



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM
ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**Promoção de comportamentos saudáveis
no âmbito do consumo de bebidas
alcoólicas, num grupo de jovens da
Freguesia do Vale da Amoreira**

ANA CRISTINA OLIVEIRA ARROJA SEQUEIRA

LISBOA
2011

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE PÓS-LICENCIATURA E MESTRADO EM
ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**Promoção de comportamentos saudáveis
no âmbito do consumo de bebidas
alcoólicas, num grupo de jovens da
Freguesia do Vale da Amoreira**

ANA CRISTINA OLIVEIRA ARROJA SEQUEIRA

**Relatório de Estágio orientado
pelo Professor Orientador António Major
e pela Enfermeira Co-Orientadora Laura Teixeira**

RESUMO

O consumo de álcool entre os jovens representa uma dimensão considerável da morbidade e mortalidade nesta fase do ciclo de vida, para além dos problemas ao nível social. Constitui um problema de saúde pública que carece da atenção dos profissionais de saúde com intervenção comunitária, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, numa lógica de promoção da saúde.

O trabalho desenvolvido tem como finalidade a promoção da saúde no âmbito do consumo de álcool, num grupo de jovens da freguesia do Vale da Amoreira.

A metodologia utilizada para a elaboração deste projecto é a Metodologia de Planeamento em Saúde e o referencial teórico de enfermagem é o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Na fase de diagnóstico recorri à utilização de um inquérito por questionário, a Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes, nome original *Alcohol Adolescent Involvement Scale* (AAIS), desenvolvida por Mayer e Fielstead. (Fonte et al, 1999)

Os resultados obtidos evidenciam o consumo de álcool entre os jovens, com critérios de abuso, com uma frequência de uma a duas vezes por mês; o consumo de vários tipos de bebida na mesma ocasião e o não reconhecimento do consumo enquanto problema, com riscos ao nível da saúde e ao nível social.

A intervenção teve como objectivo a adopção de comportamentos de promoção da saúde, no que se refere às situações que podem conduzir ao consumo abusivo de álcool. As estratégias implementadas fundamentam-se nas teorias da promoção da saúde, educação para a saúde e trabalho em parceria.

A avaliação realizada mostra a consecução dos objectivos, segundo os indicadores definidos, com possibilidade de continuidade do trabalho realizado, de uma forma concertada num trabalho de parceria entre as entidades da comunidade.

Palavras-chave: álcool, jovens, promoção da saúde, parceria.

ABSTRACT

Alcohol consumption among young people represents a sizeable morbidity and mortality in this phase of life in addition to the problems at the social level. Constitutes a public health problem that deserves the attention of health professionals with community intervention, particularly of Specialized Nurses in Community Nursing, a logic of health promotion.

The work aims to promote health in the context of alcohol consumption in a group of young people in the Vale da Amoreira.

The methodology used for the preparation of this project is the Planning Methodology Health and nursing theoretical framework is the Health Promotion Model of Nola Pender.

In the diagnostic phase resorted to the use of a questionnaire survey, the Alcohol Adolescent Involvement Scale (AAIS) developed by Mayer and Fielstead. (Fonte et al, 1999)

The results show alcohol consumption among young people with criteria for abuse at a frequency of one to two times per month, consumption of various types of liquor at the same time and non-recognition of consumption as a problem, with the level of health risks and the social level.

The intervention aims to adopt behaviors for health promotion, with regard to situations that can lead to alcohol abuse. The strategies implemented are based on theories of health promotion through health education and is based on developing a partnership.

The evaluation shows the objectives defined according to the indicators, with the possibility of continued work in a concerted manner in a working partnership between community organizations.

Keywords: alcohol, young, health promotion, partnership.

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	9
1. TENDÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E PROBLEMAS ASSOCIADOS.....	9
2. INTERVENÇÃO CONCERTADA NA ABORDAGEM DO PROBLEMA.....	12
CAPÍTULO III - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1. O CONSUMO DE ÁLCOOL	14
1.1. Padrões de Consumo.....	14
1.2. Prevenção do Consumo de Alcool	16
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE PELA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	18
3. O ENFERMEIRO COMO AGENTE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	20
3.1. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	21
CAPÍTULO IV – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	23
1. TIPO DE ESTUDO.....	23
2. MEIO.....	23
3. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA.....	23
4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	24
5. IMPLICAÇÕES ÉTICAS.....	25
6. TRATAMENTO DOS DADOS.....	26
CAPÍTULO V – PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	27
1. CONTEXTO.....	27
1.1. A Freguesia do Vale da Amoreira.....	27
1.2. A Unidade de Cuidados na Comunidade do Vale da Amoreira – “Saúde na Rua”	28
1.3. A Escola Secundária da Baixa da Banheira.....	29
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	30
2.1. Apresentação e análise dos resultados.....	30
3. MÉTODO DE PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	32

4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO.....	34
5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	36
6. PLANO OPERACIONAL – ESPECIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES.....	37
6.1. Actividade – Sessão de Educação para a Saúde.....	37
6.2. Actividade – Reunião entre Parceiros do Projecto.....	39
7. AVALIAÇÃO.....	39
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DO PROJECTO.....	42
1. ASPECTOS POSITIVOS, DIFICULDADES, CONSTRANGIMENTOS.	42
2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	43
CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

APÊNDICES

APÊNDICE I – Caracterização da Amostra

APÊNDICE II – Pedido de autorização aos encarregados de educação para aplicação dos questionários

APÊNDICE III – Pedidos de autorização à Escola Secundária da Baixa da Banheira para aplicação dos questionários

APÊNDICE IV – Resultados Globais da Escala AAIS

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados

ANEXO II – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

LISTA DE SIGLAS

AAIS - Alcohol Adolescent Involvement Scale

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CEF – Curso de Educação e Formação

DGS – Direcção-Geral da Saúde

HBSC – Health Behaviour in School Age Children

IDT, IP – Instituto da Droga e da Toxicoddependência, Instituto Público

IHRU – Instituto da Habitação e Reabilitação Urbana

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

O consumo de álcool está associado a diversos problemas de saúde e sociais, constituindo um problema de saúde pública que carece da atenção dos profissionais de saúde com intervenção comunitária, nomeadamente os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, numa lógica de promoção da saúde. O problema torna-se ainda mais relevante quando nos referimos aos jovens uma vez que representa uma dimensão considerável da morbilidade e mortalidade nesta fase do ciclo de vida. A abordagem ao problema requer um carácter integrado e concertado, com desenvolvimento de projectos enquadrados no Plano Nacional de Saúde, no âmbito dos diversos programas e planos que o integram.

Este relatório refere-se ao estágio realizado no terceiro semestre do 1º Curso Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A área de desenvolvimento do projecto é o consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens e tem como finalidade a promoção da saúde no âmbito do consumo de álcool, em meio escolar.

Em termos de políticas da saúde em curso em Portugal no seu Plano Nacional de Saúde (2004), o presente projecto enquadra-se no Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (Direcção-Geral da Saúde, 2003) no Plano Nacional de Saúde Escolar (Direcção-Geral da Saúde, 2006) e no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2010).

O trabalho realizado é constituído pelos seguintes capítulos principais:

Após esta breve introdução segue-se uma descrição do problema, sendo a sua caracterização fundamental para a justificação da pertinência do projecto.

Segue-se um enquadramento teórico com desenvolvimento dos conceitos chave, com base em literatura pertinente e disponível, clarificando-os e precisando a relação entre eles. O referencial teórico de enfermagem utilizado

é o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, pois tem enfoque nos comportamentos para melhorar a saúde, é aplicável ao longo do ciclo vital e defende a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamento.

Segue-se o enquadramento metodológico, descrevendo as opções metodológicas e de operacionalização, sendo a metodologia de planeamento em saúde, aquela que norteia o projecto.

O relatório finaliza com o capítulo de discussão do projecto realçando os aspectos positivos bem como as dificuldades e constrangimentos, seguido de uma reflexão sobre as competências adquiridas. Conclui o relatório com as considerações finais

A redacção do relatório, segue a Norma Portuguesa NP 405, tendo sido utilizadas diversas fontes de pesquisa de documentação científica, as quais se encontram devidamente referenciadas.

CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

O presente capítulo pretende dar visibilidade ao problema do consumo de álcool, principalmente nas populações mais jovens, evidenciando as suas consequências ao nível da saúde individual e colectiva e os seus efeitos ao nível social. Desta exposição deverá ficar claro que os efeitos nefastos do consumo de álcool devem ser alvo da atenção dos profissionais de saúde, mais especificamente dos enfermeiros, procurando actuar no sentido de os prevenir ou minimizar.

1. TENDÊNCIAS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E PROBLEMAS ASSOCIADOS

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006) actualmente no mundo inteiro estima-se que cerca de 2000 milhões de pessoas consomem álcool e destas 76 milhões possuem perturbações relacionadas com o consumo de álcool. O consumo médio mundial é na ordem de 5,1 litros de álcool puro, por pessoa/ano. A Organização Mundial de Saúde refere ainda que a Região Europeia apresenta níveis de consumo altos relativamente às outras regiões do mundo, com um nível de consumo de álcool puro de cerca de 8,78 litros por pessoa/ano (dados de 2003). Portugal encontra-se entre os países europeus com maiores níveis de consumo de álcool: 9,38 litros por pessoa/ano. (WHO, 2006)

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2003), em Portugal estimam-se 7000 mortes anuais atribuíveis ao álcool, sendo o distrito de Setúbal um dos distritos com maiores índices de doentes alcoólicos do país, a seguir a Lisboa, Porto, Braga e Aveiro (Breda et al, 2001). Este problema torna-se ainda mais relevante quando nos referimos aos jovens. Nesta fase do ciclo de vida os problemas de saúde tendem a ser menos graves e extensos. O mesmo não se pode afirmar quanto ao consumo de álcool uma vez que este aparece como um importante factor de custos sociais entre os jovens, principalmente devido a mortes prematuras por acidentes de viação, suicídios, violência, agressões e

prática de sexo desprotegido, assuntos que representam uma dimensão considerável da morbimortalidade. (Ferreira-Borges et al, 2008)

Relativamente à situação em Portugal, no que se refere ao consumo entre os jovens, segundo o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (IDT, 2010), actualmente constata-se uma banalização do consumo de álcool com novos padrões de consumo. Para além do uso tradicional, generalizou-se um consumo muito ligado a locais e ambientes de diversão, caracterizado pela ingestão de grandes quantidades num curto espaço de tempo com o objectivo de causar embriaguez. Este padrão de consumo, devido aos efeitos de desinibição social e sexual, representa um sério problema do ponto de vista de saúde pública.

O consumo esporádico excessivo ou “binge drink” é o consumo que excede 5 a 6 bebidas no homem e 4 a 5 bebidas na mulher, numa só ocasião e num espaço de tempo limitado, estando associado a uma maior probabilidade de sofrer consequências adversas. De referir que em cada ano na União Europeia, o “binge drink” está relacionado com 2000 homicídios (4 em cada 10 de todos os assassínios), 27000 mortes acidentais (que não em acidentes de viação) e 10000 suicídios (1 em cada 6 do total de suicídios). Este tipo de consumo não é exclusivo dos jovens e cerca de 80 milhões de europeus com idade superior a 15 anos (mais de 1/5 da população adulta da UE) disse ter praticado “binge drink” pelo menos uma vez por semana, em 2006. Cerca de 25 milhões de europeus com mais de 15 anos de idade (1 em 15 da população adulta) refere que o consumo “binge drink” foi o seu padrão habitual de consumo no último mês. (IDT, 2010)

Segundo o estudo Health Behaviour in School Age Children (HBSC) 1998-2006, referido por Ferreira-Borges et al (2008), aponta para uma tendência crescente em Portugal da adopção do padrão de consumo de 5 ou mais bebidas numa só ocasião (“binge drink”), em ambos os sexos.

Segundo o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral – Portugal 2007 (Balsa et al, 2008) a proporção da população

que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15 e os 17 anos representava em 2001 cerca de 30%, tendo este valor aumentado para os 40% em 2007. Neste inquérito de 2007, 15,4% dos jovens dos 20 aos 24 anos e 11,2% dos jovens dos 15 aos 19 anos diz ter-se embriagado no último mês e 0,2% dos jovens dos 20 aos 24 anos e 0,5% dos jovens dos 15 aos 19 anos fê-lo 10 vezes ou mais (Balsa et al, 2008).

Em Portugal o consumo tipo “binge drink” ocorre em todas as idades, mas a sua frequência diminui nos grupos etários mais velhos. Em 48,3% dos jovens dos 15-24 anos registou-se um consumo de 4 a 6 ou mais bebidas numa só ocasião pelo menos uma vez, no ano de 2007 (Balsa et al, 2008).

Quanto à percepção dos jovens sobre este problema, 19,7% dos jovens atribui pouco ou nenhum risco ao consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas num fim-de-semana (Balsa et al, 2008).

O consumo de álcool está associado a diversas consequências para aquele que consome, para aqueles que estão à sua volta e para a sociedade em geral. Está demonstrado que o consumo de álcool contribui para o aparecimento e desenvolvimento de doenças físicas e mentais a par de problemas sociais. Ferreira-Borges et al (2008) dá-nos alguns exemplos de problemas de saúde e sociais relevantes e específicos do consumo de álcool: abuso e dependência; intoxicação aguda e coma alcoólico; doença hepática; problemas de saúde sexual e reprodutiva; acidentes de viação; quedas acidentais e traumatismos; suicídio e depressão; problemas laborais; violência interpessoal e crimes violentos; violência doméstica e maus tratos infantis; abuso físico e sexual; deterioração da ligação com a comunidade e a desintegração familiar e social. Também Breda et al (2001) refere as repercussões individuais e sociais dos problemas ligados ao álcool. Relativamente às primeiras realça que o álcool é causa de muitas situações de doença e agravamento de outras, como a tuberculose, as doenças cardiovasculares, as doenças digestivas e o cancro. Nas repercussões sociais, realça as consequências na família, no trabalho e na sociedade.

Segundo a DGS (2003) no Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas está directamente relacionado com o estilo de vida, o qual determina a forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas está identificado como um dos principais factores implicados na origem das doenças crónicas não transmissíveis, a par do consumo do tabaco, os erros alimentares, a obesidade, a inactividade física e a má gestão do stress. As doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, patologia respiratória crónica, diabetes *mellitus*, as perturbações da saúde mental, o cancro e as doenças osteoarticulares) constituem actualmente a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas.

Com base nos factos apresentados, o consumo de álcool sobretudo entre os jovens, constituindo um problema de saúde pública. Devemos ser capazes de desenvolver e mobilizar as nossas competências ao serviço das necessidades da comunidade no sentido de promover a saúde dos indivíduos.

2. INTERVENÇÃO CONCERTADA NA ABORDAGEM DO PROBLEMA

O problema do consumo de bebidas alcoólicas requer uma abordagem integrada e concertada, pelo que deve ser considerado o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, inscrito no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2003). Os principais factores considerados no contexto deste programa são a alimentação, o tabaco, o álcool, a actividade física e a gestão de stress. Intervir sobre estes factores é defendido como uma estratégia fundamental com ganhos significativos em termos de redução da prevalência de doenças crónicas e dos custos associados. O plano tem como objectivo geral reduzir a prevalência de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de factores de protecção, relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial. Como objectivo

específico, o programa preconiza a redução da prevalência de consumidores excessivos de álcool. Como estratégia de intervenção o plano defende a cooperação intersectorial e multidisciplinar, intervenções orientadas para o ciclo de vida, em ambientes específicos, reforçando a educação para a saúde nas escolas.

Assume também um papel primordial o Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006) o qual preconiza a prevenção ou a redução dos problemas de saúde e dos comportamentos de risco associados ao ambiente e aos estilos de vida. Este programa integra na sua finalidades promover e proteger a saúde, prevenir a doença na comunidade educativa e reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis. Os consumos nocivos e os comportamentos de risco são uma das áreas prioritárias do Programa Nacional de Saúde Escolar.

Por seu turno, o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (IDT, 2010), tem como objectivo primordial reduzir de forma significativa o consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde. Assume como um dos princípios estratégicos a implementar, a prevenção em meio escolar. Das metas do plano, realço as duas que estão directamente relacionadas com o consumo de álcool em jovens: baixar a prevalência de embriaguez em jovens entre os 15-19 anos; baixar a prevalência de consumo “binge drink” (mais de 6 bebidas para o sexo masculino ou 4 bebidas para o sexo feminino, numa só ocasião) nos jovens entre 15-24 anos. Os adolescentes e os jovens adultos são uma das áreas prioritárias do plano do IDT, nomeadamente os padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e o “binge drinking”.

CAPÍTULO III - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O CONSUMO DE ÁLCOOL

Desde muito cedo na história da Humanidade que o consumo de álcool aparece ligado a rituais religiosos e outras celebrações em inúmeras civilizações. Segundo Marques (2008), com a Civilização Grega, o consumo de álcool assumiu um papel importante como alimento, sendo a cultura da vinha, a actividade agrícola fundamental dos povos. Mais tarde (séc. VII) o Império Romano expande a cultura das vinhas e o consumo de vinho como alimento na França e Península Ibérica. Os árabes, no séc. IX, introduziram um novo conceito de bebida alcoólica, recorrendo à técnica de destilação, produzindo bebidas “mais fortes” sobretudo para fins terapêuticos. A utilização do álcool como medicamento também cresceu na Europa, na Idade Média, com a ascensão do cristianismo. Acreditava-se que as doenças do corpo só podiam ser curadas por intervenção divina, utilizando-se vinho, óleos vegetais e ervas, a par das orações para curar males do corpo e do espírito (Marques, 2008).

Ao longo dos tempos, o álcool adquiriu uma dupla importância e um duplo significado: por um lado, enquanto substância de carácter quase mágico, com um papel de celebração, de ritualização, de aproximação e prazer, e de carácter terapêutico; por outro lado, enquanto fonte de receita e produto comercial de elevado valor, factor de desenvolvimento económico para alguns países. (IDT, 2010)

No século XI surge o conceito de alcoolismo, ligando o consumo de álcool ao conceito de doença. O problema passou a considerar-se grave e de cariz epidémico. Começa a surgir a preocupação entre os governantes, relativamente ao consumo de álcool, com apelos à consciência do problema e ao surgimento de programas para lhe fazer face.

1.1. Padrões de Consumo de Álcool

Existem várias classificações para caracterizar padrões de consumo de álcool. Ferreira-Borges et al (2008) menciona seis níveis associados a padrões de

consumo de álcool: abstinência, uso social ou uso moderado, uso indevido, uso nocivo e dependência.

A abstinência caracteriza-se pela ausência de contacto com o álcool ao longo da vida ou na actualidade. O uso social ou uso moderado são conceitos mais difíceis de definir, pois remetem para o que é socialmente aceite, depende da cultura envolvente e também das repercussões para a saúde do indivíduo. No entanto, segundo a literatura e também referido por Ferreira-Borges et al (2008), considera-se consumo moderado, de baixo risco, a ingestão de 2 a 3 unidades de álcool por dia para o homem e de 1 a 2 unidades de álcool por dia para a mulher. Uma unidade de álcool corresponde aproximadamente a 12g de álcool. A definição destes limites é consensual para a maioria das situações, existindo outras em que, por razões clínicas e sociais, se consideram limites mais baixos para o consumo moderado ou até mesmo a abstinência. É o caso de mulheres grávidas ou a amamentar, pessoas que manuseiam máquinas ou conduzem automóveis e ainda menores de 18 anos (Ferreira-Borges et al, 2008).

O uso indevido do álcool caracteriza-se pela ingestão de quantidades de álcool, quer de forma eventual quer de forma continuada, com potenciais malefícios para a saúde do indivíduo e para o seu funcionamento social. Neste padrão de consumo, insere-se o consumo tipo “binge drinking”, definido como a ingestão de seis ou mais unidades de álcool numa mesma ocasião para o homem e quatro unidades de álcool para a mulher. É um padrão de consumo cada vez mais frequente entre estudantes, adolescentes e jovens adultos (Ferreira-Borges et al, 2008).

O uso nocivo e a dependência estão definidos na Classificação de Perturbações Mentais e de Comportamento da ICD-10, sendo o uso nocivo caracterizado pelo risco eminente de vir a sofrer de problemas de saúde ou pela presença desses problemas associados ao uso do álcool e, quando associados a sintomatologia de tolerância e abstinência, estamos perante um quadro de dependência. (Ferreira-Borges et al, 2008)

1.2. Prevenção do Consumo de Álcool

Na área do consumo de substâncias, a prevenção geralmente indica qualquer actividade realizada no sentido de reduzir as possibilidades ou adiar o início do uso de uma substância. Parte-se do princípio que prevenir é mais benéfico para o indivíduo e para a sociedade do que tratar os danos e as consequências, quer ao nível individual quer ao nível social.

Breda et al (2001) refere que “o objectivo geral da prevenção dos problemas ligados ao álcool é a diminuição, quantitativa e qualitativa, destes problemas, através de acções que se lhes antecipem, nos seus desenvolvimentos e efeitos” (Breda et al, 2001, p.108). Defende ainda que a prevenção primária dos problemas ligados ao álcool assenta em duas grandes estratégias: a limitação da oferta e a redução da procura. Esta última faz-se através de medidas que visem diminuir a motivação do indivíduo para o uso do álcool e informar acerca do álcool, dos riscos e consequências do seu consumo.

Segundo Morel et al (2001) as finalidades gerais da prevenção centram-se na melhoria da saúde das pessoas, do seu bem-estar e das suas condições de existência. Para atingir estes fins é necessário elevar os níveis de saber e de competências, promover a responsabilidade individual e desenvolver laços sociais e comunitários. Estas são orientações gerais defendidas pelo autor, sendo necessário adequar as práticas concretas “ao meio onde se pretende agir, às pessoas que queremos atingir e aos objectivos que traçamos” (Morel et al, 2001, p.195). Segundo o mesmo autor qualquer acção deve inscrever-se num contexto específico, mas também numa política global pois é essa relação que assegura a integração e a continuidade dos programas.

A prevenção para o consumo de bebidas alcoólicas, é definida em função dos possíveis problemas associados a esse uso. Os problemas associados ao consumo de álcool dizem respeito às consequências negativas ao nível social, económico e de saúde, decorrentes do consumo de álcool. (Borges-Ferreira et al, 2008) Torna-se, portanto, fundamental reconhecer os danos que o consumo de álcool provoca e adequar as medidas para que tenham impacto na população.

Segundo a DGS (2001), a intervenção com consumidores excessivos em etapas precoces diminui o risco de complicações, nomeadamente patologias agudas ou crónicas, de carácter físico, psicológico e social (síndrome de dependência alcoólica, doenças neurológicas, doenças do aparelho digestivo, doenças cardiovasculares, infeções sexualmente transmissíveis, cancro, acidentes, violência, síndrome fetal alcoólica). Sendo o álcool uma substância bastante presente no quotidiano dos jovens, acrescendo ao facto do seu consumo ser geralmente aceite do ponto de vista social, há que adoptar medidas adequadas à realidade de forma a minimizar o risco de danos.

Segundo a DGS (2001), os cuidados de saúde primários ocupam uma posição privilegiada no que se refere à prevenção de problemas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas, pois encontram-se no primeiro nível de assistência no sistema de saúde mantendo um contacto permanente e próximo da população. Por outro lado, os profissionais de saúde que trabalham em cuidados de saúde primários possuem um conhecimento dos estilos de vida da população à qual dão assistência, o que facilita a realização de actividades preventivas e de promoção da saúde.

Reportando-nos agora aos contextos, “a escola é, incontestavelmente, o quadro ideal da prevenção” (Morel et al, 2001, p.239). A escola representa por excelência o lugar de aprendizagem da educação e da socialização. Também a OMS (1989) defende que a escola é um lugar de eleição para intervir educando para a saúde. É possível trabalhar com os alunos, os professores e os pais. Os professores devem ser implicados nas intervenções de educação para saúde, sendo possível articular as questões de saúde com as diversas temáticas a ensinar. No entanto, existem inúmeras dificuldades para a intervenção preventiva do consumo de substâncias nas escolas, que passam pela insuficiência de uma política integradora (Morel et al, 2001).

Relativamente às metodologias e estratégias de prevenção, estas devem ser definidas e estruturadas com base em fundamentação científica e não fruto da improvisação. Para Morel et al (2001) o desenho de uma metodologia geral, aplicável na maioria dos terrenos, e adoptada pela maioria dos autores, integra

quatro fases: diagnóstico, com a definição da problemática e dos objectivos da acção; mobilização de recursos e actores; desenvolvimento da acção e avaliação.

Realço agora a importância da vertente comunitária da prevenção do consumo de substâncias, também defendida por Morel et al (2001), pois este é um problema com determinantes ao nível da educação, saúde, segurança, prazeres festivos, economia, etc.. Logo qualquer tentativa de mudança implica a participação activa de todos os potenciais actores, potenciando os efeitos directos e ampliando o alcance da acção. Torna-se então pertinente o conceito de parcerias e redes locais quando falamos de prevenção do consumo de álcool. Segundo Morel et al (2001, p.256) “a parceria é uma aliança de vontades individuais e associativas à volta da necessidade de identificar e coordenar saberes-fazer.”

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE PELA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A saúde e a educação são dois campos com capacidade de potencialização. Podemos dizer que a educação para a saúde tem como objectivo último a promoção da saúde. Torna-se então pertinente analisar o conceito de saúde, outrora definida como o oposto da doença. No entanto o conceito de saúde tem sido alvo de várias transformações ao longo do tempo, na tentativa de a definir e quantificar. A OMS, em 1945, na Carta Magna, definiu saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Como descreve Carvalho et al (2006), o conceito de saúde sofreu várias transformações ao longo do tempo, verificando-se nessa evolução, a associação a outros conceitos como o de capacidade funcional, adaptabilidade e estados emocionais. Também a revolução industrial e o avanço da ciência com o desenvolvimento da investigação, influíram na definição do conceito de saúde, com o desenvolvimento do modelo cartesiano ou mecanicista. No final da II Guerra Mundial surge uma nova perspectiva baseada no desenvolvimento da saúde e na procura de cada um em ter uma vida melhor. Em suma, e ainda segundo Carvalho et al (2006), o conceito de

saúde influencia a perspectiva de cada um sobre os seus comportamentos de saúde e sobre a noção de educação para a saúde.

Com base nesta visão dinâmica da saúde, influenciada por factores sociais e ambientais, partimos para uma noção de educação para a saúde, baseada no conhecimento dos estilos de vida dos indivíduos, grupos e comunidades, com vista à adopção de comportamentos saudáveis.

Realço a importância da noção de estilos de vida e suas implicações na saúde. Vários estudos têm demonstrado a relação entre os estilos de vida e determinantes da saúde. Realço o estudo realizado por Breslow et al (1965), citado por Sanmartí (1985), que demonstrou existir uma associação significativa entre o risco de morte em indivíduos entre os 30 e os 69 anos e alguns determinantes do estilo de vida, como o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, o sedentarismo, as horas de sono e a alimentação.

Também a OMS (1989) reconhece esta relação entre estilos de vida e saúde, tendo definido um conjunto de metas assentes nesta linha de pensamento, afim de elevar o nível de saúde no mundo, através de um conjunto de estratégias, sendo a educação para a saúde uma delas.

Interessa pois compreender que a educação e a saúde estão intimamente ligadas. Como defende Carvalho et al (2006), elevar o nível de educação individual contribui para elevar o nível de educação comunitária. O mesmo se pode afirmar relativamente à saúde ou seja, elevar o nível de saúde individual, contribui para elevar o nível de saúde comunitária. Acrescenta ainda que um maior nível de educação contribui para um maior nível de saúde.

Então, qualquer acção que vise promover hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis implica a promoção de mudanças ao nível individual e comunitário, sendo que as crenças e as experiências do indivíduo e da população devem ser tidas em consideração (Carvalho et al, 2006).

Interessa também perceber o carácter dinâmico da educação para a saúde, no sentido em que é um processo interactivo, do qual faz parte a participação da comunidade de forma activa e responsável na determinação da sua própria

saúde. Trata-se de estimular e ensinar o indivíduo a pensar e a decidir sobre aspectos determinantes da sua própria saúde (Carvalho et al, 2006).

Outro aspecto a considerar é o da continuidade. Segundo a DGS (2001) o aconselhamento sobre hábitos de vida deve ocorrer no quadro de uma relação de assistência continuada e não em intervenções pontuais.

Com base no que foi dito, voltamos ao início, fazendo referência à promoção da saúde pela educação para a saúde. Havendo diversas opiniões, de diversos autores, relativamente a estes dois conceitos, baseamo-nos na opinião de Carvalho et al (2006) que refere que promoção da saúde é mais abrangente que educação para a saúde, sendo esta um dos instrumentos mais eficazes no processo de promoção da saúde.

3. O ENFERMEIRO COMO AGENTE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Após abordar a problemática do consumo de álcool entre os jovens, a necessidade de agir numa lógica de prevenção, tendo como pano de fundo a promoção da saúde, na vertente específica da educação para a saúde, interessa agora perceber como estes conceitos se enquadram na prática profissional de enfermagem.

Segundo Correia et al (2001), a prática profissional de enfermagem desenvolve estratégias de promoção da saúde, numa perspectiva de melhoria da qualidade de vida. Este autor defende que os enfermeiros têm, reconhecidamente um papel privilegiado, quando se trata de promoção da saúde, pelo vasto conhecimento das necessidades da população e dos recursos existentes na comunidade. Segundo o autor, o enfermeiro é um agente facilitador da mudança que se pretende efectuar.

Também Queiroz (2000) defende que um dos centros da atenção da enfermagem deve ser a promoção da saúde e prevenção da doença, considerando a pessoa como um todo, inserida na família e na comunidade.

O papel do enfermeiro na comunidade “consiste em possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, num processo de crescimento e desenvolvimento” (Carvalho et al, 2006, p.40).

Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006) que tem vindo a ser desenvolvido em Portugal, a promoção de conhecimentos e práticas de saúde, num trabalho conjunto com a escola, evidencia o potencial de actuação do enfermeiro como agente fundamental na consecução dos objectivos e actividades preconizadas. O Programa recomenda a formação de equipas nucleares de saúde escolar, constituídas por médico e enfermeiro, a fim de dar resposta às necessidades da escola e da comunidade educativa.

3.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

O modelo de promoção da saúde de Nola Pender (1987) é o referencial teórico de enfermagem considerado neste projecto, pois tem enfoque nos comportamentos para melhorar a saúde e é aplicável ao longo do ciclo vital.

Este modelo congrega aspectos de várias teorias e modelos de mudança comportamental, defendendo a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamento.

A pessoa é a centralidade deste modelo, a qual se expressa de forma única e pessoal de acordo com os seus esquemas cognitivos, perceptivos e de acordo com os factores promotores da mudança a que é exposta.

A saúde é encarada como um estado positivo, o qual todas as pessoas pretendem alcançar, e define-se de forma individual. É a forma como cada pessoa define saúde, independentemente do conceito teórico genérico.

Da revisão do modelo em 1996, surge um modelo centrado em dez categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde, agrupadas em três grandes grupos: as características e as experiências individuais, as cognições e a afectação do comportamento e o resultado comportamental (Tomey et al, 2005). (Anexo II)

As características e experiências individuais incluem o comportamento anterior relacionado e os factores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais.

As cognições e a afectação do comportamento são modificáveis através das intervenções de enfermagem e estão directamente relacionados com os benefícios da acção percebidos, as barreiras percebidas à acção, a auto-eficácia percebida e a actividade relacionada com a apresentação. As cognições e o comportamento são ainda influenciados pela família, os pares, os prestadores de cuidados, bem como pelas normas, os apoios e os modelos. De considerar ainda as influências situacionais, como as opções, as características exigidas e a estética.

O resultado comportamental está relacionado com o compromisso com um plano de acção com vista à adopção do comportamento de saúde, atendendo às preferências individuais e às exigências a que a pessoa está sujeita.

Todos estes factores são determinantes de uma estratégia planeada que conduz à implementação de um comportamento de saúde (Tomey et al, 2005).

Os principais pressupostos do modelo de Nola Pender, realçam o papel activo da pessoa na gestão dos seus comportamentos de saúde e a sua capacidade de alterar o contexto ambiental. Os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital.

O recurso a este referencial teórico prende-se com o facto de permitir compreender com maior clareza a complexidade dos fenómenos do comportamento de saúde, condição fundamental para delinear estratégias de intervenção cuja finalidade é a promoção da saúde.

CAPÍTULO IV – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo é realizado um enquadramento metodológico do estudo que permitiu perceber qual o envolvimento com o álcool dos sujeitos pertencentes à amostra, conhecimento esse fundamental para a fase de diagnóstico da situação. O estudo para obtenção do diagnóstico foi realizado segundo uma metodologia de investigação, com utilização de um conjunto de métodos e técnicas, tendo como autores de referência Fortin (2003) e Quivy et al (1998).

1. TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo refere-se à “estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade” (Fortin, 2003, p.133).

O presente estudo visa descrever um grupo de sujeitos – Alunos do Curso de Educação e Formação da Escola Secundária da Baixa da Banheira – no que concerne ao seu envolvimento com o álcool.

Trata-se portanto de um estudo descritivo simples e exploratório, transversal, com uma abordagem quantitativa.

2. MEIO

Segundo Fortin (2003), os estudos realizados fora de lugares altamente controlados, como os laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural.

O presente estudo foi realizado na Escola Secundária da Baixa da Banheira, em sala de aula, portanto, em meio natural. A acessibilidade ao meio careceu das autorizações do Ministério da Educação (Serviço de Inovação Educativa) e do Conselho Directivo da Escola Secundária da Baixa da Banheira.

3. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população é o “conjunto de todos os sujeitos (...) tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação.” (Fortin, 2003, p.373). Assim, a população deste estudo são os alunos do Curso

de Educação e Formação da Escola Secundária da Baixa da Banheira, num total de 32 alunos.

A amostra é um “conjunto de sujeitos retirados de uma população” (Fortin, 2003, p.363), sendo junto deste que se realiza a recolha de informação. Assim, a amostra deste estudo é composta por 16 alunos do Curso de Formação e Educação da Escola Secundária da Baixa da Banheira seleccionados segundo um método de amostragem não probabilístico uma vez que “cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 2003, p.208). Os alunos que participaram no estudo foram aqueles que se encontravam na sala de aula no momento da aplicação do instrumento de colheita de dados e que reuniam as condições mínimas exigidas para a participação no estudo, nomeadamente, terem idade superior ou igual a 18 anos ou terem autorização assinada pelos encarregados de educação para participação no estudo. Trata-se de uma amostragem accidental em virtude de ser formada por sujeitos que estão presentes num local determinado, num momento preciso (Fortin, 2003).

No que diz respeito à caracterização, propriamente dita, esta baseia-se em informações sobre o género e a idade. A amostra é constituída por 16 sujeitos, dos quais 14 do sexo masculino e 2 do sexo feminino. A média de idades é de 16 anos para os sujeitos do sexo masculino e de 18 anos para os sujeitos do sexo feminino. (Apêndice I)

4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O inquérito por questionário é especialmente adequado quando o objectivo é o “conhecimento de uma população enquanto tal: as suas circunstâncias e modos de vida, os seus comportamentos, os seus valores e as suas opiniões.” (Quivy et al, 1998, p.191)

No estudo realizado foi aplicado um instrumento de colheita de dados que consiste num inquérito por questionário, a Escala de Envolvimento com o Álcool para adolescentes (AAIS). Trata-se de um questionário de auto-

avaliação com respostas de escolha múltipla, desenvolvido por Mayer e Fielstead, com o objectivo de quantificar o grau de relacionamento dos adolescentes com o uso de álcool. Esta escala encontra-se traduzida para Português e foi avaliada quanto às características psicométricas no estudo realizado por Fonte et al (1999), “Uso da Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes (AAIS). Avaliação das características psicométricas.”. Esta avaliação concluiu que a escala AAIS demonstra uma boa fiabilidade e validade com o Coef. Alfa Cronbach = 0,887. Possui um elevado grau de precisão e de sinceridade das respostas, é capaz de revelar respostas incongruentes e é fácil de administrar.

5. IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Qualquer estudo que implique indivíduos levanta questões éticas e morais. Existe um limite que não pode ser ultrapassado: traduz-se no respeito pela protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano que é. Por esta razão, foram tomadas precauções para proteger as pessoas que colaboraram na investigação.

Estas precauções, baseadas em cinco princípios, estão descritas por Fortin (2003, p.114- 115) da seguinte forma:

- Direito à autodeterminação – o inquirido tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não no trabalho de investigação;
- Direito à intimidade – liberdade para o inquirido decidir livremente sobre o tipo de informação a transmitir ao investigador;
- Direito ao anonimato – garantir o anonimato da identidade do inquirido, e garantir que as informações recolhidas não são associadas às respostas do inquirido;
- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo – garantir a protecção contra qualquer dano físico e psicológico dos inquiridos;
- Direito ao tratamento justo e equitativo - tem o direito de ser informados da natureza, objectivo e duração da investigação, assim como dar a conhecer os resultados.

Para dar cumprimento à protecção dos inquiridos e ao respeito pela instituição, realizei os procedimentos, que passo a descrever:

A aplicação dos questionários foi realizada em sala de aula a todos os alunos com mais de 18 anos de idade ou que tinham autorização formal dos encarregados de educação (Apêndice II), informando que:

- A escolha de participar ou não no estudo é voluntária, se decidir não tomar parte do mesmo, em qualquer momento poderá fazê-lo sem qualquer justificação;
- Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. Todos os dados que poderão, de alguma forma, identificar a pessoa, não serão registados nem utilizados em qualquer base de dados ou outra forma de registo;
- Os resultados do estudo poderão ser apresentados mais tarde, mas os participantes nunca serão identificados. Os resultados do estudo serão postos à disposição a pedido dos interessados.

Para além do exposto, dirigi um pedido de autorização, por escrito, à Direcção da Escola Secundária da Baixa da Banheira (Apêndice III), para aplicação dos questionários.

6. TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados foi realizado estatisticamente e de forma descritiva. Os dados obtidos nos questionários são registados numa folha de cálculo do Programa Informático Microsoft Office Excel, com obtenção do resultado global do questionário para cada aluno e dos resultados parciais para cada item do questionário, ou seja as frequências de resposta para cada item.

CAPÍTULO V – PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia utilizada para a elaboração deste projecto é a Metodologia de Planeamento em Saúde, e utilizando como autores de referência Imperatori e Giraldes (1986). O planeamento em saúde implica uma abordagem integrada, logo assenta numa análise multisectorial da comunidade, na qual os diversos sectores se coordenam, bem como os vários níveis de planeamento: local, regional e central. Ou seja, o planeamento em saúde requer o envolvimento dos serviços de saúde, o envolvimento dos outros sectores que afectam a saúde da população e o envolvimento da própria população. Pode então entender-se o planeamento em saúde como,

“a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.” (Imperatori e Giraldes, 1986, p.6)

Os autores identificam os seguintes tipos de razões para o planeamento em saúde: a escassez de recursos, a necessidade de intervir nas causas dos problemas, a necessidade de definir prioridades, a necessidade de uma intervenção integrada e a necessidade de rentabilizar infra-estruturas e equipamentos.

Antes de iniciar a etapa de diagnóstico propriamente dita, importa conhecer o contexto onde se vai desenvolver todo o projecto, pelo que o subcapítulo que se segue visa dar a conhecer o contexto sócio-demográfico, em termos gerais, da população da freguesia do Vale da Amoreira, bem como a Unidade de Cuidados na Comunidade do Vale da Amoreira e a Escola Secundária da Baixa da Banheira, onde se desenvolveu a intervenção.

1. CONTEXTO

1.1 A Freguesia do Vale da Amoreira

O Vale da Amoreira é uma freguesia do concelho da Moita, distrito de Setúbal, constituída por vários bairros, com uma área total de 2,5 Km² e com uma população de 12 360 habitantes, dos quais 3 000 são população flutuante (INE,

2003). É um território que se caracteriza pela elevada densidade populacional, economicamente pouco favorecida, edificado e espaço público em más condições de conservação e multiculturalidade (riqueza linguística, gastronómica, forte presença de culturas urbanas alternativas, presença de potencial artístico entre a população juvenil) (IHRU, 2009).

Até aos anos 60 o Vale da Amoreira era uma zona de características rurais, altura em que o Fundo de Fomento inicia a construção do edificado para as famílias mais carenciadas da Baixa da Banheira. Passa a ser uma zona de características urbanas, cujas habitações se caracterizam por prédios e moradias com espaços públicos pouco atractivos. Em 1975 ocorre um grande afluxo de população proveniente das ex-colónias portuguesas em África e de outras regiões do país para trabalhar na indústria em expansão no Barreiro. A explosão demográfica permitiu um rejuvenescimento da população que faz com que, actualmente mais de 40% dos seus habitantes sejam jovens com idade inferior a 25 anos. De referir ainda, que de todas as freguesias do concelho da Moita, a do Vale da Amoreira é a que apresenta a maior percentagem de jovens (INE, 2003).

Os dados relativos à nacionalidade da população residente na freguesia do Vale da Amoreira indicam que a maioria da população é portuguesa. Contudo, uma percentagem significativa da população é oriunda de países africanos, nomeadamente Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Moçambique. Um número significativo da população vive em casas superlotadas, manifestando um desenraizamento, quer cultural, quer geográfico. O Vale da Amoreira foi sucessivamente abrangido pelo Plano de Emergência e beneficiou do apoio do Comissariado da Luta Contra a Pobreza e recentemente foi integrado no projecto designado por *Iniciativa Bairros Críticos – Iniciativa de qualificação e reinserção Urbana dos Bairros Críticos* (IHRU, 2009).

1.2. A Unidade de Cuidados na Comunidade do Vale da Amoreira – “Saúde na Rua”

A Unidade de Cuidados na Comunidade “Saúde na Rua”, surge como reflexo da reforma dos cuidados de saúde primários (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de

Fevereiro). Esta unidade abrange a população das freguesias da Baixa da Banheira e do Vale da Amoreira e integra o Agrupamento dos Centros de Saúde da Península de Setúbal III - Arco Ribeirinho. A Unidade de Cuidados na Comunidade visa

“a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (DECRETO-LEI N° 28/2008. DR, I Série. 38 de 22-02- 2008, p.1182-1189).

A Unidade de Cuidados na Comunidade – “Saúde na Rua” é constituída por uma equipa multidisciplinar embora, nesta fase inicial a equipa se encontre reduzida a 4 enfermeiros. As suas áreas de intervenção incluem Intervenção Comunitária, Saúde Escolar e Cuidados Continuados Integrados.

1.3. A Escola Secundária da Baixa da Banheira

A Escola Secundária da Baixa da Banheira funciona desde o ano lectivo de 1977/78 e situa-se na freguesia do Vale da Amoreira. O nome da escola deve-se ao facto de, na altura da sua fundação, o local onde se situa pertencer à freguesia da Baixa da Banheira. Após a constituição da freguesia do Vale da Amoreira, a escola manteve o nome original. É essencialmente frequentada por alunos que vivem na Baixa da Banheira, Vale da Amoreira e Alhos Vedros e pontualmente por alguns provenientes da Moita (Ministério da Educação, 2008). Trata-se de uma escola extremamente heterogénea do ponto de vista populacional, pois nela estão integrados alunos de diversas culturas e costumes: Angola, Moçambique, S. Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau e Cabo Verde. A escola possui equipamento diversificado (laboratórios actualizados, salas de informática, auditórios, centro de recursos educativos, Internet, Biblioteca informatizada) de modo a permitir aos seus alunos o acesso e actualização das matérias curriculares bem como a novas tecnologias e

material multimédia para um melhor enquadramento na sociedade actual (Ministério da Educação, 2008)

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Esta primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde visa ir ao encontro das necessidades de saúde da população estudada, sendo a concordância diagnóstica/necessidades, fundamental para a pertinência do projecto. Só é possível iniciar a intervenção a partir da definição do diagnóstico, o qual deve ser realizado de forma suficientemente rápida, afim de permitir a acção em tempo útil e suficientemente aprofundado para que a intervenção seja adequada e pertinente. O diagnóstico justifica a acção e é o ponto de referência para comparação na fase de avaliação (Imperatori e Giraldes, 1986).

Nesta fase o ponto de partida é o conhecimento do padrão de consumo de bebidas alcoólicas na população jovem num panorama nacional e mundial. A fim de obter esse conhecimento relativamente aos alunos da Escola Secundária da Baixa da Banheira – Vale da Amoreira, que frequentam os Cursos de Educação e Formação, realizei um estudo que me permitiu perceber qual o seu grau de envolvimento com o álcool, cujos resultados passo a apresentar.

2.1. Apresentação e Análise dos Resultados

O inquérito foi aplicado a duas turmas do Curso de Educação e Formação da Escola Secundária da Baixa da Banheira – Vale da Amoreira, numa população total de 32 sujeitos, dos quais 16 responderam ao questionário tendo-se apurado os seguintes resultados: a escala, na sua avaliação global permite-nos classificar cada sujeito quanto ao seu envolvimento com o álcool, sendo que, dos 16 sujeitos que responderam ao questionário, 4 inserem-se na categoria de abstinente, 1 na de bebedor irregular e 11 na categoria de bebedor regular sem problema. (Apêndice IV)

Numa avaliação dos diferentes itens do questionário podemos perceber o comportamento de envolvimento com álcool para o grupo dos sujeitos, ou seja, as respostas com maior representatividade em cada item.

O início dos consumos ocorreu entre os 14 e os 15 anos em 66% dos casos e com amigos ou em casa sem os pais saberem, em 92% dos casos. A curiosidade é a razão mais apontada para justificar a primeira experiência com o álcool, em 83% dos inquiridos.

No grupo dos sujeitos inquiridos, 66% bebem com uma frequência de uma a duas vezes por mês, tendo realizado o último consumo há várias semanas. Habitualmente bebem com os amigos, e à noite, 83% dos casos. As bebidas mais consumidas são a cerveja e os cocktails de bebidas alcoólicas (75% dos casos). No que se refere à quantidade de álcool ingerida nestas ocasiões, varia entre 3 a 6 copos, para 42% dos inquiridos.

No que se refere à auto-percepção relativamente aos consumos de álcool, o efeito mais importante e mais frequentemente referido é o de “ficar moderadamente alegre” e a consequência mais referida é “interferir com o que dizia” (42% dos casos).

Todos os sujeitos inquiridos (100%) considera não ter problemas relacionados com o álcool ou que pode controlar-se e impor limites a si próprio.

Quando questionados sobre a percepção dos outros relativamente ao que bebe, todos (100%) responderam “não sei, ou acham-me um bebedor normal para a minha idade.”

Com base nos resultados apresentados, passo à definição dos problemas identificados, pela maior prevalência de respostas dadas pela amostra:

- Consumo de álcool com critérios de abuso (3 a 6 bebidas na mesma ocasião), com uma frequência de uma a duas vezes por mês;
- Consumo de vários tipos de bebida na mesma ocasião (cerveja e cocktails de bebidas alcoólicas);
- Não reconhecimento do consumo enquanto problema, com riscos ao nível da saúde e ao nível social.

Identificados os problemas torna-se agora necessário ordená-los por prioridade.

3 – MÉTODO DE PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Como método de priorização dos problemas utilizarei o referencial teórico de Imperatori e Giraldes (1986) e o Método de Hanlon (Tavares, 1990).

A análise das prioridades referida por Imperatori e Giraldes (1986) tem por base os critérios magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

Partindo para os problemas diagnosticados, o critério magnitude, visa caracterizar o problema quanto à sua dimensão, relativamente à transcendência é pertinente ponderar o problema por grupos etários e quanto ao critério vulnerabilidade ponderamos a possibilidade de prevenção.

Recorrendo a estes pressupostos, e analisando os problemas definidos, podemos concluir que o critério da transcendência não permite priorizar os problemas identificados, uma vez que, quer o **consumo abusivo de álcool**, quer o **consumo de vários tipos de bebida**, quer o **não reconhecimento dos riscos associados ao consumo de álcool**, assumem a mesma transcendência, tratando-se de adolescentes.

No entanto, recorrendo aos critérios de magnitude e vulnerabilidade, podemos afirmar que o **não reconhecimento dos riscos associados ao consumo de álcool** é o problema mais prevalente na amostra estudada, sendo também o problema mais vulnerável relativamente à prevenção.

Recorrendo ao método de Hanlon (Tavares, 1990), o qual estabelece prioridades com base nos critérios amplitude ou magnitude do problema (A), gravidade do problema (B), eficácia da solução (ou vulnerabilidade do problema) (C), e exequibilidade do projecto (D), chegamos à mesma conclusão.

Iniciando pelo primeiro critério, a amplitude ou a gravidade do problema (A), este refere-se ao nº de pessoas afectadas pelo problema,

- Consumo de álcool com critérios de abuso (3 a 6 bebidas na mesma ocasião), com uma frequência de uma a duas vezes por mês – 42%
- Consumo de vários tipos de bebida na mesma ocasião (cerveja e cocktails de bebidas alcoólicas) – 75%
- Não reconhecimento do consumo enquanto problema, com riscos ao nível da saúde e ao nível social. – 100%

Quando ao segundo critério a gravidade do problema (B), aqui ponderamos em termos de mortalidade, morbidade, criação de incapacidade, custos ou outros como o factor idade que nestes problemas se torna pertinente considerar. Relativamente a este critério, atribuo um peso de 10 aos três problemas identificados, tratando-se de adolescentes, tal como já havia referido.

O terceiro critério, remete-nos para a eficácia da solução (C) a qual é avaliada numa escala de 0,5 a 1,5, na qual 0,5 corresponde a um problema de mais difícil solução.

O consumo com critérios de abuso e o consumo de vários tipos de bebidas na mesma ocasião, não é possível avaliar a alteração ou manutenção desse comportamento, atendendo ao imediatismo do projecto. Logo são problemas com pouco peso relativamente à eficácia da solução, pelo que atribuo a ponderação de 1.

O mesmo não acontece quanto ao reconhecimento dos riscos do consumo de álcool, para o qual é possível intervir e avaliar atendendo à curta duração de implementação do projecto. Logo atribuo a ponderação de 1,5.

O último critério do método de Halon, refere-se à exequibilidade do projecto ou da intervenção (D) integrando 5 componentes: pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade. Apesar do recurso tempo ser um factor importante, do qual não dispomos, principalmente para avaliar alterações de comportamento, entendo que qualquer um dos problemas é exequível de ser trabalhado numa lógica de promoção da saúde, pelo que não excluo nenhum deles relativamente a este critério. Sendo que considerando SIM se atribui o valor 1 e considerando NÃO se atribui o valor 0, atribuo 1 aos três problemas.

Procedendo ao cálculo da fórmula para determinar o valor de prioridade considerada por este método, obtemos os seguintes resultados:

Valor de prioridade (VP) = (A+B) C x D

- **Consumo de álcool com critérios de abuso** (3 a 6 bebidas na mesma ocasião), com uma frequência de uma a duas vezes por mês:

$$VP = (42+10) 1 \times 1 = 52$$

- **Consumo de vários tipos de bebida na mesma ocasião** (cerveja e cocktails de bebidas alcoólicas):

$$VP = (75+10) 1 \times 1 = 85$$

- **Não reconhecimento do consumo enquanto problema, com riscos ao nível da saúde e ao nível social:**

$$VP = (100+10) 1,5 \times 1 = 165$$

A conclusão a que cheguei apenas me indica a prioridade de intervenção para este projecto atendendo à disponibilidade dos recursos, dos quais realço o factor tempo. Como refere Tavares,

“determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico de situação; muito menos que nunca haverá um projecto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos, e/ou financeiros.” (Tavares, 1990, p.101)

4 – DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO

Analisando os resultados à luz do referencial de Nola Pender (1987), as características e experiências individuais traduzem-se num padrão de comportamento associado a factores pessoais, biológicos e sócio-culturais. As características e experiências individuais influenciam as cognições que por sua vez têm acção sobre o comportamento.

Como profissionais de saúde, fazemos parte integrante do ambiente interpessoal. É ao nível das cognições e afectações do comportamento que nos é possível intervir, com a finalidade de promover a saúde, para obtenção do resultado comportamental desejado ou seja, o comportamento de promoção da saúde. Tal como é defendido neste modelo teórico, o presente projecto pretende potenciar o papel activo da pessoa na gestão dos seus comportamentos de saúde e a sua capacidade de alterar o contexto ambiental.

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

Padrão de uso indevido do álcool, manifestado pelo consumo de 3 a 6 bebidas (cerveja e cocktails com álcool) na mesma ocasião, relacionado com o não reconhecimento do consumo enquanto problema, com riscos ao nível da saúde e ao nível social.

Segundo o mesmo modelo teórico, o objectivo é a adopção do comportamento de promoção da saúde, no que se refere às situações que podem conduzir ao consumo abusivo de álcool. A nossa intervenção visa modificar as cognições e afectar o comportamento através da percepção dos benefícios do comportamento de promoção da saúde, diminuindo as barreiras à acção e aumentando a auto-eficácia percebida.

Também é pretendido que os profissionais prestadores de cuidados funcionem como elementos influenciadores, capacitando para a tomada de decisões congruentes com comportamentos promotores de saúde, sendo a potencialização dessa influência também um objectivo do projecto.

Secundariamente, a adopção do comportamento de promoção da saúde pelos jovens envolvidos no projecto, poderá ser ela própria influenciadora para outros jovens, como influência inter-pessoal entre pares.

Assim, com base nestes pressupostos, os objectivos a atingir são os seguintes:

- Informar sobre os riscos do consumo abusivo de álcool e capacitar para estratégias de redução de riscos.

Logo, pretendo atingir a seguinte meta: **Que pelo menos 50% dos sujeitos sejam capazes de identificar riscos relacionados com o consumo abusivo de álcool e estratégias de redução de riscos.**

- Promover a aproximação das entidades da comunidade intervenientes no projecto: a Escola Secundária da Baixa da Banheira – Vale da Amoreira, a UCC - “Saúde na Rua”, nomeadamente a equipa de Saúde Escolar e o IDT,

nomeadamente a Equipa da Área de Missão da Prevenção do centro de Respostas Integradas da Península de Setúbal.

Segundo Imperatori e Giraldes (1986), o objectivo é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível, traduzido em termos de indicadores. Um indicador é uma relação entre uma situação específica e uma população em risco. (Imperatori e Giraldes, 1986). Considerei indicadores referentes ao problema definido, os quais devem traduzir os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Indicadores de resultado:

- Nº de sujeitos que identificou riscos relacionados com o consumo abusivo de álcool.
- Nº de sujeitos que identificou estratégias de redução de riscos relacionados com o consumo abusivo de álcool.

Para além dos indicadores de resultado mencionados, foram definidos indicadores de actividade ou de processo, os quais estão directamente relacionados com as actividades definidas:

- Realização de uma sessão de educação para a saúde, em parceria com as entidades acima referidas.
- Número de participantes na sessão de educação para a saúde.
- Realização de uma reunião entre as três entidades envolvidas no projecto, com vista à realização de um protocolo de parceria.

5 – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

As estratégias deverão reduzir o problema definido como prioritário, atingindo o objectivo definido, por meio de um conjunto de actividades coerentes e organizadas (Imperatori e Giraldes, 1986).

Assim, a estratégia implementada fundamenta-se nas teorias da promoção da saúde pela educação para a saúde e assenta no desenvolvimento de um trabalho em parceria entre:

- A Escola Secundária da Baixa da Banheira – Vale da Amoreira, nomeadamente os professores do Curso de Educação e Formação;
- A UCC - “Saúde na Rua”, nomeadamente a equipa da Saúde Escolar;
- O IDT, nomeadamente a Equipa da Área de Missão da Prevenção do centro de Respostas Integradas da Península de Setúbal.

As actividades a desenvolvidas foram:

- Realização de uma sessão de educação para a saúde com os alunos do Curso de Educação e Formação, nas quais participaram elementos das três entidades acima referidas;
- Realização de uma reunião entre as três entidades intervenientes com o objectivo de propor a realização de um protocolo de parceria para actividades futuras.

A sessão de educação para a saúde utilizou fundamentalmente técnicas de dinâmicas de grupo, nomeadamente jogos para promover a participação e a interacção entre todos os elementos do grupo, num ambiente de descontração e cooperação, como indica a literatura para esta faixa etária.

Pretende-se ainda que a realização desta sessão promova uma maior proximidade entre as entidades da comunidade envolvidas.

6 – PLANO OPERACIONAL - ESPECIFICAÇÃO DAS ACTIVIDADES

6.1. Actividade - Sessão de educação para a saúde

Quem? Participaram na sessão a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária da UCC; a Enfermeira Mestrando em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária; um Professor da Escola Secundária da Baixa da Banheira; dois Técnicos Psicossociais da Equipa de Prevenção do IDT - Centro de Respostas Integradas da Península de Setúbal.

Quando e onde? A sessão realizou-se no dia 25 de Janeiro de 2011, das 14:45h às 16:15h, numa sala de aula da Escola Secundária da Baixa da Banheira, em substituição à aula de informática.

Como? Descrição da sessão de educação para a saúde:

Promover a identificação entre os elementos do grupo (10 minutos):

Com os elementos do grupo dispostos em círculo fechado realizou-se um jogo de apresentação. Esta actividade visou criar um ambiente facilitador da comunicação e da interacção.

Explicar os objectivos da sessão (5 minutos):

Explicitou-se sucintamente o contexto da sessão, os objectivos, as actividades a desenvolver e a duração.

Abordagem dos temas chave (50 minutos):

Os temas chave abordados:

- Mitos e crenças relacionadas com o consumo de álcool;
- Informação objectiva sobre os efeitos do álcool;
- Problemas com o álcool nos adolescentes;
- Como reduzir os riscos do consumo de álcool;
- Reconhecer os primeiros sintomas de dificuldade em controlar o consumo de álcool;
- Como ajudar uma pessoa com problemas de consumo de álcool.

Para abordagem dos temas propostos, promoveu-se a reflexão e a participação do grupo recorrendo à utilização de jogos, à realização de cocktails sem álcool e à exibição de um pequeno filme com informação objectiva sobre os efeitos do álcool, problemas com o álcool na adolescência, como reduzir os riscos do consumo de álcool e como reconhecer os primeiros sintomas de dificuldade em controlar o consumo. Para finalizar procede-se à dinamização de um jogo para abordar o conceito de dependência.

No final de cada actividade promoveu-se a partilha entre todos acerca dos temas abordados.

Síntese e avaliação (15 minutos):

Novamente em círculo fechado, foi solicitado ao grupo que distinguisse os aspectos que considera mais importantes, abordados na sessão, bem como os riscos do consumo de álcool e as estratégias de redução de riscos. Proporcionou-se a oportunidade de esclarecimento de dúvidas ou questões que eventualmente não tenham sido respondidas.

Despedida (10 minutos):

A sessão finalizou agradecendo a presença e a colaboração do grupo e disponibilizando os contactos da equipa da UCC e do IDT.

6.2. Actividade - Reunião entre parceiros do projecto:

Após a sessão as entidades que participaram na sessão reuniram para avaliação da mesma e discutir a possibilidade de estabelecer uma parceria para intervenções futuras.

O professor da Escola Secundária da Baixa da Banheira expressou a sua satisfação face à sessão e ao impacto causado nos alunos, demonstrado pela adesão e participação em todas as actividades, ao longo da sessão. Manifestou interesse em repetir as actividades, alargando a todas as turmas.

Os técnicos do IDT também manifestaram interesse em abranger a Escola Secundária da Baixa da Banheira nas actividades da Equipa de Prevenção, à semelhança do que já é realizado noutras escolas.

A UCC manifestou interesse na parceria, como oportunidade de desenvolver a sua intervenção na área da saúde escolar.

Assim, ficou acordado entre os intervenientes realizar uma proposta formal de realização de um protocolo de parceria entre a UCC - Área de Saúde Escolar e o IDT - Área da Prevenção para um projecto de intervenção a iniciar no próximo ano lectivo, com carácter de continuidade.

7. AVALIAÇÃO

Nesta etapa pretendo determinar o grau de sucesso na consecução dos objectivos definidos, com base nos critérios estabelecidos. Para além desta

“avaliação objectiva, de carácter dedutivo e quantitativo” (Tavares, 1990, p.205), é necessário espelhar aqui também outro tipo de “avaliação do tipo qualitativo, subjectivo, de carácter indutivo.” (Tavares, 1990, p.205).

Procedi à avaliação atendendo aos indicadores de resultado e de actividade estabelecidos. Relativamente à reunião entre os parceiros do projecto a avaliação dos resultados desta actividade é predominantemente qualitativa e informal, atendendo à natureza da acção.

Avaliação da sessão de educação para a saúde:

Meta: Que pelo menos 50% dos sujeitos sejam capazes de identificar riscos relacionados com o consumo abusivo de álcool e estratégias de redução de riscos.

Avaliação dos indicadores de resultado:

- $(N^{\circ} \text{ de sujeitos que identificou riscos relacionados com o consumo abusivo de álcool} / N^{\circ} \text{ total de sujeitos}) \times 100$
- $(N^{\circ} \text{ de sujeitos que identificou estratégias de redução de riscos relacionados com o consumo abusivo de álcool} / N^{\circ} \text{ total de sujeitos}) \times 100$

A sessão decorreu como previsto, observando-se uma boa adesão e participação do grupo às actividades propostas. Na avaliação realizada no final da sessão, todos os elementos do grupo, à excepção de um, souberam enumerar riscos do consumo abusivo de álcool e estratégias de redução de riscos, pelo que os dois indicadores definidos foram alcançados em 85%.

Assim, é possível concluir que a meta de 50% de sujeitos capazes de identificar riscos relacionados com o consumo abusivo de álcool e estratégias de redução de riscos, foi totalmente superada com 85% dos sujeitos a demonstrar os resultados esperados.

Avaliação da reunião entre parceiros do projecto:

Esta avaliação é qualitativa e informal, com base na reunião realizada entre as três entidades parceiras no projecto e com base nos contactos realizados posteriormente.

Todas as entidades manifestaram interesse em desenvolver o projecto no futuro, com carácter de continuidade. Dos contactos que se seguiram à reunião entre a UCC e a Equipa de Prevenção do IDT, resultou a decisão de propor a formalização de um protocolo de parceria entre o IDT e o ACES do Arco Ribeirinho, com o objectivo de intervir em promoção da saúde, ligada à prevenção do consumo de substâncias, em meio escolar.

No âmbito deste projecto é feita a avaliação possível tendo em conta o imediatismo do estágio, tendo-se conseguido promover a aproximação entre as entidades intervenientes.

Para o futuro fica a proposta de reavaliar este objectivo num prazo de 6 meses, para avaliação da celebração do protocolo e no prazo de um ano, para avaliação das actividades realizadas e dos ganhos em saúde no âmbito da promoção da saúde, ligada à prevenção do consumo de substâncias.

Avaliação dos indicadores de actividade:

Os indicadores de actividade ou de processo definidos foram alcançados pela realização efectiva de uma sessão de educação para a saúde, e com a realização efectiva da reunião entre as três entidades envolvidas no projecto: a Escola Secundária da Baixa da Banheira – Vale da Amoreira, a UCC, nomeada a equipa de Saúde Escolar e o IDT, nomeadamente a Equipa da Área de Missão da Prevenção do centro de Respostas Integradas da Península de Setúbal.

Relativamente ao número de participantes na sessão de educação para a saúde, tendo em conta a população que participou no estudo, eram esperados 16 elementos tendo comparecido 7. Podemos concluir que a sessão teve uma abrangência de 44% da amostra do estudo.

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DO PROJECTO

1. ASPECTOS POSITIVOS, DIFICULDADES, CONSTRANGIMENTOS

Como aspectos positivos do projecto desenvolvido realço em primeiro lugar a apreensão de conhecimentos por parte da população alvo, relacionados com os riscos do consumo de álcool e estratégias de redução de riscos. Segundo o modelo teórico de enfermagem utilizado, é ao nível das cognições e afectações do comportamento que nos é possível intervir, tendo como finalidade comportamentos de promoção da saúde. Esta foi a avaliação possível atendendo ao curto período em que decorreu o trabalho, não sendo possível avaliar alterações de comportamento nem eventuais ganhos em saúde. No entanto, como refere Tavares (1990), a partir da avaliação realizada pode nascer um novo diagnóstico de situação, com novas exigências, novas acções, novos planos e com programas e projectos ainda mais inovadores.

A aproximação das entidades da comunidade intervenientes neste projecto podendo resultar na celebração de um protocolo de parceria, pode fazer emergir novas respostas às necessidades, com o surgimento de novos projectos, mais ambiciosos e inovadores, conduzindo a uma actuação estruturada e concertada, no âmbito da promoção da saúde dos jovens, associada ao consumo de substâncias.

Outro aspecto positivo que não posso deixar de referir é o aumento da visibilidade do trabalho do enfermeiro no âmbito da saúde escolar, quer para a comunidade educativa onde se desenvolveu o projecto quer para os profissionais da UCC. Também sublinho a maior sensibilização dos professores da escola para o problema dos consumos em geral e especificamente os consumos de álcool, com a noção de que é possível intervir trabalhando em parceria com as entidades de saúde da comunidade.

As competências adquiridas com todo o trabalho, especialmente aquelas que se referem às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Comunitária, as quais especificarei adiante, são mais um aspecto positivo que quero destacar.

Relativamente às dificuldades e constrangimentos sentidos durante o projecto, destaco a pouca receptividade da escola para acolher o projecto e até alguma resistência à sua implementação, nomeadamente na fase de diagnóstico de situação. Surgiram dificuldades na obtenção de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados. Esta dificuldade foi ultrapassada após parecer positivo do Ministério da Educação, Direcção dos Serviços de Inovação Educativa, Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar. Também surgiram dificuldades no acesso aos alunos, pois nas turmas alvo do projecto (Cursos de Educação e Formação) verifica-se um elevado nível de absentismo, pelo que foi difícil reunir um grupo significativo de alunos.

Por outro lado, a ausência de um programa estruturado e de continuidade para intervenção nas escolas por parte da UCC não facilitou o acesso ao contexto e a mobilização dos professores para o projecto.

Estas dificuldades influenciaram logo à partida a dimensão da população alvo e da amostra com consequências no desenvolvimento do projecto e nos resultados atingidos.

2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste ponto da discussão do projecto, pretendo dar visibilidade às competências adquiridas ao longo de todo o percurso, tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, definidas pela Ordem dos Enfermeiros. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Como ponto de partida para o desenvolvimento do projecto considero fundamental ter a noção que a enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. Esta prática globalizante e centrada na comunidade requer por parte do enfermeiro um conhecimento das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, a par da capacidade de desenvolver respostas adequadas proporcionando ganhos em

saúde. Assim, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária necessita de competências que permitam

“participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução dos projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Actuando em múltiplos contextos, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, desenvolve actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem a comunidade. No desenvolvimento dessas actividades, privilegia uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, estabelecendo as articulações necessárias.

Passo então a analisar o trabalho desenvolvido no estágio do Curso Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, à luz das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros. O projecto desenvolvido ao longo do estágio utilizou a metodologia de planeamento em saúde com todas as fases que a constituem: elaborar o diagnóstico, estabelecer as prioridades em saúde, formular objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas, estabelecer programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e proceder à sua avaliação. O desenvolvimento de todo este processo permitiu a aquisição de competências que permitem avaliar o estado de saúde de uma comunidade realizando o planeamento em saúde de acordo com as suas diferentes etapas.

Atendendo à complexidade dos problemas de saúde, como é o caso do consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens e todas as suas repercussões, torna-se fundamental o trabalho em parceria, mobilizando parceiros comunitários na identificação e resolução do problema. Foi atendendo a este pressuposto que se desenvolveram esforços no sentido de aproximar as

diferentes entidades que intervieram no projecto procurando chegar a um protocolo de parceria para intervenções futuras.

Uma vez que o projecto implicou a mobilização de vários profissionais no estabelecimento da parceria, posso então dizer que para os resultados deste projecto contribuíram conhecimentos de diferentes disciplinas, com a participação de diferentes profissionais (enfermagem, educação e ciências sociais).

O projecto desenvolvido interveio fundamentalmente no âmbito da prevenção do consumo de bebidas alcoólicas e promoção da saúde, capacitando o grupo alvo da intervenção para o conhecimento dos riscos do consumo de álcool e estratégias de redução de riscos.

Realço então como competências adquiridas, o trabalho em parceria desenvolvido no planeamento, coordenação, dinamização e avaliação de um projecto no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde. Ao longo do projecto procurei documentar de forma sistemática a intervenção, recorrendo a referenciais teóricos e estruturas conceptuais no âmbito da promoção e educação para a saúde.

Todo o trabalho desenvolvido, quer na actividade com os jovens, quer na articulação entre as entidades parceiras da comunidade, visa contribuir para a capacitação do grupo e da comunidade na consecução de um projecto de saúde colectivo: a prevenção do consumo de álcool entre os jovens. O projecto de saúde colectivo enquadra-se nos objectivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (2004), tentando dar resposta a uma problemática já identificada e definida como prioritária na realidade portuguesa. Como já foi explicitado na caracterização do problema, o projecto é enquadrado pelo Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (DGS, 2003) no Plano Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006) e no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (IDT, 2010), numa lógica de integração e cooperação com os diferentes programas de saúde. Assim, considero ser esta uma competência adquirida, a integração na consecução nos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO

A promoção da saúde aliada à prevenção dos problemas ligados ao álcool em meio escolar, constitui um desafio para nós, enfermeiros com intervenção na comunidade, uma vez que põe em evidência as dificuldades e limitações das estruturas da comunidade e dos profissionais de saúde para lidar com o problema. As intervenções realizadas nem sempre produzem os resultados desejados, ou os resultados nem sempre são fáceis de quantificar a curto e a médio prazo.

A promoção da saúde em geral, e concretamente a prevenção dos problemas ligados ao álcool em meio escolar, é um processo demorado, que implica que os profissionais desenvolvam competências técnicas e científicas implementando intervenções integradas e integradoras, de trabalho em parceria com diferentes estruturas e sectores da comunidade. Implica ainda uma capacidade de olhar a longo prazo, de forma objectiva, numa lógica de avaliação e reestruturação constante dos objectivos e das estratégias, mediante os resultados que vão sendo alcançados.

O estágio realizado no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, exigiu a mobilização de todas as competências adquiridas nas Unidades Curriculares que antecederam o estágio. O estágio e a elaboração do respectivo relatório, com o desenvolvimento de um projecto fundamentado em referenciais teóricos, implicaram um esforço de crescimento, procurando ir ao encontro das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, sendo que a avaliação resultante da reflexão final, se revela bastante positiva.

No final deste relatório, o sentimento que predomina não é o de trabalho finalizado, mas sim o do início de uma nova etapa, num mundo de oportunidades de desenvolvimento profissional e pessoal, colocando ao serviço das pessoas beneficiárias dos nossos cuidados, as competências adquiridas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BREDA, João; BARRIAS, José; MELLO, M. Lucília (2001) - **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**. Lisboa: DGS. ISBN:972-9425-93

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) – **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência. ISBN: 972 8930-22-4

CORREIA, Cristina [et al] (2001) - Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Volume Temático 2 (2001). 75-82

DECRETO-LEI Nº 28/2008. **DR, I Série**. 38 (22-02- 2008) 1182-1189

FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson C. (2008) – **Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e outras Drogas. Gestão de Problemas de Saúde em meio Escolar**. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN: 978-972-8710-98-9

FONTE, Aníbal; ALVES, Alda (1999) – Uso da Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes (AAIS). Avaliação das Características Psicométricas. **Alcoologia, Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia**. Lisboa. Volume VII, N.º 4 (1999). 23-33

FORTIN, Marie-Fabienne (2003) – **O Processo de Investigação. Da concepção à realidade**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria (1986) – **Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais, e locais**. 2ª Edição, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA, IP (2010) – **Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012**. Lisboa: IDT,IP

INSTITUTO DA HABITAÇÃO E REABILITAÇÃO URBANA (2009) - **Iniciativa Bairros Críticos e as experiências de intervenção sócio-territorial em Portugal**. Lisboa: IHRU. Disponível em <http://www.portaldahabitacao.pt/pt/ibc> [consult. 3 Abr. 2011]

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2003) – **Censos 2001**. Lisboa: INE. ISBN 972-673-602-1.

MARQUES, Manuel S. (2008) – **Marcos Transhistóricos do Álcool**. Lisboa: Angelini Farmacêutica. ISBN: 978-072-99417-3-3

MOREL, Alain; [et al] (2001) – **Prevenção das Toxicomanias**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-8449-91-7

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1989) – **Educacion para la salud, Manual sobre educación sanitária en atención primaria de salud**. Genebra: OMS. ISBN: 92 4 354225 7

PENDER, Nola J. (1987) – **Health Promotion in Nursing Practice**. 2ª Ed. Connecticut: Apleton & Lange. ISBN: 0-8385-3674-3

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2004) – **Plano Nacional de Saúde**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

PORTUGAL. Ministério da Educação (2008) - **Escola Secundária da Baixa da Banheira Projecto Educativo 2008-2011**. Lisboa: Direcção Regional de

Educação de Lisboa e Vale do Tejo. Disponível em http://esbb.pt/modules/tinycontent/pdf/PE2008_2011.pdf [consult. 3 Abr. 2011]

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2001) – **Guias de Educação e Promoção da Saúde**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN: 972-9425-92-2

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2003) - **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2006) - **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 978-972-675-153-3

QUEIROZ, Ana. (2000)– Reflexões sobre os modelos e teorias em enfermagem. Como ensinar - Como aplicar. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º29 (2000). 15-17.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1998) – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª Ed. Lisboa: Gradiva – Publicações Lda.

SANMARTÍ, Sílvia (1985) – **Educación Sanitária. Principios, métodos e aplicaciones**. Barcelona: Ediciones Diaz de santos.

TAVARES, António (1990) – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: MS, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

TOMEY, Ann; [et al] (2005) – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6

UCC VALE AMOREIRA - **Plano de Acção da UCC Saúde na Rua 2010-2012**. 2010. Acessível na Unidade de Cuidados na Comunidade do Vale da Amoreira, Vale da Amoreira, Portugal.

VICTOR, Janaína; LOPES, Marcos; XIMENES, Lorena (2005) – Análise do Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol. 18, nº3 (Julho-Setembro de 2005), 235-240

WHO (2006) – **Frame work for alcohol policy in the WHO European Region**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Caracterização da Amostra

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Quadro 1. Distribuição da amostra por género

Género	Frequência absoluta	Frequência relativa
Masculino	14	87,5%
Feminino	2	12,5%

Quadro 2. Distribuição da amostra por idades e género

Idade	Total	Masculino	Feminino
14-15	5	5	0
16-17	6	5	1
18-19	5	4	1

Quadro 3. Média de idades por género e desvio padrão

	Total	Masc.	Fem.
N	16	14	2
Média de idades	16	16	18
Desvio Padrão	1,7	1,7	1

APÊNDICE II – Pedido de autorização aos encarregados de educação para aplicação dos questionários.

Exmo. Sr. Encarregado de Educação:

Chamo-me Ana Sequeira e estou a desenvolver um trabalho no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária que visa promover a adopção de comportamentos saudáveis relativamente à problemática do álcool, por parte dos jovens e adolescentes.

Solicito autorização para que o seu educando possa participar no preenchimento de um questionário.

O preenchimento deste questionário é **voluntário** e as respostas obtidas são tratadas de forma **anónima e confidencial**.

Desde já manifesto o meu agradecimento pela sua atenção e disponibilidade.

Vale da Amoreira, Novembro de 2010.

(Ana Sequeira)

Autorizo

Não autorizo

O Encarregado de Educação

APÊNDICE III – Pedidos de autorização à Escola Secundária da Baixa da
Banheira para aplicação dos questionários.

Vale da Amoreira, 22 de Outubro de 2010

Ex.mo Sr. Director da Escola Secundária da Baixa da Banheira

Chamo-me Ana Cristina Oliveira Arroja Sequeira, sou enfermeira e exerço funções no Instituto da Droga e da Toxicodependência/Equipa de Tratamento do Barreiro. Estou a realizar o Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Neste âmbito estou a realizar um estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade do Vale da Amoreira, na área da saúde escolar, que consiste na realização de um projecto de promoção da saúde dirigido a jovens, relativamente à problemática do consumo de bebidas alcoólicas.

Venho solicitar autorização para aplicação de um inquérito por questionário a duas turmas do Curso de Educação e Formação (CEF) da Escola Secundária da Baixa da Banheira, que visa realizar o diagnóstico quanto à adopção de comportamentos de risco e de protecção, relativamente à problemática do consumo de bebidas alcoólicas.

Anexo uma súmula do projecto, o questionário e o pedido de autorização para os encarregados de educação, no caso dos alunos menores.

Deixo os meus contactos para os quais poderá fazer chegar a resposta ao meu pedido: telem. 91 603 81 17; e-mail: 7na.ruaf@gmail.com

Desde já manifesto o meu agradecimento pela sua atenção e disponibilidade.

Atenciosamente,

(Ana Sequeira)

Vale da Amoreira, 16 de Novembro de 2010

Ex. Mo Sr. Director da Escola Secundária da Baixa da Banheira

Chamo-me Ana Cristina Oliveira Arroja Sequeira, sou enfermeira e estou a realizar um estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade do Vale da Amoreira, na área da saúde escolar, que consiste na realização de um projecto de promoção da saúde dirigido a jovens, relativamente à problemática do consumo de bebidas alcoólicas.

Venho por este meio renovar o pedido de autorização para aplicação de um inquérito por questionário a duas turmas do Curso de Educação e Formação (CEF) da Escola Secundária da Baixa da Banheira, que visa realizar o diagnóstico quanto à adopção de comportamentos de risco e de protecção, relativamente à problemática do consumo de bebidas alcoólicas.

Anexo o questionário acompanhado da autorização do Ministério da Educação/Serviços de Inovação Educativa/Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar, bem como o pedido de autorização para os encarregados de educação, no caso dos alunos menores.

Deixo os meus contactos para os quais poderá fazer chegar a resposta ao meu pedido: telem. 91 603 81 17; e-mail: ana.ruaf@gmail.com

Desde já manifesto o meu agradecimento pela sua atenção e disponibilidade.

Atenciosamente,

(Ana Sequeira)

APÊNDICE IV – Resultados Globais da Escala AAIS

RESULTADOS GLOBAIS DA ESCALA AAIS

Pontuação	Categoria	Total	Masc.	Fem.
0 pontos	Abstinentes	4	4	0
1_19 pontos	Bebedores irregulares	1	1	0
20-41 pontos	Bebedores habituais sem problemas	11	9	2
42-57 pontos	Bebedores habituais com problemas	0	0	0
58-74 pontos	<i>alcoholic like</i>	0	0	0

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados.

Caro (a) estudante!

Chamo-me Ana Sequeira, sou enfermeira a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade do Vale da Amoreira, no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária.

Venho pedir a tua colaboração no preenchimento de um questionário para a realização de um estudo no âmbito da prevenção do consumo de bebidas alcoólicas em meio escolar.

O preenchimento deste questionário é **voluntário** e as respostas obtidas são tratadas de forma **anónima e confidencial**.

Agradecendo desde já a tua colaboração, sem a qual não é possível realizar este estudo, solicito que **respondas a todas as questões de forma sincera e espontânea**, seguindo as instruções apresentadas. Não existem respostas certas ou erradas. A melhor resposta é a tua opinião sincera e pessoal.

Desde já manifesto o meu agradecimento pela tua atenção e disponibilidade.

Vale da Amoreira, Novembro de 2010.

(Ana Sequeira)

Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes (AAIS)

1 - Com que frequência costuma tomar bebidas alcoólicas?

- a) - Nunca.
- b) - 1 ou 2 vezes por ano.
- c) - 1 ou 2 vezes por mês.
- d) - Todos os fins-de-semana.
- e) - Várias vezes por semana.
- f) - Todos os dias.

2 - Quando tomou o seu último "copo"?

- a) - Nunca bebi.
- b) - Há mais de um ano.
- c) - Entre 6 meses e um ano.
- d) - Há várias semanas atrás.
- e) - A semana passada.
- f) - Ontem.
- g) - Hoje.

3 - Habitualmente começo a beber:

- a) - Porque gosto do paladar.
- b) - Para acompanhar os amigos.
- c) - Para sentir-me como os adultos.
- d) - Porque me sinto nervoso, tenso, cheio de aborrecimento ou com problemas.
- e) - Porque me sinto triste, só, com pena de mim próprio.

4 - O que é que bebe?

- a) - Vinho.
- b) - Cerveja.
- c) - Cocktails de bebidas alcoólicas.
- d) - Bagaço, brandy, whisky ou licores.

5 - Como começou a beber?

- a) - Na presença dos pais ou parentes.
- b) - Com os irmãos ou irmãs.
- c) - Em casa sem os pais saberem.
- d) - Com os amigos.
- e) - Comprada por mim.

6 - Quando bebeu pela primeira vez?

- a) - Nunca.
- b) - Recentemente.
- c) - Depois dos 15 anos.
- d) - Entre os 14 e os 15 anos.
- e) - Entre os 10 e os 13 anos.
- f) - Antes dos 10 anos.

7 - A que horas do dia costuma beber?

- a) - Com as refeições.
- b) - À noite.
- c) - De tarde
- d) - Normalmente de manhã ou com o pequeno-almoço.
- e) - Muitas vezes levanto-me durante a noite e bebo um copo.

8 - Da primeira vez que bebeu porque razão o fez?

- a) - Por curiosidade.
- b) - Porque me foi oferecido pelos pais ou família.
- c) - Entusiasmado pelos amigos.
- d) - Para me sentir mais "maduro".
- e) - Para me embebedar ou para entrar "numa boa".

9 - Quando bebe, quanto bebe?

- a) - 1 copo ou menos.
- b) - 2 copos.
- c) - 3 a 6 copos.
- d) - 6 ou mais copos.
- e) - até ficar alegre ou bêbado.

10 - Com quem costumava beber?

- a) - Só com os meus pais ou família.
- b) - Só com os meus irmãos ou irmãs.
- c) - Com os amigos da minha idade.
- d) - Com amigos ou companhias mais velhas.
- e) - Bebo sozinho.

11 - Qual o efeito mais importante que já teve com a bebida?

- a) - Descontrair-me.
- b) - Ficar moderadamente alegre.
- c) - Ficar bêbado.
- d) - Ficar doente.
- e) - Desmaiar, perder os sentidos.
- f) - Beber muito e não me lembrar de nada no dia seguinte.

12 - Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida?

- a) - Nenhum - não senti qualquer efeito.
- b) - Interferiu com o que dizia.
- c) - Não me deixou passar um bom bocado.
- d) - Interferiu com o meu trabalho escolar.
- e) - Perdi alguns amigos por beber bebidas alcoólicas.
- f) - Provocou-me problemas em casa.
- g) - Meti-me à pancada ou destruí coisas.
- d) - Provocou-me um acidente, ferimentos, problemas com a polícia ou fui castigado na escola.

13 - Como se sente em relação ao que bebe?

- a) - Sem problemas.
- b) - Posso controlar-me e impor limites a mim próprio.
- c) - Acho que posso controlar-me, mas os amigos influenciam-me com facilidade.
- d) - Tenho-me sentido mal comigo por beber.
- e) - Preciso que me ajudem para poder controlar-me.
- f) - Já tive de pedir ajuda ou que me tratassem por causa do que bebo.

14 - Como o acham os outros?

- a) - Não sei, ou acham-me um bebedor normal para a minha idade.
- b) - Acham que quando bebo tenho tendência a negligenciar a minha família ou os amigos.
- c) - A família e/ou os amigos já me disseram para me controlar melhor, ou para cortar com o álcool.
- d) - A família e/ou os amigos já me aconselharam a procurar ajuda por causa do que bebo.
- e) - A família e/ou os amigos já alguma(s) vez(es) pediram ajuda para mim por causa da bebida.

MUITO OBRIGADA PELA TUA COLABORAÇÃO.

ANEXO II – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, retirado de Tomey (2005)

