitudes positivas associadas à possibilidade de consumo de bebidas alcoólicas, manifestado por 9 alunos (21%), onde 7 (16,3%) dos alunos que concordam completamente e concordam e por 2 (4,7%) nem concordam nem discordam, que no grupo de amigos acabariam por beber bebidas alcoólicas para não se sentirem diferentes e se sentirem melhor integrados no grupo.
Crenças	Crenças positivas associadas aos possíveis efeitos do álcool, manifestadas por 27 alunos (62,8%), onde 27,9% concordam e 34,9% nem concordam nem discordam que os jovens bebem porque se sentem aborrecidos ou tristes.
	Crenças positivas associadas aos possíveis efeitos do álcool, manifestadas por 25 alunos (58,2%), dos quais 27,9% concordam, 4,7% concordam completamente e 25,6% nem concordam nem discordam que os jovens bebem para relaxar ou acalmar os nervos.
	Crenças positivas associadas aos possíveis efeitos do álcool, manifestadas por 33 alunos (76,8%), dos quais 44,2% concordam, 16,3% concordam completamente e 16,3% nem concordam nem discordam que os jovens bebem para se sentirem mais integrados e identificados com o seu grupo.
	Crenças positivas associadas aos possíveis efeitos do álcool, manifestadas por 35

alunos (81,4%), dos quais 48,8% concordam, 14% concordam completamente e 18,6% nem concordam nem discordam que os jovens bebem para se sentirem mais adultos.
---

#### **4.4.Fixação de objetivos e seleção de estratégias**

Após a identificação das necessidades dos alunos, e de alguns fatores que influenciam o seu comportamento em relação ao consumo de álcool, definem-se estratégias de intervenção, com o objetivo de desenvolver competências nestes para conviver com a oferta de álcool. Segundo Imperatóri & Giraldes (1993) uma estratégia tem subjacente um conjunto de técnicas, organizadas de forma a obter determinado objetivo, de modo a prevenir comportamentos de risco e promover hábitos e estilos de vida saudáveis. A Metodologia do Planejamento em Saúde exige, após a priorização dos diagnósticos encontrados, a elaboração de objetivos, através da “seleção dos indicadores (...); fixação dos objetivos (...); tradução dos objetivos em (...) metas” (TAVARES, 1990, p.120).

Foram fixados os objetivos específicos, de acordo com os problemas encontrados na etapa anterior, cada um destes objetivos foi convertido em metas ou objetivos operacionais, que segundo a Metodologia do Planejamento em Saúde, são enunciados dos resultados desejáveis convertidos em indicadores de processo, com mensuração a curto prazo. Assim, em Apêndice 19, serão apresentados os objetivos e as respectivas metas, as estratégias e as atividades.

As estratégias delineadas têm como base a Promoção da Saúde, na sua componente de Educação para a Saúde, concentrando-se em atividades de aprendizagem e experiências para indivíduos ou grupos. (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011)

#### **4.5 Preparação operacional e programação**

Segundo a metodologia do Planejamento em Saúde, as estratégias são concretizadas através de atividades, cujo conjunto se denomina projeto, se delimitado no tempo (IMPERATORI & GIRALDES,1993), como é o caso presente. Neste subcapítulo, descreve-se a preparação para a execução e a descrição de cada atividade realizada. Foram especificadas as atividades de acordo com os parâmetros estabelecidos por Tavares (1990): atividade, quem organiza, local, data, descrição, objetivos e avaliação, elaborados para cada sessão (Apêndice 20).

Elaborado a calendarização das sessões e a calendarização das sessões de educação para a saúde e o respetivo horário (Apêndice 20).

Na avaliação das atividades foram contemplados principalmente indicadores de atividade, devido à contingência do fator tempo.

Apenas em algumas foram contemplados indicadores de impacto, embora de uma forma de qualidade e sem visibilidade a longo prazo, não permitindo por isso verificar a alteração dos comportamentos dos adolescentes, apenas permite verificar o impacto das atividades ao nível dos conhecimentos.

Ancorada na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, na medida em que defende a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamento, salientando as crenças de autoeficácia. Para esta Teoria os seres humanos possuem uma capacidade extraordinária de simbolizar, conseguem tirar significado do seu ambiente, adquirir novos conhecimentos por meio do pensamento reflexivo e comunicar com os outros. Baseando a intervenção nesta teoria, os adolescentes têm a capacidade de simbolizar, por antecipação planejar estratégias alternativas, através delas, podendo prever as consequências de um ato sem que o executem; aprendem com as experiências dos outros, permitindo aos adolescentes que aprendam um novo comportamento e o executem, sem que passem pelo processo de tentativa e erro; e a autorreflexão, que influenciam e determinam a sua escolha. A simbolização também proporciona que os adolescentes armazenem as informações para orientar comportamentos futuros. Baseada no Modelo da Promoção de Saúde de Pender, quanto à autoeficácia percebida, considerando a avaliação pessoal da capacidade de realizar determinado comportamento de promoção de saúde, influenciando as barreiras percebidas à ação, assim, quanto maior a autoeficácia percebida, menores as barreiras à adoção do comportamento de saúde desejado.

Para que as estratégias definidas, conduzam a uma mudança nas atitudes dos adolescentes, é necessário que se desenvolvam atividades que envolvam os profissionais de saúde, os professores e conseqüentemente uma maior adesão dos alunos a este projeto. As atividades foram programadas, direcionando os conteúdos para os interesses dos adolescentes sobre o tema do álcool, pretendendo uma participação ativa destes. Por vezes as prioridades não são na área que mais ameaça a saúde pessoal, no processo de empowerment o cliente toma a decisão sobre o que quer saber e o que é importante para ele. O ritmo a que o cliente aprende, depende da motivação pessoal, das habilidades, da assertividade, da idade, do nível educacional e dos estilos de aprendizagem (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011).

Pretendeu-se com estas atividades que os adolescentes adquirissem conhecimentos sobre os efeitos e as consequências do consumo de álcool, e com esta aquisição lhes permitisse a capacitação na atitude perante a oferta de álcool, principalmente, nesta fase da adolescência, perdurando no seu ciclo vital. O importante não é a rapidez como os conhecimentos ou as habilidades são alcançadas, mas a extensão que elas abrangem (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011).

## **4.6 Execução**

Conforme o cronograma estabelecido, a etapa de execução decorreu no período de 12 de Janeiro a 16 de Fevereiro de 2012. Toda a participação e envolvimento dos adolescentes na realização das atividades, foi fundamental, porque lhes permitiu uma maior aprendizagem e também uma maior ligação afetiva e positiva ao projeto e à sua execução, promovendo o debate sobre os comportamentos em relação à oferta e ao consumo de bebidas alcoólicas. Nas atividades desenvolvidas, e enquanto prestadora de cuidados de enfermagem, esteve sempre presente o papel de facilitadora, através de uma relação de empatia, do reforço positivo e principalmente da ausência de julgamentos e da interpretação das atitudes dos adolescentes.

Foi organizado um portfólio, coleção organizada e planeada de trabalhos produzidos pelo aluno, ao longo de um determinado período de tempo, de modo a possibilitar uma visão detalhada e alargada da aprendizagem efetuada. Reúne a informação acerca das atividades desenvolvidas, de modo a permitir a compreensão da sua dinamização e a avaliação (Apêndice 20).

## **4.7. Avaliação**

Com a finalidade de otimizar os resultados, durante a execução do projeto foi feita a monitorização segundo os prazos propostos no cronograma. A avaliação final foi realizada em Fevereiro de 2012, depois de terminadas todas as atividades com os alunos.

A avaliação constitui a última etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde. A finalidade é “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar as atividades já realizadas ou identificar insuficiências” (IMPERATORI & GIRALDES, 1993, p. 174). A avaliação resulta da utilização de indicadores, que representam dados observáveis e mensuráveis das variáveis em estudo. Neste relatório interessou particularmente os indicadores de processo ou atividade, que expõem a quantificação das atividades realizadas, e os indicadores de resultado ou impacto, que traduzem as alterações verificadas, como os ganhos em saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007; TAVARES, 1990).

São apresentados os indicadores determinados para a intervenção comunitária. Para a avaliação final do projeto, contribuíram todas as avaliações parcelares que foram feitas, da forma como os dados foram tratados, assim como, da adequação do programa informático usado.

### **Indicadores de processo ou atividade**

Em relação aos indicadores de processo ou atividade, calcularam-se para o total de sessões realizadas e individualmente para cada sessão de educação para a saúde. Através da fórmula:

Nº de Sessões realizadas com os alunos:  $\frac{\text{nº de Sessões programadas com os alunos}}{\text{nº de Sessões programadas com os alunos}} \times 100\% = 9: 9 \times 100\% = 100\%$

Nº de Sessões realizadas com os Encarregados de Educação:  $\frac{\text{nº de Sessões programadas com os Encarregados de Educação}}{\text{nº de Sessões programadas com os Encarregados de Educação}} \times 100\% = 0: 1 \times 100\% = 0\%$

Nº de Sessões realizadas aos profissionais da UCC:  $\frac{\text{nº de sessões programadas para os profissionais da UCC}}{\text{nº de sessões programadas para os profissionais da UCC}} \times 100\% = 2: 2 = 1 \times 100\% = 100\%$

Nº de Sessões realizadas aos professores:  $\frac{\text{nº de sessões programadas para os professores}}{\text{nº de sessões programadas para os professores}} \times 100\% = 0: 1 \times 100\% = 0\%$

Para cada sessão, foi feita a avaliação individual, dos alunos presentes e dos alunos que participaram ativamente na sessão (Apêndice 20).

Este último indicador, foi obtido pela observação e anotação durante as sessões. Contribuíram para esta observação a enfª da Saúde Escolar e os professores presentes nas sessões.

Verificou-se que a presença dos alunos foi superior a 80%, assim como a participação ativa destes, em cada sessão (Apêndice 21).

### **Indicadores de resultado ou impacto**

Os indicadores de resultado ou impacto, apenas permitiram verificar o nível de mobilização ou de aquisição de conhecimentos durante as atividades, através do preenchimento do questionário no final da sessão. Revelou-se vantajosa esta avaliação, permitindo reformular a sessão seguinte, abordando os conteúdos com menor percentagem de aquisição. Foram calculados para cada sessão, (Apêndice 22).

A sessão de educação para a saúde para os encarregados de educação não se realizou, por estes não comparecerem, apesar dos convites enviados e da divulgação feita pelos diretores de turma e pelos alunos.

A apresentação dos resultados aos professores, onde seria feita a avaliação do projeto, não foi possível no período de tempo em que se realizou o estágio, apesar do interesse demonstrado pelos professores para a efetuação desta sessão, não se conseguiu coordenar a sobrecarga de reuniões própria desta época letiva. Informalmente, durante e no final das atividades os professores envolvidos nestas, manifestaram-se positivamente, realçando o interesse em futuramente desenvolver outros projetos neste âmbito.

Na UCC foi feita a apresentação das intervenções e a avaliação do projeto, consideraram positivo e de interesse em aplicar noutras escolas do concelho. Apesar deste projeto ter continuidade na UCC, na área da Saúde Escolar, surgiram algumas sugestões, tais como, o alargamento temporal do projeto, para permitir o desenvolvimento de outras atividades, a progressão e o acompanhamento ao longo dos anos de escolaridade, para que se possa fazer a monitorização e avaliação mais precisa, de modo a que se reflita em mais ganhos em saúde. A promoção da saúde em meio escolar deve ser vista como um processo em permanente desenvolvimento, para que as intervenções preventivas sejam eficazes devem ser baseadas na evidência científica, aferidas para o contexto e desenvolvidas por profissionais com conhecimentos específicos no domínio da saúde, para tal, concorrem a estas intervenções os sectores da saúde e da educação (BARROSO e BARBOSA, 2009).

Os dados foram tratados recorrendo à estatística descritiva, apenas foram encontradas as frequências absolutas e as frequências relativas, não se verificando a necessidade de outro tratamento para o projeto em questão.

Considera-se, que na generalidade a intervenção de enfermagem contribuiu para a sensibilização dos adolescentes dos 7<sup>os</sup> anos para os problemas que advêm do consumo de álcool, pois a população alvo foi abrangida e manifestaram positividade na avaliação, tanto nos conhecimentos como na satisfação. O facto de não terem sido realizadas duas sessões, aos encarregados de educação e à comunidade educativa, não invalida a avaliação positiva do projeto.

#### **4.8. Limitações do projeto**

Perante os resultados obtidos da avaliação da intervenção de enfermagem, pode constatar-se que todos os objetivos específicos foram atingidos, à exceção de dois, que se referem ao indicador de atividade da sessão de educação para a saúde dirigida aos encarregados de educação e da sessão de apresentação dos resultados e avaliação do projeto dirigida aos professores.

A baixa adesão dos Encarregados de educação às atividades desenvolvidas pelos seus educandos, manifestou-se logo de início, não autorizando a participação destes no preenchimento da escala de representações sociais como na recolha de informação sobre a situação socioeconómica e cultural dos alunos. Por este motivo, a amostra foi reduzida em relação ao número total de alunos onde foi feita a intervenção. Inicialmente seria para tratar os dados de cada turma individualmente, mas após a recolha das autorizações dos encarregados de educação, verificou-se que o número de alunos com autorização, de uma das turmas, era muito reduzido, não sendo expressivo da turma.

A não comparência dos encarregados de educação na sessão destinada a eles, veio reforçar o envolvimento com as atividades dos seus educandos. Alguns alunos justificaram essa ausência, previamente, quando lhes foi dada a informação sobre a sessão, argumentando que o horário de trabalho não era compatível com o horário da sessão e a pouca disponibilidade para acompanhar os educandos, manifestada pelos próprios alunos. É de referir que, 8 (18,6%) dos encarregados de educação são desempregados e 2 (4,7%) são reformados (Apêndice 9). As fichas com os dados dos alunos que foram facultadas pela secretaria e pelos diretores de turma, apresentavam deficiente preenchimento, não permitindo recolher dados de interesse para a caracterização da amostra.

A baixa literacia de alguns alunos apercebida aquando do preenchimento da Escala de representações sociais, por desconhecimento de alguns termos ou pela própria dificuldade de leitura e interpretação das frases apresentadas, deixou a dúvida se os resultados obtidos correspondiam à realidade. Quanto à dimensão Informação, estes adolescentes têm informação a respeito da possibilidade do consumo de álcool poder provocar ou não dependência física. A escala usada para a colheita de dados, no item informação que os alunos têm sobre as consequências do álcool, foi apenas avaliado a dependência física, reduzindo o conhecimento sobre o que os adolescentes sabiam acerca dos efeitos e das consequências do álcool. Como modo de ultrapassar esta lacuna, no início da sessão sobre os efeitos e as consequências do consumo de álcool, foram colocadas perguntas pelos adolescentes. Permitindo ir ao encontro dos seus interesses. Também é de realçar a dificuldade por parte dos adolescentes, sobre o significado do termo dependência, mesmo depois de dados alguns exemplos. Considerando importante fornecer informação sobre os efeitos e as consequências do consumo de álcool.

É de salientar que as respostas à dimensão Crenças, poderão não refletir a opinião pessoal dos adolescentes respondentes, mas sim o que pensam que a generalidade dos jovens fazem, no entanto foi fundamental intervir nesta dimensão, segundo o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, o ambiente e as relações interpessoais vão influenciar o comportamento individual.

A limitação temporal impediu que se realizassem mais sessões ou atividades com os adolescentes, nomeadamente, um debate que se estenderia a todos os alunos da escola, que estivessem interessados em participar. Também esta limitação temporal se fez sentir, na calendarização da reunião com os professores para a apresentação dos resultados, discussão, troca de experiências e avaliação do projeto, que não foi possível realizar durante o tempo destinado ao estágio.

A baixa representatividade da amostra em relação à população adolescente, e o âmbito da intervenção de enfermagem não permitiram relacionar os dados recolhidos quanto à experiência de

consumo de álcool nos adolescentes respondentes, com as outras variáveis. No entanto, foi importante para conhecer melhor a população alvo, e assim dirigir as atividades, mantendo as orientações dos Modelos teóricos para a intervenção de enfermagem, que foi dirigida a todos os alunos dos 7ºs anos, independentemente da sua experiência de consumo de álcool.

Seria interessante conhecer essa relação, tendo em conta que os resultados obtidos se confinariam à amostra em causa.

## **5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Tendo por base o Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2009), e considerando que este projeto foi o culminar do percurso académico, que permitiu a mobilização de conhecimentos e saberes adquiridos na fase curricular e na prática profissional, pretende-se refletir sobre a aquisição de competências especializadas em enfermagem comunitária.

As principais competências desenvolvidas têm como base a utilização da Metodologia do Planeamento em Saúde, no que respeita à avaliação do estado de saúde de grupos, famílias ou comunidades, e na planificação do projeto, “estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de um grupo; contribui para o processo de capacitação de grupos (...); integra a coordenação dos projetos de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; (...)” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 2). Articulando com os modelos de intervenção de enfermagem comunitária, nomeadamente o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, facilitando a mobilização e integração de saberes na prática. O diagnóstico de situação possibilitou uma melhor prática das técnicas de investigação, na colheita e tratamento de dados. A interpretação de resultados e a apresentação dos mesmos em contexto académico e profissional, e utilização destes na programação de intervenções para a população alvo, tendo em vista a melhoria dos cuidados e os ganhos em saúde.

As limitações supracitadas, contribuíram para o desenvolvimento de competências na coordenação e liderança do projeto, assim como nas estratégias de negociação necessárias para levar por diante a intervenção de enfermagem. A motivação da comunidade educativa na participação no projeto, e a mobilização dos parceiros da comunidade, tornou-se um desafio que superou em muito as expectativas iniciais.

Desenvolveram-se ainda competências face ao processo de capacitação de indivíduos, famílias ou comunidades, através das sessões de Educação para a saúde aos adolescentes, envolvendo a necessária gestão de recursos da comunidade.

A especificidade do grupo alvo, por se tratar de adolescentes, impulsionou o desenvolvimento de competências na área da comunicação, nas parcerias com a comunidade educativa e em contactos e reuniões com equipas multiprofissionais.

A adequação da atuação ao contexto da intervenção, desenvolvendo uma prática reflexiva tendo por base os valores ético-sociais dos grupos e comunidades, tendo presente a diversidade

sociocultural do grupo e o tema abordado, atribuindo um papel ativo ao adolescente na tomada de decisão relacionada com a sua saúde.

Apesar desta experiência profissional ter contribuído para o desenvolvimento de competências ao nível dos cuidados de saúde primários no âmbito da Saúde Escolar, havendo ainda um longo caminho a percorrer na aquisição de saberes e no desenvolvimento de competências, de acordo com a classificação de Benner (2001), considera-se estar ao nível de “iniciada”, quando descreve que “as iniciadas não têm nenhuma experiência das situações com que elas possam ser confrontadas” (BENNER, 2001,p. 49). O nível seguinte requer uma prática profissional de pelo menos um ano na área, o que não menospreza o desenvolvimento das competências referidas.

Este projeto constituiu sem dúvida uma mais valia para o percurso profissional, no desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem comunitária, sendo fundamental dar continuidade ao desenvolvimento das competências já referidas, assim como a aquisição e desenvolvimento das diversas competências enumeradas no regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, da Ordem dos enfermeiros (2010).

## 6. CONCLUSÃO

A qualidade da intervenção depende da avaliação da situação e do planeamento. Avaliar para planear, compensa e potencia a intervenção, permite uma melhor mobilização de recursos materiais e humanos, evita gastos desnecessários, incluindo o tempo. A intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários situa-se na prevenção, proteção e promoção da saúde, sendo a enfermagem comunitária privilegiada na proximidade com o indivíduo, famílias, grupos e comunidade, inseridos no seu ambiente, onde se podem desenvolver projetos com conhecimento da realidade dessas comunidades, recorrendo aos recursos disponíveis, contribuindo assim para um aumento da eficácia e da qualidade dos cuidados prestados, e conseqüentemente dos ganhos em saúde dessa população. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel fundamental possui competências para coordenar e implementar programas de saúde que envolvam vários setores da comunidade visando a capacitação de grupos e comunidades. A educação para a saúde surge como um meio facilitador deste caminho, no sentido de capacitar os indivíduos desenvolvendo a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde. A promoção da saúde no adolescente tem implicações para o resto da população, pois a sua doença tem efeitos nos seus pais e na família alargada. Sendo a adolescência um período de construção da identidade, as representações sociais que os adolescentes desenvolvem, individualmente ou em grupo, vão condicionar o seu comportamento futuro. É durante a adolescência que os grupos de pares exercem uma pressão social sobre os adolescentes, no sentido de estes se comportarem de acordo com os padrões seguidos pelos outros elementos do meio a que pertencem, para a obtenção de um estatuto no seu seio, de modo a que possam continuar a pertencer ao grupo. A escola será um lugar privilegiado para a realização de atividades que promovam a saúde. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, e inserido na comunidade escolar, partindo do conhecimento pleno da comunidade escolar, deverá em conjunto com a comunidade educativa e os parceiros da comunidade, encontrar soluções que melhor respondam às necessidades daquela comunidade, disponibilizando-se para criar oportunidades de promoção da ligação escola-famílias, envolvendo a necessária gestão de recursos da comunidade.

As principais competências desenvolvidas têm como base a utilização da Metodologia do Planeamento em Saúde, no que respeita à avaliação do estado de saúde de grupos, famílias ou comunidades, e na planificação do projeto. Articulando com os modelos de intervenção de enfermagem comunitária, nomeadamente o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, facilitando a mobilização e integração de saberes na prática, no planeamento da intervenção, de modo a ir ao encontro das preferências dos adolescentes envolvidos neste projeto, capacitando-os

para as escolhas saudáveis face à oferta de álcool. Prevenindo desta forma o consumo antecipado destes adolescentes.

Sendo a opinião da maioria dos adolescentes respondentes desfavorável face ao consumo de álcool quando integrado num grupo. No entanto, deve ser tomada em consideração o tamanho reduzido da amostra, a faixa etária dos adolescentes e o grau de literacia destes. Como tal, verifica-se que houve um aumento ao longo das afirmações, para a opinião favorável de aceitação do consumo de álcool, por o ambiente ser propício e para se sentir mais integrado no grupo. Constatou-se que na sua maioria os adolescentes manifestam atitudes desfavoráveis face à oferta de álcool, quando confrontados com situações hipotéticas. Verifica-se que têm um predomínio de crenças positivas associadas ao consumo de álcool. O compromisso com o plano de ação deve ser facilitado pela intervenção de enfermagem proposta, que possibilita aos adolescentes ampliarem os seus conhecimentos sobre as consequências do consumo de álcool, possibilitando o autocuidado e a autoestima.

Considera-se, que na generalidade a intervenção de enfermagem contribuiu para a sensibilização dos adolescentes dos 7<sup>os</sup> anos para os problemas que advêm do consumo de álcool, pois a população alvo foi abrangida e manifestaram positividade na avaliação, tanto nos conhecimentos como na satisfação. O facto de não terem sido realizadas duas sessões, aos encarregados de educação e à comunidade educativa, não invalida a avaliação positiva do projeto.

A motivação da comunidade educativa na participação no projeto, e a mobilização dos parceiros da comunidade, tornou-se um desafio que superou em muito as expectativas iniciais.

Desenvolveram-se ainda competências face ao processo de capacitação de indivíduos, famílias ou comunidades, através das sessões de Educação para a Saúde aos adolescentes. A especificidade do grupo alvo, impulsionou o desenvolvimento de competências na área da comunicação, nas parcerias com a comunidade educativa e em contactos e reuniões com equipas multiprofissionais.

É de salientar que este projeto irá ter continuidade na UCC Amadora+, onde foi realizado o estágio.

Este projeto constituiu sem dúvida uma mais valia para o percurso profissional, no desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem comunitária.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J. C. (1987). **Coopération, compétition et représentations sociales**. Cousset: Delval.

AJZEN, I. (1988). **Attitudes, personality, and behavior**. Milton Keynes: Open University Press.

BABOR, [et al] (1994). **Lexicon of Alcohol and drugs terms**. Geneva: Office of Publications World Health Organization. ISBN: 92-4-154468-6.

BALSA, [et al] (2003). **Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa 2001**. Lisboa: CEOS/FCSH/UNL.

BALSA, C. (2007). **Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População em Geral, Portugal 2007**. Lisboa: Instituto de Droga e Toxicodependência, I.P. ISBN: 978-972-9345-66-1

BALSA, [et al] (2008). **II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral: Portugal 2007**. Lisboa: CEOS/FCSH/UNL.

BARDIN, Laurence (2009). **Análise de Conteúdo**. 4ª edição. Lisboa: Edições 70 Lda. ISBN: 978-972-44-1506-2.

BANDURA, A. (1977). **Social Learning Theory**. New York: General Learning Press.

BANDURA, A. (1997). **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: Freeman. ISBN: 0716726262.

BECK, J. S.(1997). **Terapia cognitiva – terapia e prática**. São Paulo: Artmed Editora.

BENNER, P. (2001). **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 172-8535-97.

CAMBOR, Roger; MILLMAN, Robert B. (1995). **Abuso de Álcool e Drogas em Adolescentes**. In: LEWIS, Melvin - **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 749 – 757.

CARVALHO, A.C.; LEAL, I.P. (2006) – **Construção e validação de uma Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes**. **Psicologia Saúde & Doenças**. Lisboa. ISSN: 1645-0086. Volume 7, nº 2 (Novembro, 2006). 287-297.

CHICK, Jo; CHICK, Dr. Jonathan (1998). **Problemas com a bebida**. Porto: Campo das Letras. ISBN: 972-610-076-3.

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA. **Ordem dos Enfermeiros (2010) - Proposta de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Acedida em 20/12/2010. Disponível em:

[https://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/Proposta\\_Reg\\_Perfil%20Comp%20Espec%C3%ADficas%20Comunit%C3%A1ria%20e%20SPub\\_aprovado%20em%20AssembC%2011.09.2010.pdf](https://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/Proposta_Reg_Perfil%20Comp%20Espec%C3%ADficas%20Comunit%C3%A1ria%20e%20SPub_aprovado%20em%20AssembC%2011.09.2010.pdf).

CORREIA, Cristina; [et al] (2001) Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Volume temático nº 2 (2001). p.75-82.

COSTA, A.C.G. (2000). – **Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática**. Salvador: Odebrecht.

DEJOURS, C. (1990). Contribution de la psicopatologia del trabajo al estudio do alcoolismo. **In:** Talleres gráficos Litodar (Ed.), **Trabajo y Desgaste Mental**. Buenos Aires: Editorial Humanitas. pp 235-242.

D'HAINAUT, Louis (1997). **Conceitos e Métodos da Estatística – Uma variável a uma dimensão**. Volume I. 2ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-0533-0.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Volume I e II. Lisboa 2004.

EQUIPA DO PROJECTO AVENTURA SOCIAL & SAÚDE (2010). Relatório do Estudo HBSC 2010. **A Saúde dos Adolescentes Portugueses**. Acedido em 15/07/2011. Disponível em <http://www.aventurasocial.com>,

FEIJÃO, F.; LAVADO, E. (2003) – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental/2003 (ECATD/2003), Instituto da Droga e da Toxicoddependência. **Os Adolescentes e o Álcool**. [em linha]. (2003). Acedido em 15/07/2011. Disponível em: [http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Folheto/ecatd\\_Alcool.pdf](http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Folheto/ecatd_Alcool.pdf),

FEIJÃO, F. (2008). **Inquérito Nacional em Meio Escolar 2006: Consumo de Drogas e outras Substâncias Psicoactivas: Uma abordagem integrada: resultados Preliminares**. Apresentação em Congresso (Évora).

FERNANDES, E.V. (2000). **Psicologia da realização humana**. Vagos: Edipanta, Lda. ISBN: 9789728596002.

HUTZ, Claudio Simon; [et al] (2002) – **Situações de Risco e Vulnerabilidade na Infância e na Adolescência: Aspectos Teóricos e Estratégias de Intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo. ISBN: 85-7396-166-X

IMPERATORI, E. & GIRALDES, M. (1993). **Metodologia do Planeamento em Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública

INSTITUTO DA DROGA E TOXICODPENDÊNCIA (2005). **Relatório Anual 2005. A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodpendências**. Lisboa: IDT.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA (2010) – Departamento de Monitorização, Formação e Relações Internacionais – Núcleo de Estatística/Núcleo de Publicações e Documentação (2010). **Relatório Anual – 2009 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodpendências**. Lisboa: IDT. ISBN: 1645-5630

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, I.P. (2011). **Classificação Portuguesa das Profissões 2010**. Lisboa: INE, I.P. ISBN: 978-989-25-0010-2.

JODELET, D. (org.) (2001) Representações Sociais: Um domínio em Expansão. **In: As representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ. Tradução.

KNAPP, P. et al (2004). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed Editora.

KULBOK, Palmela A.; LAFREY, Shirley C.; GOEPPINGER, Jean (1999) Promoção da Saúde Comunitária: Uma estrutura de vários níveis para a prática. **In: STANHOPE, M; LANCASTER, J. Enfermagem Comunitária**. 4ª edição. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-05-3. p.285-308.

KUNTSCHKE, E. N.; KUENDIG, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family – related risk factor predicting alcohol use in adolescence. **Substance Use and Misuse** 41 (1) p. 71-86.

LANCASTER, Jeanette; LOWRY, Lois W.; MARTIN, Karen S. (1999) – Organização de Estruturas Aplicadas à Enfermagem Comunitária. **In: STANHOPE, M; LANCASTER, J. – Enfermagem Comunitária**. 4ª edição. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-05-3. p. 195-222.

LEWIS, Melvin (1995). **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas.

MARLATT, G.A; GORDON, J.R. (1993). **Prevenção da Recaída: Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Aditivos**. Porto Alegre: Artes Médicas.

MATOS, M.; CARVALHOSA, S., & AVENTURA SOCIAL E SAÚDE (2001). **Quem afinal experimenta drogas em Lisboa?** Tema 1, nº 1. Junho 2001. FMH7PEPT7GPT.

MATOS, M., & AVENTURA SOCIAL E SAÚDE (2001). **Os Jovens Portugueses e o Álcool**. Tema 7, nº 1. Lisboa: FMH/PEPT/GPT.

MATOS, M., & EQUIPA DO AVENTURA SOCIAL (2006). **Consumo de Substâncias dos Adolescentes Portugueses** – Relatório preliminar. Acedido a 12/11/2011. Disponível em [www.fmh.utl.pt/aventurasocial](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial) ; [www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)

MATOS, M. et.al (2008). **Consumo de substâncias: Estilo de Vida? À procura de um Estilo?**. Lisboa: IDT (Instituto de Droga e Toxicodpendência). ISBN: 978-972-9345-65-4

MARINHO, R. (2008). O álcool e os jovens. Dossier: Problemas Ligados ao Álcool. In **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Vol. 24. P. 293-300

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. ISBN colecção: 972-675-108-X. ISBN: 972-675-109-8 (Vol. I). ISBN: 972-675-110-1 (Vol. II). Acedido a 16/07/2011. Disponível em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/ficha\\_tecnica.htm](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/ficha_tecnica.htm) ,

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO- DGIDC/NESASE (2009). M<sup>a</sup> Isabel Baptista – Coordenadora Escolas Promotoras de Saúde. **3ª Conferência Europeia de Escolas Promotoras de Saúde**. Declaração de Vilnius, Lituânia.

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

NABAIS, L. O. (2005). Os jovens e o álcool na sociedade contemporânea. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA (2004).Relatório Anual 2004: **A Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega**: Lisboa: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

OFFER, Daniel; BOXER, Andrew M. (1995). O desenvolvimento Normal do Adolescente: Descobertas de Pesquisas Empíricas. In: LEWIS, Melvin - **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 283 – 292.

OMS (2011). Acedido a 15/07/2011. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). – **Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Caderno temático.

PENDER, Nola; MURDAUGH, C.; PARSONS, M. (2011) – **Health Promotion in Nursing Practice**. 6<sup>a</sup> ed. New Jersey: Pearson Education. ISBN-13: 978-0-13-509721-2.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011–2016 – **Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração**, (Março 2010), Alto Comissariado da saúde. Acedido em 05/12/2010. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-construcao/doc-produzidos/>.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011–2016 – *Draft* - **A saúde em Portugal: o diagnóstico**. 1º Volume (Novembro 2010), Alto Comissariado da Saúde. Acedido em 18/12/2010. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2010/11/30/pns-perfil/>.

- PLANO NACIONAL DE SAÚDE (2004) Acedido em 18/07/2011.  
Disponível em: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1\\_531.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html)
- PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL 2009 – 2012 (2009). Acedido em 17/07/2011. Disponível em:  
[http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2010/PNRPLA\\_2010\\_2012.pdf](http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2010/PNRPLA_2010_2012.pdf) ,
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. (2004). **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 85-7307-984-3.
- PORTAL DA SAÚDE – Problemas. Acedido em 16/07/2011. Disponível em:  
<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/estilos+de+vida/alcoolismo.htm>
- PORTAL DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, **CENSOS 2011**, Resultados Preliminares. Acedido em 11/07/2011. Disponível em:  
[http://www.ine.pt/scripts/flex\\_v10/Main.html](http://www.ine.pt/scripts/flex_v10/Main.html)
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2006) – **Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa: MS. ISBN 972-99288-9-4.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (2004) - **Mais saúde para todos**. Lisboa: DGS, Vol. I - **Prioridades**, 88 p. - Vol. II - **Orientações estratégicas**, 216 p. Colecção: 972-675-108-X. ISBN 972-675-109-8.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde (2008) – **Cuidados de Saúde Primários. Agora mais que nunca** – Relatório Mundial de Saúde da OMS. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. ISBN 978-989-95146-9-0. p. 1-130.
- PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR (2007). Lisboa: DGS. ISBN: 978-972-675-153-3
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. (2005). **Manual de Investigação em ciências Sociais**. 4ª edição. Lisboa: Gradiva.
- REIS, E. (2008). **Estatística Descritiva**. 7ª edição. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 9789726184768.
- RIBEIRO, J.L.P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. **Análise Psicológica**. ISSN: 0870-8231. Vol.22, nº 2, (Junho, 2004). 387-397.

ROUSSAUX, J.P.; FAORO-KREIT, B.; HERS, D. (2002). **O alcoólico em família – Dimensões familiares dos alcoolismos e suas implicações terapêuticas**. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-029-4.

SOUSA, A. [et al] (2007). **Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar**. Lisboa: Ministério da Educação. ISBN: 978-972-742-266-1.

SOUSA, F. Cardoso [et al] (2008). **O Consumo de Bebidas Alcoólicas na População Escolar Juvenil – Modelo de Investigação para Projectos Lectivos**. Loulé: GAIM.

SPRINTHALL, Norman A.; COLLINS, W. Andrews (2008). **Psicologia do Adolescente – Uma abordagem desenvolvimentista**. 4ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 978-972-31-0634-3

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

VALA, J. (1996). Representações sociais – Para uma psicologia social do pensamento social. **In: VALA, J. & MONTEIRO, M.B. Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p. 353 – 384.

WHO (2000). World health report 2000 – **Health systems: improving performance**. Geneva.

WHO (2005). Resolution WHA 58.26. **Public-health problems caused by harmful use of alcohol**. In: Fifty-eighth World health Assembly, Geneva.

WHO (2009) - **Health Promotion: Global Conferences on Health Promotion**. Acedido em 17/01/2011. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>.

WHO (2011). **Global status report on alcohol and health**. Geneva: WHO publications. ISBN: 978-92-4-156415-1

## LEGISLAÇÃO

DESPACHO n° 147-B/ME/96. **D.R. II Série**. 177 (1 -08-1996) 10719.

DESPACHO NORMATIVO n° 55/2008. **D.R., 2ª série**. 206 (23-10-2008) 43128.

DECRETO-LEI n° 9/2002. **D.R. I Série – A**. 20 (24-01-2002) 483.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n° 166/2000. **D.R. I Série – B**. 276 (29-11-2000) 6837.

DECRETO-LEI n° 330/90. **D.R. I série**. 245 (23-10-1990) 4353.

DECRETO-LEI n° 332/2001. **D.R. I Série – A**. 296 (24 -12- 2001) 8410.

DECRETO-LEI nº 28/2008. **D.R. I Série.** 38 (22-02-2008)1182-1189.

DESPACHO nº 10143/2009. **D. R. - 2.ª Série.** 74 (16 -04-2009) 15438.

DESPACHO CONJUNTO nº 734/2000. **D. R. – Série II.** 164 (18 -07-2000)

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I - Cronograma do projeto (previsto e reformulado)**





## **APÊNDICE 2 – Autorização do diretor da Escola**



Ex.mo Sr. Director da  
Escola Básica e Secundária Mães d'Água

Idalina Maria Falcão Vermelho Moreira, Licenciada em Enfermagem a frequentar o 2º curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no âmbito do Estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade Amadora + (ACES VII – Amadora) pretende desenvolver o seu projecto de estágio na prevenção do consumo de bebidas alcoólicas nos alunos dos 7º anos, na Escola Básica e Secundária Mães d'Água. O estágio irá decorrer entre Outubro de 2011 e Fevereiro de 2012. Vem por este meio solicitar a vossa autorização para a realização deste estágio.

O projecto delineado surge no sentido de dar resposta às solicitações desta Escola para abordar esta temática e da necessidade manifestada pela Unidade de Cuidados na Comunidade Amadora.

Durante a realização do estágio nesta escola, será aplicado um inquérito aos estudantes dos 7º anos, a fim de avaliar os conhecimentos, atitudes/comportamentos e mitos/crenças em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, para posteriormente se desenvolverem sessões de educação para a saúde, direccionadas às necessidades percebidas nestes alunos.

Pede deferimento

Lisboa, 26 de Setembro de 2011

*Idalina Maria Falcão Vermelho Moreira*

**APÊNDICE 3 – Consentimento dos Encarregados de Educação**

Aos Encarregados de Educação dos alunos do 7º ano Turma \_\_\_\_\_

Eu, Idalina Maria Falcão Vermelho Moreira, Licenciada em Enfermagem a frequentar o 2º curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no âmbito do Estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade Amadora + (ACES VII – Amadora) pretendo desenvolver o meu projeto de estágio na prevenção do consumo de bebidas alcoólicas nos alunos dos 7ºs anos, na Escola Básica e Secundária Mães d'Água.

Para tal, será necessário que o seu educando responda a um inquérito com base nos conhecimentos sobre bebidas alcoólicas, para posteriormente serem realizadas atividades dentro da escola, no sentido de desenvolver competências do seu educando face à oferta destas bebidas.

O inquérito é anónimo e os dados recolhidos são confidenciais.

Assim, deverá assinalar no quadrado abaixo, se pretende ou não que o seu educando colabore neste trabalho.

Eu, \_\_\_\_\_ Encarregado de  
Educação do aluno \_\_\_\_\_

Autorizo

Não Autorizo

Assinatura do Encarregado de Educação:

Agradeço a sua atenção

Idalina Maria Falcão Vermelho Moreira

**APÊNDICE 4** – Escala de representações sociais do consumo de álcool em adolescentes

## Escala de representações sociais do consumo de álcool em adolescentes

	Discordo completamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente
1. "O uso de Álcool pode causar dependência física"					
2. "Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a beber bebidas alcoólicas eu aceitaria"					
3. "Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a beber bebidas alcoólicas eu acabaria por beber mais que o costume"					
4. "Se no meu grupo de amigos quase todos beberem bebidas alcoólicas eu sinto-me «tentado» a beber mais vezes, porque o ambiente é propício"					
5. "Se no meu grupo de amigos quase todos beberem bebidas alcoólicas eu acabarei por beber para não me sentir diferente e para me sentir melhor integrado no grupo".					
6. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem porque se sentem aborrecidos ou tristes"					
7. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem para relaxar ou acalmar os nervos"					
8. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem para se sentirem mais integrados e identificados com o seu grupo"					
9. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem para se sentirem mais adultos"					

Idade:

Sexo: F

M

Já alguma vez, consumiste bebidas alcoólicas?

Sim

Não

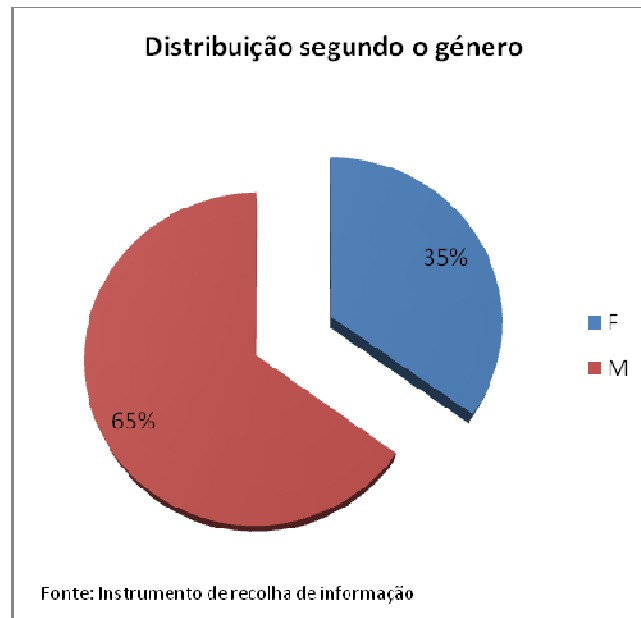
Obrigada pela colaboração

**APÊNDICE 5** – Grelha para recolha de informação das fichas dos alunos



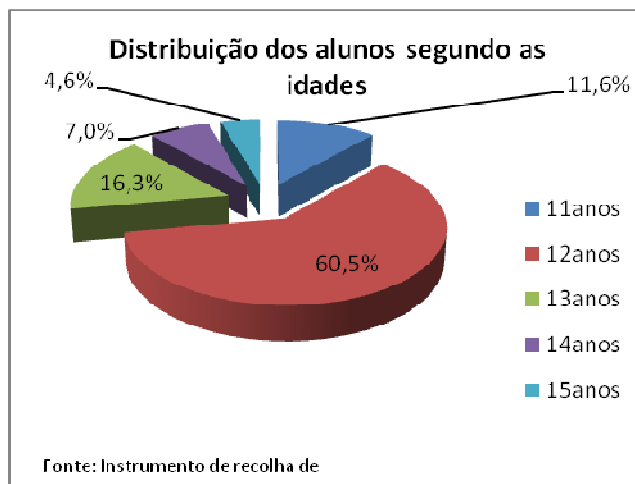
## **APÊNDICE 6 – Distribuição dos alunos segundo o gênero**

Gráfico 1 – distribuição dos alunos segundo o género



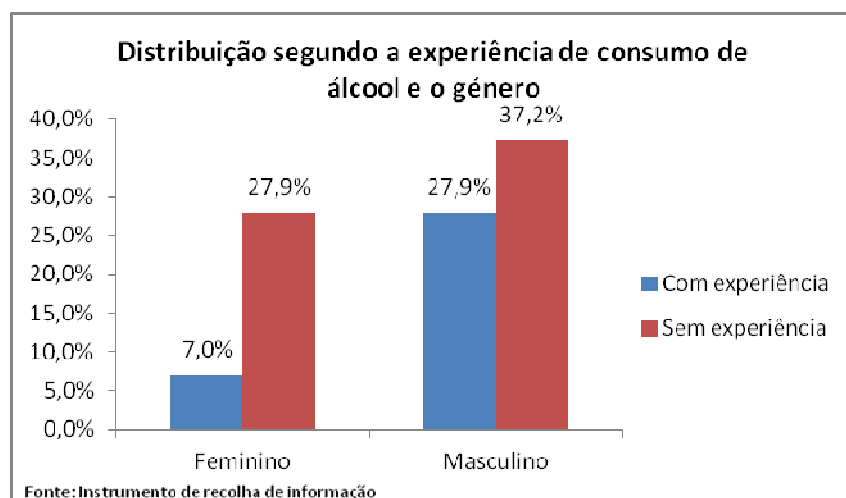
## **APÊNDICE 7 – Distribuição dos alunos segundo as idades**

Gráfico 2 – distribuição dos alunos segundo as idades



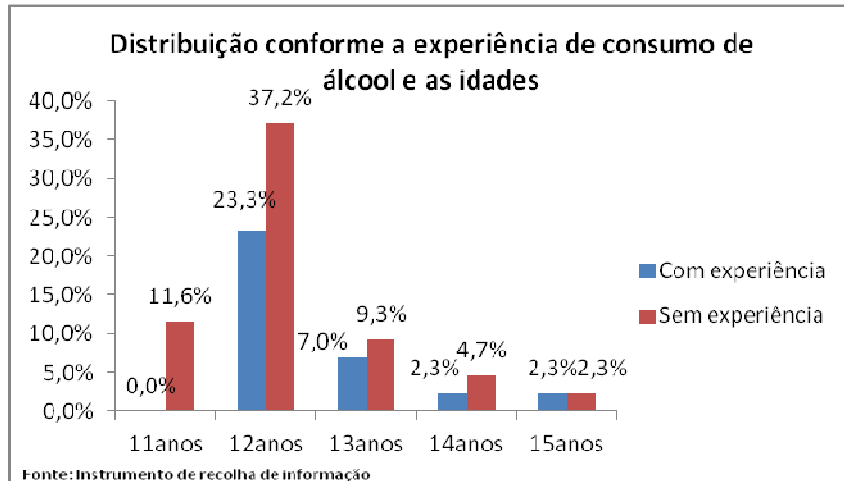
**APÊNDICE 8** – Distribuição dos alunos segundo a experiência de consumo de álcool e o gênero

Gráfico 3 – Distribuição dos alunos segundo a experiência de consumo de álcool e o género



**APÊNDICE 9** – Distribuição dos alunos segundo a experiência de consumo de álcool e as idades

Gráfico 4 – Distribuição dos alunos conforme a experiência de consumo de álcool e as idades



**APÊNDICE 10** - Tabela de caracterização socioeconómica e cultural do aluno

**Tabela 1 - Caracterização dos alunos quanto às condições socioeconómica e cultural**

<b>Alunos (N=43)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Alunos (N=43)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Naturalidade</b>			<b>Coabita</b>		
Amadora	24	55,8%	Pai, mãe, irmãos	11	25,6%
Lisboa	8	18,6%	Pai, irmãos	1	2,3%
Tomar	1	2,3%	Mãe	3	7,0%
Brasil	1	2,3%	Mãe, irmãos	8	18,6%
Cabo-Verde	5	11,6%	Pai, mãe	12	27,9%
Angola	1	2,3%	Mãe, avós, irmãos	2	4,7%
São Tomé	1	2,3%	Pais, avós, irmãos	2	4,7%
Viseu	1	2,3%	Outros	4	9,3%
Guiné-Bissau	1	2,3%	<b>Nº de irmãos</b>		
<b>Residência</b>			0	8	18,6%
Bairro A	2	4,7%	1	14	32,6%
Bairro B	2	4,7%	2	10	23,3%
Bairro C	36	83,7%	3	9	20,9%
Bairro D	3	7,0%	4	1	2,3%
<b>Beneficia de ASE</b>			5	1	2,3%
Não	13	30,2%			
Sim	30	69,8%			
<b>Escalão</b>					
A	20	46,5%			
B	10	23,3%			

Bairro A – bairro de realojamento social; Bairro B – bairro degradado; Bairro C – habitação com condições sanitárias no concelho da Amadora; Bairro D – habitação com condições sanitárias fora do concelho da Amadora

**APÊNDICE 11** – Tabela de caracterização socioeconómica e cultural do pai

**Tabela 2 - Caracterização dos alunos quanto às condições socioeconómica e cultural do Pai**

<b>Alunos (N=43)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Alunos (N=43)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Naturalidade</b>			<b>Habilitações literárias</b>		
Amadora	12	27,9%	Sem frequência	1	2,3%
Lisboa	9	20,9%	1º ciclo	6	14,0%
Tomar	1	2,3%	2º ciclo	8	18,6%
Brasil	1	2,3%	3º ciclo	9	20,9%
Cabo-Verde	8	18,6%	Secundário	13	30,2%
Angola	8	18,6%	Curso superior	1	2,3%
São Tomé	2	4,7%	Sem dados	5	11,6%
Guiné-Bissau	2	4,7%			
<b>Profissão</b>			<b>Situação profissional</b>		
2	1	2,3%	Trabalhador Conta outrem	28	65,1%
3	2	4,7%	Trabalhador conta própria	2	4,7%
4	1	2,3%	Reformado	1	2,3%
5	6	14,0%	Desempregado	4	9,3%
7	1	2,3%	Sem dados	8	18,6%
8	4	9,3%			
9	3	7,0%			
Sem dados	25	58,1%			

**APÊNDICE 12** – Tabela de caracterização socioeconómica e cultural da mãe

**Tabela 3 - Caracterização dos alunos quanto às condições socioeconómica e cultural da Mãe**

<b>Alunos (N=43)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Alunos (N=43)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Naturalidade</b>			<b>Habilitações literárias</b>		
Amadora	17	39,5%	Sem frequência	0	0%
Lisboa	6	14,0%	1º ciclo	6	14,0%
Tomar	1	2,3%	2º ciclo	9	20,9%
Brasil	1	2,3%	3º ciclo	9	20,9%
Cabo-Verde	7	16,3%	Secundário	17	39,5%
Angola	5	11,6%	Curso Médio	1	2,3%
São Tomé	4	9,3%	Curso Superior	1	2,3%
Viseu	0	0%			
Guiné-Bissau	2	4,7%			
<b>Profissão</b>			<b>Situação profissional</b>		
2	1	2,3%	Trabalhadora conta outrem	24	55,8%
3	4	9,3%	Trabalhadora conta própria	6	14,0%
4	1	2,3%	Desempregada	10	23,3%
5	10	23,3%	Estudante	2	4,7%
7	1	2,3%	Sem dados	1	2,3%
9	8	18,6%			
Sem dados	18	41,9%			

**APÊNDICE 13** – Tabela de caracterização socioeconómica e cultural do Encarregado de Educação

**Tabela 4 - Caracterização dos alunos quanto às condições socioeconómica e cultural do Encarregado de Educação**

<b>Alunos (N=43)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Alunos (N=43)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Grau de parentesco</b>			<b>Habilitações literárias</b>		
Pai	7	16,3%	Sem frequência	0	0%
Mãe	34	79,1%	1º ciclo	6	14,0%
Avô	1	2,3%	2º ciclo	11	25,6%
Tio	1	2,3%	3º ciclo	9	20,9%
			Secundário	15	34,9%
			Curso Médio	1	2,3%
			Curso Superior	1	2,3%
<b>Profissão</b>			<b>Situação profissional</b>		
2	1	2,3%	Trabalhador conta outrem	23	53,5%
3	4	9,3%	Trabalhador conta própria	6	14,0%
4	1	2,3%	Reformado	2	4,7%
5	10	23,3%	Desempregado	8	18,6%
7	1	2,3%	Estudante	2	4,7%
9	8	18,6%	Sem dados	2	4,7%
Sem dados	18	41,9%			

## **APÊNDICE 14 – Dimensões da escala e respectivas afirmações**

**Tabela 5 - Dimensões da escala e respectivas afirmações**

---

Dimensão	Nº da afirmação
Informação	1
Atitudes	2 a 5
Crenças	6 a 9

---

**APÊNDICE 15** - Frequências absolutas e relativas da dimensão  
Informação

**Tabela 6- Frequências absolutas e relativas da dimensão Informação**

Dimensão Informação	Frequência Absoluta					Frequência Relativa				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
O álcool pode provocar dependência física	10	1	4	17	11	23,3%	2,3%	9,3%	39,5%	25,6%

## **APÊNDICE 16 – Frequências absolutas e relativas da dimensão Atitudes**

**Tabela 7 - Frequências absolutas e relativas da dimensão Atitudes**

Dimensão Atitudes	Frequência Absoluta					Frequência Relativa				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
aceitação	25	14	4	0	0	58,1 %	32,6 %	9,3%	0%	0%
beber mais do que o costume	25	12	3	2	1	58,1 %	27,9 %	7%	4,7%	2,3%
beber mais, porque o ambiente é propício	19	11	3	7	3	44,2 %	25,6 %	7%	16,3 %	7%
beber para me sentir melhor integrado no grupo	21	13	2	6	1	48,8 %	30,2 %	4,7%	14%	2,3%

**APÊNDICE 17** - Frequências absolutas e relativas da dimensão  
Crenças

**Tabela 8 - Frequências absolutas e relativas da dimensão Crenças**

Dimensão Crenças	Frequência Absoluta (n)					Frequência Relativa (%)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sentem-se aborrecidos ou tristes	8	8	15	12	0	18,6%	18,6%	34,9%	27,9	0
Para relaxar ou acalmar os nervos	9	9	11	12	2	20,9	20,9	25,6	27,9	4,7
Para se sentirem mais integrados e identificados com o seu grupo	6	4	7	19	7	14	9,3	16,3	44,2	16,3
Para se sentirem mais adultos	4	4	8	21	6	9,3	9,3	18,6	48,8	14

**APÊNDICE 18** - Tabela de Priorização dos Problemas segundo o Método de Hanlon

**Tabela 9 - Priorização dos Problemas segundo o Método de Hanlon**

Problemas	Amplitude		Gravida de	Eficácia		Exequibilidade					Resultado
	N	Peso			Peso	Pert.	Exeq	Ace	Disp	Lega	
Falta de informação sobre efeitos do álcool	15	2	9	Fácil	1.5	1	1	1	1	1	16,5
Aumento do consumo de álcool por pressão de pares	6	0	8	Muito difícil	0.5	1	1	1	1	1	4
Aumento da frequência de consumo de álcool por ambiente propício	13	2	8	Muito difícil	0.5	1	1	1	1	1	5
Consumo de álcool para se integrar e ser aceite no grupo	9	2	9	Muito difícil	0.5	1	1	1	1	1	5,5
Crenças sobre possíveis efeitos do álcool (aborrecido ou triste)	27	6	5	Difícil	1	1	1	1	1	1	11
Crenças sobre possíveis efeitos do álcool (relaxar ou acalmar os nervos)	25	6	5	Difícil	1	1	1	1	1	1	11
Crenças sobre possíveis efeitos do álcool (integração e identificação com o grupo)	33	8	5	Difícil	1	1	1	1	1	1	13
Crenças sobre possíveis efeitos do álcool (para se sentirem mais adultos)	35	8	5	Difícil	1	1	1	1	1	1	13

## **APÊNDICE 19 – Objetivos, metas, estratégias e atividades**

<b>Objetivo</b>	<b>Meta</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Atividade</b>
Motivar os alunos para a problemática do consumo de álcool	Que pelo menos 80% dos alunos dos 7 <sup>os</sup> anos estejam presentes na sessão de educação para a Saúde sobre álcool, os efeitos e as consequências	<p>Contacto com os alunos para aplicação do questionário e divulgação do projeto e da dinâmica das sessões</p> <p>Contacto com os professores para divulgação do projeto e calendarização das sessões</p>	Apresentação e divulgação do projeto
Fornecer informação sobre o consumo de álcool, os seus efeitos e as suas consequências	Que 80% dos alunos identifiquem pelo menos 5 situações relacionadas com o consumo de álcool, os efeitos e as consequências.	<p>Formação de pequenos grupos de alunos</p> <p>Questões dos alunos sobre o álcool</p> <p>Projeção de slides</p> <p>Debate sobre o tema</p> <p>Avaliação individual dos conhecimentos retidos pelos alunos</p>	<p>Identificação dos temas com mais interesse para os alunos dentro desta temática</p> <p>Preenchimento dos questionários de avaliação</p>
Promover a reflexão em grupo sobre o tema do consumo de álcool	Que pelo menos 80% dos alunos participem ativamente na sessão	<p>Formação de pequenos grupos</p> <p>Criação de espaço para o debate acerca dos efeitos e consequências do álcool</p>	Exposição das ideias individuais de cada aluno
Motivar os alunos para as crenças associadas ao consumo de álcool	Que pelo menos 80% dos alunos dos 7 <sup>os</sup> anos compareçam na sessão de educação para a Saúde sobre crenças associadas ao	Esclarecer os alunos das dinâmicas da próxima sessão	<p>Diálogo com os alunos</p> <p>Divulgação da sessão</p>

	consumo de álcool		
Analisar as crenças associadas ao consumo de álcool	Que 80% dos alunos reconheçam, pelo menos 3 crenças verdadeiras ou 3 crenças falsas, associadas ao consumo de álcool.	Distribuição de cartões com crenças associadas ao consumo de álcool Formação de pequenos grupos de alunos Distribuição de cartões aos grupos com as crenças relacionadas com o consumo de álcool Debate sobre as crenças Avaliação individual	Exposição da opinião do grupo sobre essas crenças. Manifestação das ideias dos outros grupos sobre cada crença Validação dos conhecimentos adquiridos e reforço da informação. Preenchimento dos questionários de avaliação
Promover a reflexão em grupo sobre as crenças associadas ao consumo de álcool	Que pelo menos 80% dos alunos participem ativamente na sessão	Formação de pequenos grupos Apoio individual aos grupos	Exposição das ideias do grupo Diálogo com os grupos
Motivar os alunos para estarem presentes na sessão sobre as atitudes face à oferta de álcool	Que pelo menos 80% dos alunos dos 7 <sup>es</sup> anos compareçam na sessão de educação para a Saúde sobre atitudes face à oferta de álcool	Esclarecer os alunos das dinâmicas da sessão	Conversa com os alunos nas sessões anteriores
Promover atitudes saudáveis nos alunos face ao consumo de álcool	Que 80% dos alunos refiram que a sessão contribuiu para ser mais responsável perante a oferta de álcool	Role-playng Criação de espaço para de debate	Identificação dos comportamentos dos alunos face ao consumo e à oferta de álcool; Identificação das expectativas que os alunos têm em relação às sensações com o consumo de álcool; Identificação da

			<p>motivação dos alunos dentro do grupo de pares para consumir álcool;</p> <p>Aplicação de questionário para avaliação da sessão;</p> <p>Elaboração de receitas de bebidas com a colaboração dos alunos; distribuição das mesmas receitas em papel.</p>
Promover a reflexão em grupo sobre as atitudes face à oferta de álcool	Que pelo menos 80% dos alunos participem ativamente na sessão	Espaço para partilha de experiências	Exposição das experiências dos alunos relacionadas com o álcool

## **APÊNDICE 20 - Portfólio das intervenções de enfermagem**

- A. Sessão de apresentação do projeto aos profissionais da UCC
- B. Sessões de educação para a saúde, dirigidas aos alunos
  - B. 1. Sessão de educação para a saúde - Informação sobre os efeitos e consequências do consumo de álcool, dirigida aos alunos
  - B. 2. Sessão de educação para a saúde - Crenças sobre o álcool, dirigida aos alunos
  - B. 3. Sessão de educação para a saúde - Atitudes face à oferta de álcool, dirigida aos alunos
- C. Sessão de educação para a saúde dirigida aos Encarregados de educação
- D. Sessão de divulgação dos resultados e avaliação do projeto aos profissionais da UCC
- E. Sessão de apresentação de resultados e avaliação, dirigida à comunidade educativa

Organizou-se o portfólio, para reunir toda a informação acerca das atividades desenvolvidas na intervenção de enfermagem, de forma a permitir a compreensão da sua dinamização e avaliação.

A apresentação da intervenção de enfermagem foi dividida em sessões de apresentação e divulgação do projeto, dirigida aos profissionais da UCC e à comunidade educativa, e em sessões de educação para a saúde dirigidas aos alunos e encarregados de educação. Serão apresentados os planos das sessões e a sua calendarização, a dinamização da sessão, os meios audiovisuais que serviram de suporte e os instrumentos de avaliação. A seguir são apresentadas duas tabelas onde consta a calendarização das sessões programadas e a calendarização das sessões de educação para a saúde, dirigidas aos alunos e aos encarregados de educação.

**Tabela 1 - Calendarização das Sessões**

Sessões	Destinatários	Calendarização
Sessão de apresentação do projeto à UCC	Profissionais da UCC	21 de Novembro de 2011
Sessão de educação para a saúde – Álcool, os efeitos e as consequências	Alunos	12 Janeiro 2012 7º 1 -12:00/12:45  17 Janeiro 2012 7º 2 – 12:00/12:45  12 Janeiro 2012 7º 3 – 10:20/11:05
Sessão de educação para a saúde – Álcool e as Crenças	Alunos	19 Janeiro 2012 7º 1 -15:25/16:55  17 Janeiro 2012 7º 2 – 12:45/13:30- 15:25/16:10  12 Janeiro 2012 7º 3 – 11:05/11:50 12:45/13:30
Sessão de educação para a saúde – Álcool e as atitudes	Alunos	20 Janeiro 2012 7º 1 -10:20/11:05 11:05/11:50  20 Janeiro 2012 7º 2 – 12:00/13:30  16 Janeiro 2012 7º 3 – 10:20/11:50
Sessão de educação para a saúde	Encarregados de educação	27 de Janeiro de 2012
Sessão de apresentação dos resultados e avaliação do projeto	Profissionais da UCC	16 de Fevereiro de 2012
Sessão de apresentação dos resultados à comunidade educativa	Professores	Até 17 de Fevereiro, não foi possível calendarizar

**Tabela 2 – Calendarização das Sessões de Educação para a Saúde**

<b>Destinatário/Turma</b>	<b>1ª Sessão Informação</b>	<b>2ª Sessão Crenças</b>	<b>3ª Sessão Atitudes</b>	<b>Sessão</b>
<b>7º 1ª</b>	12/01/2012	19/01/2012	20/01/2012	
<b>7º 2ª</b>	17/01/2012	17/01/2012	20/01/2012	
<b>7º 3ª</b>	12/01/2012	12/01/2012	16/01/2012	
<b>Encarregados Educação</b>				27/01/2012

---

## **A. Sessão de apresentação do projeto aos profissionais da UCC**

O estágio e a implementação do projeto desenvolveram-se na UCC Amadora+, na área de Saúde Escolar, onde foi feita a divulgação e a apresentação do projeto aos profissionais desta unidade, de modo a informá-los do âmbito do projeto e envolvê-los na sua progressão. Para tal, além dos contactos informais com estes profissionais, foi realizada uma sessão para apresentação do projeto, onde se criou espaço para o debate. A pertinência do tema foi manifestada pelo entusiasmo dos profissionais, proporcionando uma discussão ativa, esclarecendo melhor, todas as etapas deste processo.

Os métodos utilizados para esta sessão foram, o expositivo e interativo.

Para esta sessão elaboraram-se slide, que serviram de suporte, pretendeu-se que fossem claros e concisos transmitindo a informação adequada ao grupo.

A avaliação da sessão foi através da participação ativa dos profissionais e do interesse demonstrado pela pertinência do tema.

## **AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Considerou-se positiva e incentivadora a avaliação feita pelos profissionais da unidade, no final da sessão de apresentação e divulgação do projeto.

Estiveram presentes, todos os profissionais da área da Saúde Escolar desta unidade e na sua maioria os profissionais das outras áreas da UCC.

## Plano de sessão informativa

Data: 21 de Novembro de 2011

População-alvo: Profissionais da UCC

Hora: 14h30m

Local: sala de reuniões da UCC Amadora +

Duração: 45m

Material: computador, projetor, diapositivos

	Atividades	Método	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	Exposição do projeto: - objetivos - população alvo - percurso efetuado durante a fase de diagnóstico da situação - convite à participação dos profissionais na validação das propostas e apresentação de sugestões	Expositivo  Participativo	35 min	Participação ativa dos profissionais
Conclusão	Resumo da sessão	Expositivo Interrogativo	5 min	

## **B. Sessões de educação para a saúde, dirigidas aos alunos**

Durante a caracterização do grupo segundo o Modelo de Promoção de Saúde de Pender, verificou-se que se deveria intervir, em vários componentes deste modelo, dirigindo as atividades para essas variáveis. Assim, na componente características e experiências individuais, o conhecimento do comportamento anterior relacionado, (experiência ou não de consumo de álcool), e dos fatores pessoais, (idade género, condições socioeconómicas e culturais), foram importantes para a caracterização da amostra, por interferirem diretamente no comportamento dos adolescentes, para a promoção da saúde. Neste sentido, com base nos Modelos teóricos escolhidos, houve a preocupação, durante a preparação destas sessões, de adequar a linguagem, os conteúdos e a dinâmica aplicada, ao grupo de adolescentes.

Com as atividades desenvolvidas durante as sessões, pretendeu-se que os adolescentes percebessem benefícios para a ação, através da informação fornecida, dos debates sobre o tema do álcool e com o role-playing. Na última sessão foram realçadas às influências interpessoais e às situações que influenciam, de modo a, fortalecer a sua autoeficácia e deste modo a tomarem atitudes conscientes face à oferta de álcool.

As preferências pessoais e os comportamentos alternativos, foram contemplados, fornecendo receitas de bebidas e elaborando-as com os alunos, que tiveram a oportunidade de em grupo experimentar bebidas alternativas às bebidas com álcool.

Os conteúdos abordados nas sessões foram programados de acordo com estudos realizados, assim, para Carvalho e Leal (2006) quanto maior é o nível de informação dos adolescentes, mais desfavoráveis são as atitudes face ao consumo de álcool. Já Barroso e Barbosa (2009) mostram que os conhecimentos por si só não são suficientes para a tomada de decisões responsáveis, em relação ao consumo de álcool, no entanto, são necessários para a compreensão do fenómeno, para tal, devem fazer parte das intervenções de educação para a saúde. Os vários autores consultados, baseados em estudos feitos, realçam a importância de se intervir no grau de conhecimento dos adolescentes em relação aos efeitos e consequências do consumo de álcool, assim como, nas crenças associadas ao consumo deste, por considerarem que estes fatores vão influenciar as atitudes dos adolescentes face ao consumo de bebidas alcoólicas.

Barroso e Barbosa (2009), no estudo realizado, demonstram que nos conhecimentos dos adolescentes persistem ideias erradas acerca dos efeitos do álcool, que eles consideram ligados aos mitos ou a falsos conceitos, que estão tradicionalmente associados ao consumo de álcool. Assim fazem referência a alguns deles: “o álcool aquece”, “mata a sede”, “ajuda a fazer a digestão”. Outros ligados aos conhecimentos farmacológicos, aos efeitos e às consequências deste no organismo, como por exemplo “o álcool das bebidas alcoólicas é o álcool etílico” ou “o álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água”. Estes conceitos e expectativas associados ao álcool estão relacionados com as três categorias de Knapp et al (2004), quando se refere às crenças aditivas, os adolescentes perspetivam benefícios para o consumo de álcool, no presente trabalho é manifestado pelas opiniões transmitidas de como os adolescentes ao beberem bebidas alcoólicas “se sentem mais integrados e identificados com o grupo” ou “para se sentirem mais adultos”. Quanto às crenças de alívio, os adolescentes vêm-nas, no sentido de atenuar ou eliminar o desconforto psicológico, “sentem-se aborrecidos ou tristes” ou “relaxar ou acalmar os nervos”. As crenças permissivas ou facilitadoras, onde o consumo é aceitável. O álcool é consumido pelos pares e por vezes pelos familiares, independentemente das consequências que daí advêm. Verificando que estes adolescentes, manifestam estas opiniões, a intervenção de enfermagem deve incidir na análise das crenças mais comuns, apuradas pelos estudos consultados e baseada nas informações sobre essas crenças, dadas pelo IDT aos jovens. Neste sentido, e segundo as crenças de autoeficácia de Bandura, que são perceções que os indivíduos têm sobre as suas próprias capacidades, e sendo a autoeficácia o grau de confiança do indivíduo na sua própria capacidade de realizar um determinado comportamento num contexto específico. As crenças de autoeficácia de Bandura, vão permitir que os adolescentes acreditem nas suas capacidades para enfrentar essas crenças. Assim, níveis mais elevados de autoeficácia terão resultados mais positivos em relação às crenças sobre os efeitos do álcool. Como tal, este foi um nível onde a intervenção de enfermagem que se realizou com estes adolescentes, incidiu. A sessão sobre as crenças foi uma das atividades, que foi sendo reforçada ao longo das outras sessões. No final de cada sessão foi preenchido um questionário de avaliação de conhecimentos, a análise dos resultados permitiu saber quais os conteúdos menos

mobilizados pelos alunos, reforçando esses mesmos conteúdos nas sessões seguintes.

**B. 1. Sessão de educação para a saúde - Informação sobre os efeitos e consequências do consumo de álcool, dirigida aos alunos**

**Quadro 1 - Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Álcool, os efeitos e as consequências”**

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO		OBJETIVO	AVALIAÇÃO
<p>Sessão de educação para a Saúde</p> <p>Tema: Informação sobre os efeitos e as consequências do consumo de álcool</p> <p>Dirigida aos alunos do 7º ano de uma Escola Básica e Secundária do Concelho da Amadora</p>	<p>Mestranda</p> <p>Enfermeira de Saúde Escolar</p>	<p>(45 minutos)</p> <p>12 Janeiro 2012</p> <p>7º 1 - 12:00/12:45</p> <p>17 Janeiro 2012</p> <p>7º 2 – 12:00/12:45</p> <p>12 Janeiro 2012</p> <p>7º 3 – 10:20/11:05</p>	<p>Sala de aula – C 7</p> <p>Aula de Matemática</p>	<p>Apresentação da sessão</p>	<p>3 min</p>	<p>Objetivo Geral:</p> <p>- Sensibilizar os alunos dos 7ºs anos de uma Escola Básica e Secundária do concelho da Amadora, para a problemática do consumo de bebidas alcoólicas</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Fornecer informação sobre o consumo de álcool os efeitos e as consequências</p> <p>Promover a reflexão em grupo sobre o tema do consumo de álcool</p>	<p>Determinação de indicadores de atividade e de impacto</p> <p>Pelo número de alunos presentes na sessão</p> <p>Pelo número de alunos que participou ativamente na sessão</p> <p>Avaliação de conhecimentos através do preenchimento de um questionário após a sessão</p>
				<p>Projeção de slides alusivos ao tema dos efeitos do álcool</p>	<p>2 min</p>		
			<p>Sala de aula – C 4</p> <p>Aula Língua Portuguesa</p>	<p>Formação de grupos e elaboração de questões</p>	<p>5 min</p>		
				<p>Sala de aula – C 11</p> <p>Aula Língua Portuguesa</p>	<p>Apresentação das questões</p> <p>Esclarecimento com projeção de slides</p> <p>Debate com os alunos</p>		
			<p>Preenchimento do questionário de avaliação da sessão</p>		<p>5 min</p>		

**Quadro 2 - Sessão de educação para a saúde – “Álcool, os efeitos e as consequências”**

<b>Etapas</b>	<b>Atividades didáticas</b>	<b>Métodos / Técnicas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação dos formadores	Expositivo	Computador, PowerPoint, Data Show	3 min
	Comunicação do tema			
	Divulgação dos objetivos			
	Apresentação da dinâmica da sessão			
<b>Desenvolvimento</b>	Projeção de slides alusivos ao tema dos efeitos do álcool	Expositivo Interativo	Computador, PowerPoint, Data Show	2 min
	Formação de grupos de 3 a 4 alunos Elaboração de questões	Trabalho de grupo Interativo	Papel e caneta	5 min
	Apresentação das questões Debate entre os grupos Esclarecimento com projeção de slides	O que é uma bebida alcoólica Tipos de bebidas alcoólicas O que é a taxa de alcoolémia Efeitos do consumo de álcool Curiosidades acerca dos efeitos do consumo de álcool Padrões de consumo Consequências do consumo de álcool	Expositivo Interativo  Debate orientado	Computador, PowerPoint, Data Show
<b>Conclusão</b>	Síntese/principais conclusões	Interativo	Computador, PowerPoint, Data Show	10 min
	Preenchimento questionário de avaliação da sessão		Questionário de avaliação	

## Dinâmica da Sessão

Nesta sessão os adolescentes foram agrupados em grupos de 3 a 4 elementos, escreveram as perguntas sobre o álcool numa folha. Deste modo foi possível dirigir a informação às necessidades sentidas pelos alunos, pois como já foi referido nas limitações do estudo, no instrumento de recolha de informação, apenas se teve conhecimento da informação que os adolescentes respondentes tinham acerca da dependência física que o álcool pode causar, limitando assim a preparação dos conteúdos a abordar na sessão. Apesar destes estarem previamente colocados nos slides, a informação transmitida foi dirigida especialmente, às questões colocadas pelos alunos, abordando os temas não questionados de forma muito superficial. No entanto é de realçar que na sua maioria, e em todas as turmas, as perguntas foram ao encontro dos conteúdos previamente selecionados. Durante a colocação das questões pelos grupos foi orientado o debate, para que estes expusessem as suas opiniões, proporcionando deste modo a reflexão sobre os temas.

Durante esta sessão foi notória a participação ativa dos adolescentes, querendo partilhar as suas dúvidas e experiências com o grupo.



## “Álcool, Eu Escolho e Decido”

Sessão de Educação para a Saúde  
Álcool, os efeitos e as consequências

Docente: Deolinda Bernardo

Discente: Idalina Vermelho

Janeiro 2012



### Objetivos gerais:

- Sensibilizar os alunos dos 7º anos, para a problemática do consumo de bebidas alcoólicas;

### Objetivo específico:

- Fornecer informação sobre os efeitos e as consequências do consumo de álcool.
- Promover a reflexão em grupo sobre o tema do consumo de álcool.

### O que é uma bebida alcoólica?

É uma bebida que contém álcool etílico ou etanol. Pode apresentar-se em diferentes concentrações. Forma-se por fermentação de açúcares de vários alimentos vegetais (frutos, mel, cereais) devido a leveduras.



### Tipos de bebidas alcoólicas:

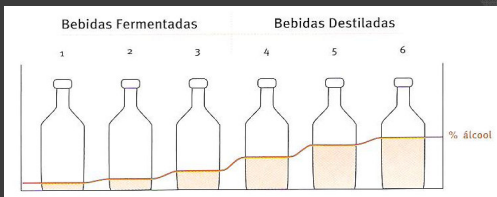
**Bebidas fermentadas** – fermentação por leveduras. Atinge concentrações de 5 a 20%.

Exemplos vinho, cerveja, água-pé e cidra.

**Bebidas destiladas** – destilação em alambique e/ou adição de álcool. Concentrações de 40% ou mais.

Exemplos aguardente, conhaque, whisky, vodka, gin, rum, anis, vinho da Madeira, espíritosas e licores.

	cerveja 3%	vinho 12%	aperitivo 40%	aguardente 40%
Capacidade do copo	3 dl	1,65 dl	0,5 dl	0,5 dl
Conteúdo de álcool puro	12 g	12 A 13 g	10 A 12 g	14 A 16 g



**Bebidas alcoolizadas** – é adicionada artificialmente uma dose de álcool etílico.

**Bebidas desenhadas** - são bebidas fermentadas a que se adicionam sumos de frutos ou leite.

### O que é a taxa de alcoolemia?

Medição da quantidade de álcool existente no sangue em determinado momento.

Taxa de 0,5 gramas por litro de sangue (código estrada) atinge-se com 2 ou 3 copos de cerveja.

A quantidade de álcool ingerida não tem o mesmo efeito em todas as pessoas

Factores que aumentam a taxa:

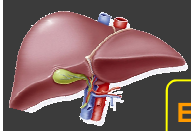
- Ser mulher
- ter baixo peso
- estar doente
- Beber fora das refeições
- Beber rapidamente



	Homens						Mulheres					
	jejum			refeição			jejum			refeição		
<b>Peso</b>	65	75	85	65	75	85	45	55	65	45	55	65
<b>1 cerveja (5°) (0,33 cl)</b>	0,6	0,22	0,20	0,16	0,14	0,12	0,44	0,36	0,30	0,24	0,19	0,16
<b>Whisky (45°) (1 copo)</b>	0,39	0,34	0,30	0,25	0,21	0,19	0,66	0,54	0,46	0,36	0,29	0,25

$$\text{Peso de álcool puro consumido (gr)} = \text{TAS} \times \text{Peso corporal (kg)} \times \text{coeficiente}$$

Uma pessoa que tiver uma alcoolemia de 0,5 g/l precisa de cerca de 5 horas para atingir uma alcoolemia de 0,0 g/l



### Efeitos do consumo de álcool:

- Afeta todo o organismo, em particular o fígado;
- Tempo até ao início dos efeitos: 15 a 30 minutos (fora das refeições) e 30 a 60 minutos (na refeição) após a ingestão;
- Duração dos efeitos de 8 a 10 horas.



## Sabiasque...

- O álcool é uma droga que provoca dependência física.
- Até aos 16/18 anos o fígado ainda não está completamente formado.
- E que o consumo de álcool poderá inibir o seu desenvolvimento normal.

## Sabiasque...

- O cérebro demora uma semana para se recuperar do efeito do álcool;
- Afecta de maneira diferente os homens e as mulheres;
- Quem começa a beber antes dos 15 anos tem 4 vezes mais probabilidade de se tornar dependente do que os que esperam até aos 21 anos;
- Quanto mais cedo tens contacto com o álcool, mais probabilidade terás de ficar dependente da bebida no futuro;

## Sabiasque...

- Em **pequenas doses** provoca sonolência, visão turva, aumento do tempo de resposta, fadiga muscular.
- O **consumo crónico** afeta o cérebro, sangue, coração, fígado, estômago, pâncreas e intestino. Pode levar a intoxicação etílica, provocando depressão respiratória, hipotensão, coma e morte.
- Em **doses elevadas** provoca vômitos, diarreia, sede, desidratação, descida da temperatura corporal, dor de cabeça, descoordenação, efeitos depressivos e sonolência.

## Sabiasque...

Quando há hábitos de beber regularmente desenvolve-se uma maior tolerância, que leva a consumir doses cada vez mais elevadas, aumentando a dependência (mesmo que a pessoa não queira conscientemente ingerir, o organismo tem a necessidade de uma nova quantidade de álcool no sangue). O que leva a beber sempre que isso acontece. Quando esta baixa aparecem os sintomas de privação

## Binge Drinking

Consumo que excede 5/6 bebidas no homem e 4/5 na mulher.

Numa só ocasião e num espaço de tempo limitado.



## Depois de consumir:

- Eufórico
- Divertido
- Confiante
- Relaxado
- Desinibido
- Menor capacidade de escuta e compreensão
- Aumento do tempo de resposta
- Diminuição da percepção das distâncias
- Sonolência
- Visão turva

## Se consumir alguma vez de forma exagerada:

- Perda de equilíbrio – descoordenação motora
- Redução da força muscular
- Náuseas
- Dores de cabeça
- Oscilação de humor
- Depressão
- Agressividade
- Coma alcoólico

## Se consumir de forma exagerada durante muito tempo:

- Anemia
- Problemas hepáticos
- Problemas de estômago
- Problemas de coração
- Diminuição das defesas do sistema imunitário
- Depressão
- Delírios
- Psicose
- Danos cerebrais



## Consequências do consumo de álcool

- Acidentes domésticos
- Acidentes de trabalho
- Acidentes de viação
- violência
- conflitos familiares
- Comportamentos de risco
- Morte

## Conselhos

Evitar consumir se menor de 18 anos

Quanto menor o consumo menor o risco associado

Alternar o consumo com bebidas não alcoólicas e alimentos sólidos

Não fazer misturas “explosivas”

Recordar que os shots tem um forte teor alcoólico

Beber devagar e em golos pequenos – não esvaziar o copo rapidamente

Evitar as rodadas e não beber mais do que apetece

Nunca aceitar boleia de quem consumiu álcool – usar os transportes públicos

## Bibliografia

CAMBOR, Roger; MILLMAN, Robert B. (1995). Abuso de Álcool e Drogas em Adolescentes. In: LEWIS, Melvin - **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 749 – 757

MELLO, M<sup>a</sup>. L. M.; BARRIAS, J.; BREDA, J. (2001). **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. ISBN: 972-9425-93-0

ROUSSAUX, J.P.; FAORO-KREIT, B.; HERS, D. (2002). **O alcoólico em família – Dimensões familiares dos alcoolismos e suas implicações terapêuticas**. 2<sup>a</sup> edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-029-4.

SOUSA, A. [et al] (2007). **Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar**. Lisboa: Ministério da Educação. ISBN: 978-972-742-266-1.

- <http://www.idt.pt/PT/Substancias/Alcool/Paginas/Historico.aspx>
- <http://www.directorioalcohol.com.pt/Paginas/Faqs.aspx>
- <http://www.tu-alinhas.pt/InfantoJuvenil/Instal.do2?codtipo=18759>
- <http://www.tu-alinhas.pt/InfantoJuvenil/displayconteudo.do2?numero=18802>
- <http://www.jellinek.nl/brain/index.html>
- <http://www.directorioalcohol.com.pt/comunicacao/Paginas/default.aspx?IdRegistro=1&IdNoticia=780>



Obrigada!

## QUESTIONÁRIO APÓS SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE: ÁLCOOL, OS EFEITOS E AS CONSEQUÊNCIAS

O álcool e o seu consumo por parte dos jovens, é um dos problemas que preocupa a nossa sociedade.

Com o objetivo de fornecer informação sobre o Álcool, seus efeitos e consequências, através da sessão de educação para a saúde, pretende-se com este questionário, avaliar os teus conhecimentos em relação a esta temática.

Este questionário é anónimo e confidencial.

1 – Sexo (coloca um X na opção correta)

Masculino \_\_\_\_\_

Feminino \_\_\_\_\_

2 – Idade \_\_\_\_\_

Agora, coloca um V (verdadeiro) ou um F (falso) nas seguintes afirmações:

3 – Uma bebida alcoólica pode não conter álcool. \_\_\_\_\_

4 – As bebidas alcoólicas têm várias concentrações. \_\_\_\_\_

5 – A taxa de alcoolemia mede a quantidade de álcool no sangue. \_\_\_\_\_

6 – A quantidade de álcool que se ingere tem o mesmo efeito em todas as pessoas. \_\_\_\_\_

7 – O álcool é uma droga que provoca dependência física. \_\_\_\_\_

8 – O álcool é “queimado” no fígado. \_\_\_\_\_

9 – O cérebro demora 1 dia para se recompor depois de beberes álcool. \_\_\_\_\_

10 – O álcool só pode ser comprado e consumido a partir dos 16 anos. \_\_\_\_\_

11 – Quanto mais cedo tiveres contacto com o álcool, mais probabilidade terás de ficar dependente da bebida no futuro. \_\_\_\_\_

12 – Depois de consumires álcool ficas com diminuição da percepção das distâncias. \_\_\_\_\_

13 – Consideras que esta sessão foi interessante e respondeu às tuas dúvidas? (coloca um X na opção correcta)

SIM \_\_\_\_\_

NÃO \_\_\_\_\_

Obrigada pela colaboração!

**Tabela 3 - Resultados obtidos por questão no Questionário de avaliação da sessão “Álcool, os efeitos e as consequências”**

Questão - Resposta correta		Respostas obtidas			
		Falso		Verdadeiro	
		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa %	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa %
Q3 – Falso		<b>58</b>	<b>92,1%</b>	5	7,9%
Q 4 – Verdadeira		2	3,2%	<b>61</b>	<b>96,8%</b>
Q 5 – Verdadeira		2	3,2%	<b>61</b>	<b>96,8%</b>
Q 6 – Falsa		<b>60</b>	<b>95,2%</b>	3	4,8%
Q 7 – Verdadeira		4	6,3%	<b>59</b>	<b>93,7%</b>
Q 8 – Verdadeira		13	20,6%	<b>50</b>	<b>79,4%</b>
Q 9 – Falsa		<b>57</b>	<b>90,5%</b>	6	9,5%
Q 10 – Verdadeira		9	14,3%	<b>54</b>	<b>85,7%</b>
Q 11 – Verdadeira		3	4,8%	<b>60</b>	<b>95,2%</b>
Q 12 – Verdadeira		5	7,9%	<b>58</b>	<b>92,1%</b>
Q 13	Sim	<b>62</b>	<b>98,4%</b>		
	Não	1	1,6%		

**Tabela 4 – Resultados obtidos por aluno na sessão – “Álcool, os efeitos e as consequências”**

Nº de respostas certas por aluno	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
10	27	42,9%
9	24	38%
8	9	14,3%
7	2	3,2%
6	1	1,6%

## **AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - ÁLCOOL, OS EFEITOS E AS CONSEQUÊNCIAS, DIRIGIDA AOS ALUNOS**

A avaliação da sessão foi feita pela determinação de indicadores de atividade e de impacto.

### **Indicadores de atividade**

Nº de alunos presentes na sessão: nº total de alunos dos 7ºs anos X 100% =  
63: 64 X 100% = 98,4%

Nº de alunos que participou ativamente na sessão: nº total de alunos presentes na sessão X 100% = 63:63 X 100% = 100%

Este indicador foi apurado pela observação durante as atividades e anotado.

### **Indicadores de impacto**

Nº de alunos que identificou pelo menos 5 efeitos ou consequências corretas relacionadas com o consumo de álcool/ nº total de alunos presentes na sessão X 100% = 63: 63 x 100% = 100%

Todos os alunos assinalaram corretamente pelo menos 6 efeitos e consequências relacionados com o álcool.

Com a observação da Tabela 3, analisando as respostas obtidas por pergunta os resultados variaram entre 79,4% e 96,8%, verificou-se que os alunos retiveram a informação fornecida.

Os indicadores de impacto ou resultado, apenas permitiram verificar o nível de mobilização ou de aquisição de conhecimentos durante a atividade.

Observando os resultados obtidos pelos indicadores, pode-se considerar que a sessão transmitiu os conhecimentos sobre o álcool e promoveu a reflexão em grupo sobre o tema do consumo de álcool, contribuindo para a sensibilização sobre o consumo de álcool dos adolescentes presentes.

## **B. 2. Sessão de educação para a saúde – Álcool e as Crenças, dirigida aos alunos**

**Quadro 3 - Plano da Sessão de Educação para a Saúde – Álcool e as Crenças**

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO		OBJETIVO	AVALIAÇÃO
<p>Sessão de educação para a Saúde</p> <p>Tema: Crenças associadas ao consumo de álcool</p> <p>Dirigida aos alunos do 7º ano de uma Escola Básica e Secundária do Concelho da Amadora</p>	<p>Mestranda Enfermeira de Saúde Escolar</p>	<p>(90 minutos)</p> <p>19 Janeiro 2012 7º 1 -15:25/16:55</p> <p>17 Janeiro 2012 7º 2 – 12:45/13:30-15:25/16:10</p> <p>12 Janeiro 2012 7º 3 – 11:05/11:50 12:45/13:30</p>	<p>Sala – GLF - 1</p> <p>Aula de Ciências Naturais/Ciências Físico-Química</p> <p>Sala de aula – C 4</p> <p>Aula Língua Portuguesa – Formação Cívica</p> <p>Sala de aula – C 11</p> <p>Aula Língua Portuguesa – Formação Cívica</p>	Apresentação da sessão	5 min	<p>Objetivos Gerais:</p> <p>- Sensibilizar os alunos dos 7º anos de uma Escola Básica e Secundária do concelho da Amadora, para a problemática do consumo de bebidas alcoólicas</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Analisar as crenças relacionadas com o consumo de álcool</p> <p>Promover a reflexão em grupo sobre as crenças associadas ao consumo de álcool</p>	<p>Determinação de indicadores de atividade e de impacto</p> <p>Pelo número de alunos presentes</p> <p>Pelo número de alunos que participou no debate</p> <p>Preenchimento de questionário após a sessão</p>
				Formação de grupos de 3 a 4 alunos	5 min		
				Distribuição de cartões com crenças sobre o álcool	20 min		
				Cada grupo apresenta as crenças, fundamentando se são verdadeiras ou falsas	50 min		
				Preenchimento questionário de avaliação	10 min		

**Quadro 4 – Plano da Sessão de educação para a saúde – Álcool e as Crenças**

<b>Etapas</b>	<b>Atividades didáticas</b>	<b>Métodos / Técnicas</b>	<b>Recursos/Material</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação dos formadores	Expositivo	Computador, PowerPoint, Data Show	5 min
	Comunicação do tema			
	Divulgação dos objetivos			
	Apresentação da dinâmica da sessão			
<b>Desenvolvimento</b>	Formação de grupos de 3 a 4 alunos	Expositivo Interativo	Computador, PowerPoint, Data Show	5 min
	Distribuição de cartões com crenças sobre o álcool Discussão nos grupos sobre as crenças distribuídas	Trabalho de grupo Interativo	Papel e caneta	20min
	Apresentações de cada grupo, fundamentando se as crenças são verdadeiras ou falsas Debate entre os grupos Esclarecimento com projeção de slides	Interativo Debate orientado Expositivo	Computador, PowerPoint, Data Show	50 min
<b>Conclusão</b>	Síntese/principais conclusões	Interativo	Computador, PowerPoint, Data Show	10 min
	Preenchimento dos questionários de avaliação da sessão		Questionário de avaliação	



## “Álcool, Eu Escolho e Decido”

Crenças



**Docente:** Deolinda Bernardo  
**Discente:** Idalina Vermelho

Janeiro 2012

**A mesma quantidade de álcool pode ter efeitos diferentes consoante a pessoa que o consome**

## Objetivos

### Objetivo Geral:

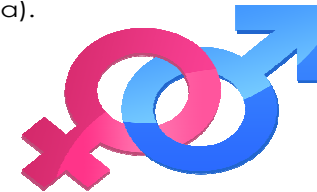
- Sensibilizar os alunos para a problemática do consumo de bebidas alcoólicas

### Objetivos Específicos:

- Analisar as crenças relacionadas com o consumo de álcool
- Promover a reflexão em grupo sobre as crenças associadas ao consumo de álcool

## Verdade

Os efeitos e as consequências da utilização do álcool dependem do sexo, da estatura da pessoa e do contexto (se é depois de comer ou em jejum; ou se a ingestão é rápida ou lenta).



**As pessoas só consomem álcool porque têm problemas**

**Falso**

Os motivos por detrás do consumo de álcool variam de pessoa para pessoa. Estes podem ser desde curiosidade, pressão de amigos, desejo de viver novas experiências, desejo de questionar e transgredir regras.



**O álcool desinibe**

**Falso**

Apesar do álcool poder induzir um estado inicial de desinibição e euforia, é uma substância depressora do sistema nervoso central que causa sonolência, turvação da visão, descoordenação muscular, diminuição da capacidade de reacção, atenção e compreensão, amnésia e cansaço.

**O álcool é um medicamento**

**Falso**

É exactamente o contrário. O álcool provoca apenas excitação e anestesia passageiras que podem esconder durante algum tempo dores ou sensações de mau estar, acabando por ter consequências ainda mais graves.



**O álcool facilita as relações sociais**

**Falso**

O álcool em quantidades moderadas tem um efeito desinibidor que parece facilitar a convivência. Mas trata-se de uma ilusão, porque a relação com os outros é muito superficial e momentânea.



**O álcool aquece**

**Falso**

O álcool faz com que o sangue se desloque do interior do organismo para a superfície da pele, provocando uma sensação de calor. Mas, isto provoca uma perda de calor muito grande, pois, o sangue está a uma temperatura superior à temperatura ambiente. Quando regressa ao coração, o organismo vai gastar mais energia ao repor a sua temperatura.



**O álcool mata a sede**

**Falso**

A sensação de sede significa necessidade de água no organismo. As bebidas alcoólicas não satisfazem esta falta, provocando ainda a perda, através da urina, da água que existe no organismo, o que vai ainda aumentar mais a necessidade de água, e portanto, aumentar a sede.



## **O álcool dá força**

### **Falso**

O álcool tem um efeito estimulante e anestésico, que disfarça o cansaço. Dando a ilusão de ter mais força. Mas depois o cansaço acaba por surgir a dobrar, uma vez que o organismo vai gastar mais energia para "queimar" o álcool no fígado.



## **O álcool ajuda a digestão e abre o apetite**



### **Falso**

O álcool faz com que os movimentos do estômago sejam muito mais rápidos e os alimentos passem rapidamente para o intestino, sem estarem devidamente digeridos, dando a sensação de estômago vazio. O resultado é a falta de apetite e aparecimento de gastrites e úlceras.

**Misturar álcool com  
outras drogas ou  
medicamentos pode ser  
perigoso**

## Verdade

A mistura do álcool com certos tipos de medicamentos pode intensificar o seu efeito e causar reacções muito negativas.



**O álcool é uma  
droga**

## Verdade

É frequente associarmos o consumo de drogas a substâncias proibidas por lei. No entanto, uma das drogas mais consumida na nossa sociedade é o álcool, cujo consumo é permitido e legal.



**Os homens toleram mais o consumo de álcool**

## Verdade

A concentração de álcool no sangue é influenciada pelo sexo. O álcool é absorvido mais rapidamente nas mulheres porque tem maiores níveis de água e gordura no organismo.

Contudo o nível de intoxicação alcoólica também depende do peso do indivíduo, da quantidade de álcool consumida e da rapidez do consumo.



**Comer antes de beber ou durante diminui o efeito do álcool**

## Verdade

Um estômago vazio não tem alimentos para diluir o álcool e desta forma diminuir o ritmo de absorção pelo sangue.

Quando há alimentos no estômago, em especial de teor proteico (queijo, carne e ovos) a taxa de absorção torna-se mais lenta.



**Beber devagar, com palhinha e em goles pequenos, permite reduzir o risco de ficar alcoolizado**

## Verdade

O consumo faseado de pequenas quantidades permite um progressivo e mais lento aumento de álcool no sangue e igualmente uma progressiva consciência dos efeitos que o mesmo provoca. Assim, existe uma maior percepção e capacidade de controlo do consumo.



**Um duche frio, café bem forte e ar fresco diminuem o efeito do álcool**

## Falso



Apenas o tempo ajuda uma pessoa a recuperar de uma embriaguez. O organismo demora em média uma hora para processar uma dose de álcool. A hidratação, esta sim, pode ajudar. A cafeína irá acelerar os batimentos cardíacos, mas esse facto não interfere na capacidade de eliminação por parte do fígado.



## **Bibliografia**

CAMBOR, Roger; MILLMAN, Robert B. (1995). Abuso de Álcool e Drogas em Adolescentes. In: LEWIS, Melvin - **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 749 – 757

MELLO, M<sup>a</sup>. L. M.; BARRIAS, J.; BREDA, J. (2001). **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. ISBN: 972-9425-93-0

ROUSSAUX, J.P.; FAORO-KREIT, B.; HERS, D. (2002). **O alcoólico em família – Dimensões familiares dos alcoolismos e suas implicações terapêuticas**. 2<sup>a</sup> edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-029-4.

SOUSA, A. [et al] (2007). **Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar**. Lisboa: Ministério da Educação. ISBN: 978-972-742-266-1.

<http://www.idt.pt/PT/Substancias/Alcool/Paginas/Historico.aspx>

<http://www.direcatoralcool.com.pt/Paginas/Faqs.aspx>

<http://www.tu-silinhas.pt/infantojuvenil/lista1.do?codlipo=18759>

<http://www.tu-silinhas.pt/infantojuvenil/displayconteudo.do?numero=18802>

<http://www.lellinek.nl/brain/index.html>

<http://www.direcatoralcool.com.pt/comunicacao/Paginas/default.aspx?idRegistro=1&idNoticia=780>



**Obrigada!**

**QUESTIONÁRIO APÓS SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE:  
ÁLCOOL E AS CRENÇAS**

Com o objetivo de analisar as crenças associadas ao álcool, através da sessão de educação para a saúde, pretende-se com este questionário, avaliar os teus conhecimentos em relação a esta temática.

Este questionário é anónimo e confidencial.

1 – Sexo (coloca um X na opção correta)

Masculino \_\_\_\_\_

Feminino \_\_\_\_\_

2 – Idade \_\_\_\_\_

Agora, coloca um V (verdadeiro) ou um F (falso) nas seguintes afirmações:

1 - A mesma quantidade de álcool pode ter efeitos diferentes consoante a pessoa que o consome. \_\_\_\_\_

2 - As pessoas só consomem álcool porque têm problemas. \_\_\_\_\_

3 - O álcool é um medicamento. \_\_\_\_\_

4 - O álcool aquece. \_\_\_\_\_

5 - O álcool dá força. \_\_\_\_\_

6 - O álcool ajuda a digestão e abre o apetite. \_\_\_\_\_

7 - Misturar álcool com outras drogas ou medicamentos pode ser perigoso. \_\_\_\_\_

8 - O álcool é uma droga. \_\_\_\_\_

9 - Comer antes de beber, ou durante, diminui o efeito do álcool. \_\_\_\_\_

10 - Beber devagar, com palhinha e em golos pequenos, permite reduzir o risco de ficar alcoolizado. \_\_\_\_\_

11 - Consideras que esta sessão foi interessante e respondeu às tuas dúvidas? (coloca um X na opção correta)

SIM \_\_\_\_\_

NÃO \_\_\_\_\_

Obrigada pela colaboração!

**Tabela 5 - Resultados obtidos por questão no questionário de avaliação da sessão “Álcool e as Crenças”**

Questão - Resposta correta		Respostas obtidas			
		Falso		Verdadeiro	
		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa %	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa %
Q 1 – Verdadeira		8	12,5%	<b>56</b>	<b>87,5%</b>
Q 2 – Falsa		<b>63</b>	<b>98,4%</b>	1	1,6%
Q 3 – Falsa		<b>58</b>	<b>90,6%</b>	6	9,4%
Q 4 – Falsa		<b>56</b>	<b>87,5%</b>	8	12,5%
Q 5 – Falsa		<b>62</b>	<b>96,9%</b>	2	3,1%
Q 6 – Falsa		<b>53</b>	<b>82,3%</b>	11	17,2%
Q 7 – Verdadeira		4	6,3%	<b>60</b>	<b>93,8%</b>
Q 8 – Verdadeira		0	0%	<b>64</b>	<b>100%</b>
Q 9 – Verdadeira		32	50%	32	50%
Q 10 – Verdadeira		6	9,4%	<b>58</b>	<b>90,6%</b>
Q 11	Sim	<b>64</b>	<b>100%</b>		
	Não	0	0%		

## **AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – ÁLCOOL E AS CRENÇAS, DIRIGIDA AOS ALUNOS**

A avaliação da sessão foi feita pela determinação de indicadores de atividade e de impacto.

### **Indicadores de atividade**

Nº de alunos presentes na sessão: nº total de alunos do 7º ano X 100% =

64: 64 X 100% = 100%

Nº de alunos que participou no debate: nº total de alunos presentes na sessão X 100%

= 64:64 X 100% = 100%

Este indicador foi obtido pela observação durante as atividades e anotado.

### **Indicadores de impacto**

Os indicadores de impacto foram avaliados apenas quanto aos conhecimentos dos alunos, manifestados no questionário de avaliação preenchido no final da sessão. Serviu para aferir os conhecimentos dos alunos e reforçar a informação sobre algumas crenças.

Nº de respostas certas superiores a 80%: nº total de respostas = 9: 10 X 100% = 90%

Apesar de ter sido atingido o objetivo, pela observação da Tabela 5 na crença “comer antes de beber, ou durante, diminui o efeito do álcool”, verificou-se que apenas 50% dos adolescentes responderam corretamente, havendo a necessidade de se reforçar esta ideia na sessão seguinte.

### **B. 3. Sessão de educação para a saúde – Álcool e as atitudes, dirigida aos alunos**

### Quadro 5 – Plano da Sessão de Educação para a Saúde – Álcool e as Atitudes

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	
<p>Sessão de educação para a Saúde</p> <p>Tema: Atitudes face à oferta de álcool</p> <p>Dirigida aos alunos do 7º ano de uma Escola Básica e Secundária do Concelho da Amadora</p>	<p>Mestranda Enfermeira de Saúde Escolar</p>	<p>(90minutos)</p> <p>20 Janeiro 2012 7º 1 -10:20/11:05 11:05/11:50</p>	<p>Sala de aula –C 7 Aula de Formação Cívica /Inglês</p>	<p>Apresentação da dinâmica da sessão</p>	3 min	<p>Objetivos Gerais: - Sensibilizar os alunos dos 7º anos de uma Escola Básica e Secundária do concelho da Amadora, para a problemática do consumo de bebidas alcoólicas</p> <p>Objetivos específicos: Promover atitudes saudáveis nos adolescentes face à oferta de álcool</p> <p>Promover a reflexão em grupo sobre as atitudes face à oferta de álcool</p>	<p>Determinação de indicadores de atividade e de impacto</p> <p>Pelo número de alunos que esteve presente</p> <p>Pelo número de alunos que participou no debate</p> <p>Pelo questionário após a sessão</p>
				<p>Role playing Escolhidos 4 alunos, fornecidos copos com groselha, explicada a sua função no grupo Distribuídos copos com água aos restantes alunos</p>	5 min		
		<p>Simulação de ambiente festa/discoteca Interação entre os alunos Partilha de experiências Discussão e avaliação</p>	20 min				
		<p>Elaboração de receitas de bebidas</p>	40 min				
		<p>Preenchimento questionário de avaliação</p>	20 min				
		<p>Preenchimento questionário de avaliação</p>	2 min				
		<p>20 Janeiro 2012 7º 2 – 12:00/13:30</p>	<p>Sala de aula – C 4 Aula de Matemática</p>				
		<p>16 Janeiro 2012 7º 3 – 10:20/11:50</p>	<p>Sala – GLF 1 Aula de Ciências Naturais/Ciências Físico-Química</p>				

**Quadro 6 - Sessão de educação para a saúde – Álcool e as Atitudes**

<b>Etapas</b>	<b>Atividades didáticas</b>	<b>Métodos / Técnicas</b>	<b>Recursos/material</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação dos formadores Comunicação do tema Divulgação dos objetivos Apresentação da dinâmica da sessão	Expositivo	Formanda Enfermeira da Saúde escolar	3 min
<b>Desenvolvimento</b>	Escolhidos 4 alunos, que ao longo das sessões mostraram ser influentes na turma e com experiência de consumo de álcool Fornecidos copos com groselha e explicada a sua função no grupo Distribuídos copos com água aos restantes alunos	Role playing Interativo	Formanda, Enf <sup>a</sup> saúde escolar, Professor Copos de plástico, Água, Groselha	5 min
	Simulação de ambiente festa/discoteca Interação entre os alunos	Interativo Role playing	Computador, Música Colunas de som	20 min
	Partilha de experiências Discussão e avaliação	Debate orientado Interativo Participativo	Formanda, Enf <sup>a</sup> saúde escolar, Professor	40 min
<b>Conclusão</b>	Distribuição de receitas de bebidas Elaboração com a colaboração dos alunos de receitas de bebidas sem álcool	Interativo Participativo	Formanda, Enf <sup>a</sup> saúde escolar, Professor Computador, Data-show, Receitas das bebidas	20 min
	Preenchimento dos questionários de avaliação da sessão	Interrogativo	Questionário de avaliação	2 min

## DINAMIZAÇÃO DA SESSÃO

Nesta sessão foi utilizado o role-playing, para promover atitudes saudáveis nos adolescentes face à oferta de álcool, simulando ambientes e situações favoráveis ao consumo de álcool, para aprenderem a resistir à pressão dos pares. É em contexto de divertimento e festas, que as interações grupais, podem incentivar o adolescente a beber. (SOUSA et al, 2008)

Não foi possível obter resultados mensuráveis com esta atividade, mas contribuiu para que os adolescentes que participaram nesta e nas outras sessões, ficassem de posse de mais informação e que tenham desenvolvido algumas competências para lidar com a oferta de álcool de uma forma consciente. Os comportamentos grupais influenciam o adolescente, condicionando por vezes a sua ação. No entanto, os adolescentes têm vivências pessoais e uma educação de base, que os tornando-os diferentemente influenciáveis (SOUSA, 2008).

Os debates e discussões, durante as sessões, levaram os adolescentes a refletir sobre esta problemática.

Após a apresentação da sessão foram escolhidos quatro alunos, que durante as outras sessões mostraram ser influentes na turma e com experiência de consumo de álcool. A estes adolescentes foram-lhes distribuídos copos com groselha. Foi-lhes explicada a sua função de persuasão no grupo.

Aos restantes adolescentes foram distribuídos copos de plástico transparente com água.

Os quatro elementos escolhidos entraram na sala e interagiram com o restante grupo, colocando um pouco da sua bebida (groselha), no copo dos adolescentes que assim o pretendiam. Deste modo, conseguiu-se identificar os alunos que aceitaram e os que não o fizeram.

Terminados os 20 minutos estipulados para esta atividade, procedeu-se ao debate orientado e à partilha de experiências.

Neste sentido, os adolescentes “persuasores”, manifestaram o seu sentir. Referindo que na sua maioria não tinha sido difícil convencer os colegas. Usaram frases como: “prova que isto é bom”, “tem um pouco de álcool mas não faz mal”, “não sei o que tem, mas é bom”, “não tem álcool, podes beber”.

De seguida, quis-se saber o porquê dos adolescentes que aceitaram a bebida, estes manifestaram que aceitaram porque “ele é meu amigo”, “ele disse que não tinha álcool”, “gostei da cor”, “cheirava bem”, “eu sabia que não tinha álcool”, “quis experimentar”.

Os adolescentes que não tinham aceitado, cerca de 4 a 5 por turma, não o fizeram porque “não gostei do cheiro”, “não me apeteceu”.

Baseando a observação em Sousa et al (2008), os adolescentes manifestaram comportamentos de cooperação, atuando solidariamente com os pares. A influência grupal, fez-se notar, levando alguns adolescentes a ter condutas que sozinhos não teriam. Sousa (2008), citando Lewin (1935), afirma que sempre que um indivíduo se junta a um grupo, é mudado por ele, mas ele também muda os outros. O consumo de álcool pode ser um dos comportamentos que o adolescente possa vir a ter, em consequência de pertencer a determinado grupo.

Os adolescentes foram levados a refletir sobre os comportamentos apresentados e as atitudes manifestadas, explorando cada uma destas frases e relacionando-as com a problemática do consumo de álcool.

Na sua maioria os alunos mobilizaram a informação fornecida nas outras sessões e mostraram conhecer quais as atitudes saudáveis a ter perante a oferta de álcool.

De modo a reforçar a ideia de que o divertimento não está associado ao álcool e que há outras alternativas de bebidas atrativas e saborosas, foram distribuídas receitas em papel e elaboradas as mesmas na sessão com a colaboração dos alunos. Tiveram a oportunidade de em grupo experimentar estas bebidas.

## MATERIAL NECESSÁRIO

Para esta sessão foi necessário material para a elaboração das receitas de bebidas, segue a lista do material utilizado:

Papel de cozinha absorvente, Copos de plástico transparente, Palhinhas, Garrafas de água, Recipiente com gelo picado, Pinça para gelo, Garrafa de groselha, Leite, Sumos de frutas embalados (vários), Garrafas com gasosa, Ice tea, Limões, Chantilly, Copo misturador manual (cocktail shaker), Copo medidor, receitas de bebidas.

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE: ÁLCOOL E AS ATITUDES

Este questionário é anónimo e confidencial.

Coloca um X na opção correta.

1 – Sexo

Masculino \_\_\_\_\_

Feminino \_\_\_\_\_

2 – Idade \_\_\_\_\_

3 – Consideras que as atividades desta sessão foram úteis para ti?

SIM \_\_\_\_\_

NÃO \_\_\_\_\_

4 – Esta sessão contribuiu para eu ser mais responsável perante a oferta de álcool?

SIM \_\_\_\_\_

NÃO \_\_\_\_\_

5 – Fiquei mais consciente dos efeitos do álcool no organismo?

SIM \_\_\_\_\_

NÃO \_\_\_\_\_

6 – Fiquei mais consciente das consequências do consumo de álcool?

SIM \_\_\_\_\_

NÃO \_\_\_\_\_

7 – Consideras que esta sessão foi interessante e respondeu às tuas dúvidas?

SIM \_\_\_\_\_

NÃO \_\_\_\_\_

Obrigada pela colaboração!

**Tabela 6- Resultados obtidos no Questionário de avaliação da sessão sobre Álcool e as atitudes**

Questão	SIM		NÃO	
	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa %	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa %
Consideras que as atividades desta sessão foram úteis para ti	<b>59</b>	<b>98,3%</b>	1	1,7%
Esta sessão contribuiu para eu ser mais responsável perante a oferta de álcool	<b>60</b>	<b>100%</b>	0	0%
Fiquei mais consciente dos efeitos do álcool no organismo	<b>57</b>	<b>95%</b>	3	5%
Fiquei mais consciente das consequências do consumo de álcool	<b>59</b>	<b>98,3%</b>	1	1,7%
Consideras que esta sessão foi interessante e respondeu às tuas dúvidas	<b>58</b>	<b>96,7%</b>	2	3,3%

## **AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – ÁLCOOL E AS ATITUDES, DIRIGIDA AOS ALUNOS**

Esta sessão foi avaliada pelos indicadores de atividade e de impacto.

### **Indicadores de atividade**

Nº de alunos presentes na sessão: nº total de alunos dos 7<sup>os</sup> anos X 100% =

$60:64 \times 100\% = 1 \times 100\% = 93,7\%$

Nº de alunos que participou ativamente na sessão: nº total de alunos presentes na sessão X 100% =  $64:64 \times 100\% = 1 \times 100\%$

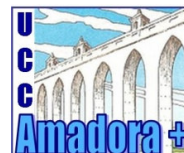
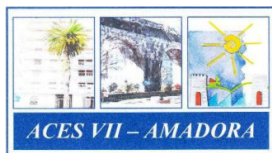
### **Indicadores de impacto**

Nº de alunos que consideraram que as atividades da sessão foram importantes para a tomada de consciência e responsabilidade no consumo de álcool: nº total de alunos presentes na sessão X 100% =  $60:60 \times 100\%$

Com este indicador foi avaliado o impacto que a sessão teve para os alunos em relação aos contributos que esta lhes trouxe, as frequências relativas situaram-se entre os 95% e os 100%, o que demonstra que os alunos consideraram que as atividades desenvolvidas contribuíram para a sua capacitação perante a oferta de álcool.

Os alunos consideraram que a sessão foi interessante e respondeu às suas dúvidas (96,7%).

## **C. Sessão de educação para a saúde dirigida aos Encarregados de educação**



Damaia, 23 de Janeiro de 2012

**Assunto: Convite para Sessão de Educação para a Saúde**

Venho por este meio convidar-vos a assistir à Sessão de Educação para a Saúde sobre o álcool. Serão apresentadas as atividades desenvolvidas com os vossos educandos no âmbito deste projeto, em que foram abordados temas como o álcool, os seus efeitos e consequências, as crenças e as atitudes a tomar face à sua oferta.

Esta Sessão será no próximo dia 27 de Janeiro de 2012, pelas 18 horas no Anfiteatro da EB 2,3 Mães D'Água.

Com os melhores cumprimentos,

.....

Idalina Falcão Vermelho (Enf<sup>a</sup>)

**Quadro 7 – Plano da Sessão de Educação para a Saúde, dirigida aos encarregados de educação**

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	
<p>Sessão de educação para a Saúde</p> <p>Tema: A problemática do consumo de álcool na adolescência</p> <p>Dirigida aos encarregados de educação dos alunos do 7º ano de uma Escola Básica e Secundária do Concelho da Amadora</p>	<p>Mestranda Enfermeira de Saúde Escolar</p>	<p>(45 minutos)</p> <p>27 de Janeiro de 2012</p> <p>18h30m</p>	<p>Anfiteatro da escola Básica e Secundária</p>	<p>Apresentação da dinâmica da sessão</p>	<p>Objetivos: dar conhecimento das atividades realizadas durante o desenvolvimento do projeto com os seus educandos</p>	<p>Determinação de indicadores de atividade</p> <p>Pelo número de encarregados de educação presente na sessão</p>	
				<p>Apresentação sumária do projeto</p>			<p>5 min</p>
				<p>Divulgação das atividades realizadas com os alunos</p> <p>Esclarecimento de dúvidas</p> <p>Partilha de experiências</p> <p>Discussão</p>			<p>10 min</p> <p>30 min</p>

A sessão de educação para a saúde dirigida aos encarregados de educação teve como objetivo dar conhecimento das atividades realizadas durante o desenvolvimento do projeto com os seus educandos. Proporcionar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas sobre a problemática do consumo de álcool na adolescência.

Esta sessão não se realizou, porque os encarregados de educação não compareceram.

A mestranda já tinha sido alertada, para o facto de haver fraca adesão às atividades que envolviam os encarregados de educação. No entanto, por considerar importante que estes tomassem conhecimento das atividades realizadas com os seus educandos, programou-se a sessão em conjunto com elementos chave da comunidade escolar (coordenador do PES e os outros professores envolvidos) e a enfermeira da Saúde Escolar da UCC, no sentido de conseguir alguma adesão. Esta sessão foi programada para o dia e a hora que se considerou mais favorável. Foram enviados convites com a informação sobre a sessão através dos alunos e a divulgação por parte dos diretores de turma, na reunião com os encarregados de educação, no início do 2º período letivo. No final da última sessão com os alunos, estes foram informados da realização da sessão e a sua importância para os encarregados de educação, os diretores de turma reforçaram a informação e uma semana antes foram enviados os convites. Apenas um encarregado de educação compareceu, mas ao tomar conhecimento dos objetivos da sessão, abandonou a sala. A relação escola-família é condicionada por alguns fatores, que se repercutem nas atividades desenvolvidas, tais como, a dificuldade dos encarregados de educação em conciliar as atividades profissionais e escolares; a ideia de que a responsabilidade dos encarregados de educação se exerce unicamente em casa; a forma como cada família se organiza. São alguns dos fatores que levam à baixa adesão na participação de atividades a eles dirigidas.

Avaliação da sessão

Não foi atingido o objetivo pretendido.

## **D. Sessão de divulgação dos resultados e avaliação do projeto aos profissionais da UCC**

Ao terminar o estágio na UCC Amadora+, na área de Saúde Escolar, foi feita a divulgação dos resultados e a avaliação do projeto, aos profissionais desta unidade, de modo a informá-los do percurso do projeto, pois durante o desenvolvimento deste, estiveram também envolvidos. Para tal, foi realizada esta, onde se criou espaço para o debate. O envolvimento dos profissionais em todas as etapas do processo, permitiu chegar aos resultados pretendidos.

Os métodos utilizados para esta sessão foram, o expositivo e interativo.

Elaboraram-se slides, que serviram de suporte à sessão.

A avaliação da sessão foi através da participação ativa dos profissionais.

## **AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Consideraram de interesse em aplicar o projeto noutras escolas do concelho. Apesar da continuidade que este projeto vai ter na UCC, na área da Saúde Escolar. Surgiram algumas sugestões, tais como, o alargamento temporal do projeto, para permitir o desenvolvimento de outras atividades, a progressão e o acompanhamento ao longo dos anos de escolaridade, para que se possa fazer a monitorização e avaliação mais precisa, de modo a que se reflita em mais ganhos em saúde.

Consideram-se, que na generalidade a intervenção de enfermagem contribuiu para a sensibilização dos adolescentes dos 7<sup>os</sup> anos para os problemas que advêm do consumo de álcool.

Estiveram presentes, todos os profissionais da área da Saúde Escolar desta unidade e na sua maioria os profissionais das outras áreas da UCC.

### Plano de sessão informativa final

Data: 16 de Fevereiro de 2012

População-alvo: Profissionais da UCC

Hora: 14h30m

Local: sala de reuniões da UCC Amadora +

Duração: 45m

Material: computador, projetor, diapositivos

	Atividades	Método	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	Participação ativa dos profissionais
Desenvolvimento	Exposição e avaliação do projeto: - objetivos - atividades desenvolvidas - competências desenvolvidas na área de especialização de enfermagem comunitária - convite à participação dos profissionais na validação das propostas e apresentação de sugestões	Expositivo  Participativo	35 min	
Conclusão	Resumo da sessão	Expositivo Interrogativo	5 min	

## **E. Sessão de apresentação de resultados e avaliação, dirigida à comunidade educativa**

A sessão com a comunidade educativa não se realizou, apesar dos esforços feitos por parte dos professores responsáveis e do interesse dos professores envolvidos nas atividades, mas devido ao calendário escolar, não foi possível realizar em tempo útil. No entanto aguarda-se o contato para agendar e realizar a sessão, pois foi um compromisso feito na apresentação do projeto. O envolvimento dos professores superou as expectativas, estava previsto envolver os professores diretores de turma dos 7<sup>os</sup> anos e o professor coordenador do PES. Durante os contatos feitos para a operacionalização do projeto, acabaram por se envolver outros professores destes alunos. As sessões que de início, se programaram para as aulas de Formação Cívica, acabaram por se efetuar noutras tempos letivos como os da disciplina curricular de Matemática, Língua Portuguesa, Ciências Naturais, Ciências Físico-química e Inglês.

Durante as sessões de educação para a saúde dirigidas aos alunos, os professores estiveram sempre presentes, participando ativamente no desenvolvimento da sessão e dos conteúdos abordados, revelando-se um contributo essencial para o bom sucesso destas.

Durante e após cada sessão os professores presentes, consideraram de grande importância as sessões e a continuidade do projeto.

## **APÊNDICE 21-** Indicadores de processo ou atividade

<b>Quadro 1 - Indicadores de processo ou atividade</b>				
<b>Atividade</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador de avaliação</b>	<b>Resultado</b>	<b>Interpretação</b>
Sessão de educação para a Saúde sobre o álcool, os efeitos e as consequências, dirigida aos alunos	Que pelo menos 80% dos alunos dos 7 <sup>os</sup> anos estejam presentes na sessão de educação para a Saúde sobre álcool, os efeitos e as consequências	Nº de alunos presentes na sessão: nº total de alunos dos 7 <sup>os</sup> anos X 100% = 63: 64X 100%	98,4%	Objetivo alcançado
	Que pelo menos 80% dos alunos presentes participem ativamente na sessão de educação para a Saúde sobre álcool, os efeitos e as consequências	Nº de alunos que participou ativamente na sessão: nº total de alunos presentes na sessão X 100% = 63:63 X100%	100%	Objetivo alcançado
Sessão de educação para a Saúde sobre crenças associadas ao consumo de álcool, dirigida aos alunos	Que pelo menos 80% dos alunos dos 7 <sup>os</sup> anos compareçam na sessão de educação para a Saúde sobre crenças associadas ao consumo de álcool	Nº de alunos presentes na sessão: nº total de alunos dos 7 <sup>os</sup> anos X 100% = 64: 64 X 100%	100%	Objetivo alcançado
	Que pelo menos 80% dos alunos participem ativamente na sessão de educação para a Saúde sobre crenças associadas ao consumo de álcool	Nº de alunos que participou ativamente na sessão: nº total de alunos presentes na sessão X 100% = 64: 64 X 100%	100%	Objetivo alcançado
Sessão de educação para a Saúde sobre as atitudes face à oferta de álcool, dirigida aos alunos	Que pelo menos 80% dos alunos dos 7 <sup>os</sup> anos compareçam na sessão de educação para a Saúde sobre atitudes face à oferta de álcool	Nº de alunos presentes na sessão: nº total de alunos dos 7 <sup>os</sup> anos X 100% = 60: 64 X 100%	93,7%	Objetivo alcançado
	Que pelo menos 80% dos alunos participem ativamente na sessão de educação para a Saúde sobre atitudes face à oferta de álcool	Nº de alunos que participou ativamente na sessão: nº total de alunos presentes na sessão X 100% = 60:60 X100%	100%	Objetivo alcançado
Sessão de educação para a Saúde sobre o consumo	Que pelo menos 20% dos Encarregados de Educação	Nº de Encarregados de Educação presentes na		Objetivo não alcançado

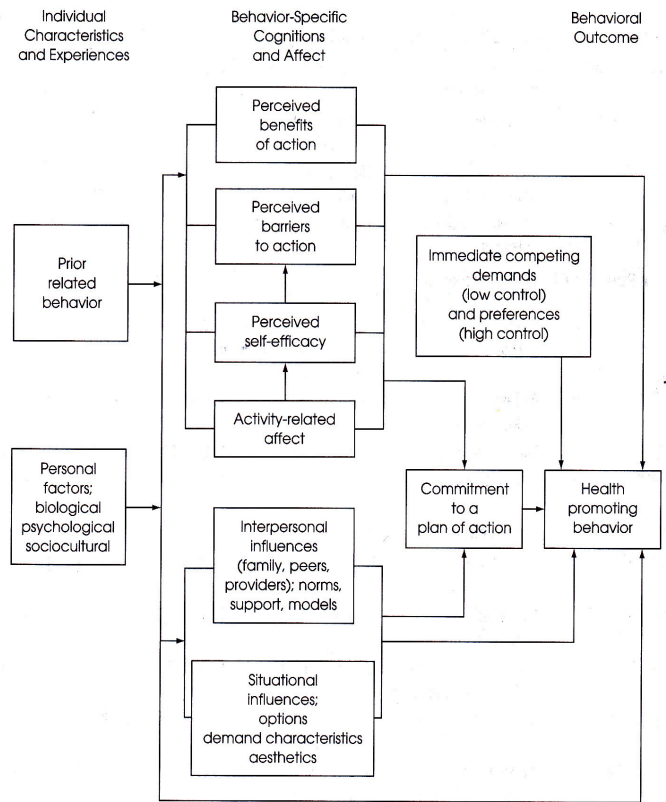
de álcool nos adolescentes, dirigida aos Encarregados de Educação	compareçam na sessão de educação para a Saúde sobre o consumo de álcool nos adolescentes	sessão: nº total de Encarregados de Educação dos alunos dos 7 <sup>os</sup> anos X 100% = 0: 64 X 100%	0%	
Envolver os professores na realização das atividades	Obter a colaboração por parte de 100% dos professores envolvidos, para a realização das atividades programadas com os alunos	Nº de professores envolvidos nas atividades: nº de professores previstos estarem envolvidos nas atividades X 100% = 7: 5 X 100%	140%	Objetivo atingido

## **APÊNDICE 22 - Indicadores de resultado ou impacto**

<b>Quadro 2 - Indicadores de resultado ou impacto</b>				
Atividade	Objetivo	Indicador de Avaliação	Resultado	Interpretação
Sessão de educação para a Saúde sobre o álcool os efeitos e as consequências, dirigida aos alunos	Que 80% dos alunos identifiquem pelo menos 5 efeitos ou consequências corretas relacionadas com o consumo de álcool	Nº de alunos que identificou pelo menos 5 efeitos e consequências corretas relacionadas com o consumo de álcool: nº total de alunos presentes na sessão X 100% = 63: 63X100%	100%	Objetivo atingido
Sessão de educação para a saúde sobre crenças associadas ao consumo de álcool, dirigida aos alunos	Que 90% das perguntas tenham respostas certas com percentagens superiores a 80%	Nº de respostas certas superiores a 80%: nº total de respostas X 100% = 9:10 X 100%	90%	Objetivo atingido
Sessão de educação para a Saúde sobre as atitudes face à oferta de álcool, dirigida aos alunos	Que 50% dos alunos refiram que as atividades da sessão foram importantes para a tomada de consciência e responsabilidade no consumo de álcool	Nº de alunos que consideraram que as atividades da sessão foram importantes para a tomada de consciência e responsabilidade no consumo de álcool: nº total de alunos presentes na sessão X 100% = 60: 60 X 100%	100%	Objetivo atingido

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**



**FIGURE 2-4** Health Promotion Model (revised)

**ANEXO II** – Autorização das autoras da Escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes

**Isabel M. Leal** ileal@ispa.p

11/08/11

para mim

Autorização concedida.  
Bom trabalho.

**Isabel Maria Pereira Leal (Phd)**  
**Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (UIPES) I&D**  
ISPA – Instituto Universitário  
Rua Jardim do Tabaco, 34  
1149-041 Lisboa - Portugal  
<[www.ispa.pt](http://www.ispa.pt)>  
E-mail: <<mailto:ileal@ispa.pt>>  
E-mail: <<mailto:uipes@ispa.pt>>  
Tel: [+351 21 881 17 08](tel:+351218811708)  
Fax: [+351 21 886 09 54](tel:+351218860954)  
<[www.isabel-leal.com](http://www.isabel-leal.com)>

## **ANEXO III – Escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes**

## Escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes

	Discordo completamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente
1. "O Haxixe é uma droga"					
2. "A heroína é uma droga"					
3. "A Cocaína é uma droga"					
4. "O LSD (trips) é uma droga"					
5. "Os speeds são drogas"					
6. "O uso de Heroína pode causar dependência física"					
7. "O uso de Cocaína pode causar dependência física"					
8. "O uso de LSD (trips) pode causar dependência física"					
9. "O uso de speeds pode causar dependência física"					
10. "O uso de Álcool pode causar dependência física"					
11. "O uso de Haxixe pode causar dependência psíquica"					
12. "O uso de Heroína pode causar dependência psíquica"					
13. "O uso de Marijuana pode causar dependência psíquica"					
14. "O uso de Cocaína pode causar dependência psíquica"					
15. "O uso de LSD (trips) pode causar dependência psíquica"					
16. "O uso de speeds pode causar dependência psíquica"					
17. "Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a beber bebidas alcoólicas eu aceitaria"					
18. "Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me incentivassem a beber bebidas alcoólicas eu acabaria por beber mais que o costume"					
19. "Se no meu grupo de amigos quase todos beberem bebidas alcoólicas eu sinto-me «tentado» a beber mais vezes, porque o ambiente é propício"					
20. "Se no meu grupo de amigos quase todos beberem bebidas alcoólicas eu acabarei por beber para não me sentir diferente e para me sentir melhor integrado no grupo".					
21. "Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e eles me oferecessem um charro de haxixe eu aceitaria"					

22. "Se eu estivesse com os meus amigos numa festa e ele me incentivasse a fumar heroína eu aceitaria"					
23. "Se no meu grupo de amigos se consumir drogas eu sinto-me 'tentado' a consumir mais vezes, porque o ambiente é propício"					
24. "Se no meu grupo de amigos se consumir drogas eu provavelmente acabo por consumir para não me sentir diferente e para me sentir melhor integrado no grupo"					
25. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem porque se sentem aborrecidos ou tristes"					
26. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem para relaxar ou acalmar os nervos"					
27. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem para se sentirem mais integrados e identificados com o seu grupo"					
28. "Os jovens que bebem bebidas alcoólicas bebem para se sentirem mais adultos"					
29. "Os jovens que consomem drogas fazem-no porque se sentem aborrecidos ou tristes"					
30. "Os jovens que consomem drogas fazem-no para relaxar ou acalmar os nervos"					
31. "Os jovens que consomem drogas fazem-no para se sentirem mais integrados e identificados com o seu grupo"					
32. "Os jovens que consomem drogas fazem-no para fugir à realidade"					

Ana Catarina Carvalho e Isabel Pereira Leal

## **ANEXO IV – Classificação Portuguesa das Profissionais 2011**

## 0 - MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS

Este grande grupo engloba as pessoas que servem voluntariamente ou por obrigação nas forças armadas e que não estão autorizadas a aceitar um emprego civil, como sejam os membros permanentes do exército, marinha, aviação e outras armas e as pessoas que se encontram temporariamente a prestar serviço militar. Em contrapartida não compreende a polícia e o pessoal tendo um emprego civil, como seja o pessoal administrativo dos serviços governamentais ligados a questões de defesa nacional.

## 1 - QUADROS SUPERIORES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, DIRIGENTES E QUADROS SUPERIORES DE EMPRESA

1.1 - Quadros superiores da administração pública

1.2 - Directores de empresa

1.3 - Directores e gerentes de pequenas empresas

## 2 - ESPECIALISTAS DAS PROFISSÕES INTELLECTUAIS E CIENTÍFICAS

2.1 - Especialistas das Ciências Físicas, Matemáticas e Engenharia.

2.2 - Especialistas das Ciências da Vida e Profissionais da Saúde.

2.3 - Docentes do Ensino Secundário, Superior e Profissões Similares.

2.4 - Outros Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.

## 3 - TÉCNICOS E PROFISSIONAIS DE NÍVEL INTERMÉDIO

3.1 - Técnicos e profissionais de nível intermédio das ciências físicas e químicas, da engenharia e trabalhadores similares.

3.2 - Profissionais de nível intermédio das ciências da vida e da saúde.

3.3 - Profissionais de nível intermédio do ensino.

3.4 - Outros técnicos e profissionais de nível intermédio

## 4 - PESSOAL ADMINISTRATIVO E SIMILARES

4.1 - Empregados de escritório

4.2 - Empregados de recepção, caixas, bilheteiros e similares

## 5 - PESSOAL DOS SERVIÇOS E VENDEDORES

5.1 - Pessoal dos serviços directos e particulares, de protecção e segurança

5.2 - Manequins, vendedores e demonstradores

## 6 - AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA E PASCAS

6.1 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, criação de animais e pescas

6.2 - Agricultores e pescadores - Agricultura e pesca de subsistência

---

## 7 - OPERÁRIOS, ARTÍFICES E TRABALHADORES SIMILARES

7.1 - Operários, artífices e trabalhadores similares das indústrias extractivas e da construção civil

7.2 - Trabalhadores da metalurgia e da metalomecânica e trabalhadores similares

7.3 - Mecânicos de precisão, oleiros e vidreiros, artesãos, trabalhadores das artes gráficas e trabalhadores similares

7.4 - Outros operários, artífices e trabalhadores similares

---

## 8 - OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM

8.1 - Operadores de instalações fixas e similares

8.2 - Operadores de máquinas e trabalhadores da montagem

8.3 - Condutores de veículos e embarcações e operadores de equipamentos pesados móveis

---

## 9 - TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS

9.1 - Trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio

9.2 - Trabalhadores não qualificados da agricultura e pescas

9.3 - Trabalhadores não qualificados das minas, da construção e obras públicas, da indústria transformadora e dos transportes

---