



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool

Numa População Estudante de Lisboa

Ana Teresa Pedra Afonso Maligno

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool

Numa População Estudante de Lisboa

Ana Teresa Pedra Afonso Maligno

Orientado(a) por:

Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas

2012

“Quando as velhas eram jovens, fumava-se e bebia-se mais ou menos do que agora? Creio que não sabemos. Consumia-se mais ou menos drogas? Tão pouco podemos estar seguros. Uma coisa é certa: se há crianças e jovens que fumam, que consomem álcool ou outras substâncias psicoactivas, então estamos perante um problema grave face aos dias que hão-de vir para esses jovens e crianças e para o futuro da sociedade.”

Luís Capucha (2007)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho resulta de um esforço e envolvimento, directo ou indirecto, de várias pessoas que sem as quais seria inatingível.

O caminho percorrido faz parte de um sonho de sublimação pessoal e profissional e por isso agradeço sinceramente:

À Professora Doutora Lourdes Varandas pela disponibilidade e orientação dedicada, bem como pelos desafios propostos que me fizeram almejar a excelência e superar o que à partida parece intransponível.

Ao Sr. Enfermeiro Rogério Dinis pelo apoio incondicional, disponibilidade e companheirismo, que me nortearam em momentos fundamentais.

Ao IP e CED em questão, nomeadamente ao Doutor Carlos Garrett pelo seu envolvimento integral desde o início deste projecto e que se revelou contagiante.

Às professoras do CED pela disponibilidade e envolvimento demonstrados.

Aos alunos e respectivas famílias que aceitaram participar no projecto.

À Sr.^a Enfermeira Conceição Calheiros, companheira em todas as horas com sábias palavras e pensamento sempre positivo.

Às colegas Elsa Rosa e Dina Pinto pelos momentos hilariantes partilhados neste percurso: conseguimos!

Por último, mas mais importante, agradeço do fundo do coração à minha família que sempre me apoiou em todos os passos que dei.

Ao Diogo e à Matilde mais que obrigada peço-vos desculpa por todos os momentos de ausência e pouca disponibilidade.

A ti Luis, não há palavras que possam alguma vez descrever a minha gratidão e admiração.

Obrigada

RESUMO

A evidência demonstra que os consumos de álcool são um facto globalmente enraizado. A adolescência é considerada uma fase propícia ao início deste comportamento em que as consequências inerentes podem eventualmente comprometer o presente e futuro destes jovens. Impõem-se medidas preventivas e de promoção de saúde como forma de consciencializar e capacitar esta população face a este problema.

Neste contexto e no âmbito do II Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da ESEL, procedemos ao desenvolvimento e implementação de um Projecto de Intervenção Comunitária. Este, foi realizado no ACES II Lisboa Oriental, enquadrado no Programa de Saúde Escolar, e teve como objectivo *contribuir para a literacia em saúde, prevenindo os problemas ligados ao consumo de álcool*. A população fora os adolescentes a frequentar o 7º ano de escolaridade, num total de 41 alunos, de um Centro de Educação e Desenvolvimento de Lisboa.

A metodologia utilizada foi o Processo de Planeamento em Saúde, e o Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender constituiu-se basilamente como referencial teórico norteador.

Para o diagnóstico de situação, aplicámos o Questionário Sobre Consumos de Bebidas Alcoólicas na População Juvenil (Barbosa, 1990) aos alunos que aceitaram participar no projecto e que obtiveram autorização dos encarregados de educação para esse efeito.

Através de um processo de Comparação por Pares, identificámos o défice conhecimentos sobre o consumo de álcool e riscos inerentes como problemas prioritários.

Tratando-se de uma intervenção ao nível primário em *setting* escolar, optou-se por uma metodologia de intervenção dirigida a grupos, em que a estratégia eleita foi a Educação para a Saúde considerando os diferentes domínios da aprendizagem.

A avaliação da intervenção, de acordo com os indicadores de processo e actividade, sugere alterações significativas ao nível das cognições, o que nos leva a admitir futuros ganhos em saúde na população abrangida.

Palavras-Chave: Adolescentes, consumo de álcool, problemas, promoção de saúde

ABSTRACT

The evidence shows that consumption of alcohol is a fact generally rooted. Adolescence is considered a stage propitiates for the beginning of this behavior and the consequences that may eventually occur compromise the present and future of these young people. Preventive and health promotion measures are necessary as a way to raise awareness and empower this population to face this problem.

In this context and within the II Master of Nursing of Professional Nature - Specialization in Communitary Nursing from ESEL, we proceed to the development and implementation of a Community Intervention Project. This was held in ACES II Lisbon Eastern, framed in the School Health Program, and aimed to contribute to health literacy, preventing this way, problems related to alcohol consumption. The young people were attending the 7th grade, a total of 41 students, of a Centre for Education and Development in Lisbon.

The methodology used was the Planning Process in Health, and Health Promotion Model of Nola Pender was fundamentally the theoretical reference guiding.

For the diagnosis of the situation, we applied the Questionnaire About Alcohol Consumption in Juvenile Population (Barbosa, 1990) to students who agreed to participate in the project and have received authorization from carers for this purpose.

Through a process of Comparison by Pairs, we identified a knowledge deficit about the consumption of alcohol and risks associated as priority problems.

In the case of an intervention at primary level in the school setting, we opted for a methodology of intervention aimed at groups, and the strategy chosen was the Health Education, considering the different domains of learning.

The evaluation of the intervention, according with the process and activity indicators, suggests significant changes in terms of cognitions, which leads us to admit future health gains in the target population.

Keywords: adolescents, alcohol use, problems, health promotion

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	14
2. PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	22
4. METODOLOGIA.....	27
4.1 Diagnóstico de Situação de Saúde	27
4.1.1 Instrumento de colheita de dados	29
4.1.2 Análise de dados e principais resultados	30
4.1.3 Identificação de problemas	32
4.2 Definição de Prioridades	33
4.3 Fixação de Objectivos	35
4.4 Selecção de Estratégias.....	36
4.5 Preparação da Execução e Implementação	39
4.6 Avaliação	42
5. QUESTÕES ÉTICAS.....	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
6.1 Competências Desenvolvidas	47
6.2 Limitações do Projecto	48
7. BIBLIOGRAFIA	50
APÊNDICES.....	55
ANEXOS.....	113

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma do projecto de intervenção	56
Apêndice II - Pedido de autorização para utilização do Questionário.....	58
Apêndice III - Folha de rosto do Questionário	60
Apêndice IV - Consentimento Informado	62
Apêndice V - Tabelas dos resultados relevantes da aplicação do questionário	64
Apêndice VI - Tabelas de Comparação por Pares dos peritos	75
Apêndice VII - Tabela geral de Comparação por Pares	79
Apêndice VIII - Quadro de estratégias delineadas	81
Apêndice IX - Diapositivos apresentados na Sessão de Educação para a Saúde "Álcool? Não Obrigado!"	83
Apêndice X - Folheto informativo.....	93
Apêndice XI - Situação problema contada na Sessão de Educação para a Saúde "Era uma vez..."	95
Apêndice XII - Cartazes informativos construídos pelos grupos na Sessão de Educação para a Saúde "Sabias que..."	99
Apêndice XIII - Planos das Sessões de Educação para a Saúde	104
Apêndice XIV - Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde	108
Apêndice XV - Evolução registada ao nível das cognições.....	111

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I- Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender..... 114

Anexo II- Questionário Sobre Consumos de Bebidas Alcoólicas na População Juvenil. 116

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Distribuição dos sujeitos por turma e género	28
Quadro II - Distribuição dos sujeitos por género e ano de nascimento	29
Quadro III - Problemas identificados e diagnóstico CIPE®	33
Quadro IV - Especificação detalhada da sessão de educação para a saúde "Álcool? Não obrigado!"	39
Quadro V - Especificação detalhada da sessão de educação para a saúde "Era uma vez..."	40
Quadro VI - Especificação detalhada da sessão de educação para a saúde "Sabias que..."	40
Quadro VII - Percentagem de alunos que no final da intervenção identifica 5 efeitos nocivos e 5 riscos inerentes ao consumo de bebidas alcoólicas	43

Siglas e Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACS – Alto Comissariado da Saúde

CED – Centro de Educação e Desenvolvimento

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IP – Instituto Público

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

Projecto SPA – Projecto de prevenção do consumo de Substâncias Psicoactivas

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO –World Health Organization

INTRODUÇÃO

A consciencialização da influência dos determinantes da saúde bem como a evolução registada ao nível da saúde de forma global apontam uma mudança de paradigma rumo a abordagens holísticas centradas na comunidade e na resolução dos seus problemas. Neste contexto, pretende-se promover a criação de ambientes e estilos de vida saudáveis que se revelem benéficos para os seus elementos, uma vez que estes factores são potencialmente decisivos.

Os estilos de vida estão na origem de várias doenças que ocupam uma posição de destaque relativamente a taxas de referência tais como a morbilidade e mortalidade. De entre os vários factores a considerar relativamente aos estilos de vida, o consumo de álcool emerge como prioritário. As consequências advindas do seu abuso abatem-se aos mais variados níveis, sendo um problema comum, transversal a várias fases do desenvolvimento humano. Em Portugal este facto assume contornos preocupantes uma vez que os níveis de consumo são consideravelmente altos, mesmo nas faixas etárias mais jovens.

Vários autores identificam o período da adolescência como um momento favorável ao início deste comportamento, o que acarreta consequências no presente e futuro destes jovens.

Numa perspectiva preventiva exige-se o investimento em intervenções dirigidas ao início precoce do consumo de álcool, sendo que neste campo os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária podem desempenhar um papel fundamental. Estes profissionais, alicerçados num percurso de formação especializada, desenvolveram competências que lhes permite intervir com base em modelos de capacitação e empowerment das comunidades, que conduzam a ganhos efectivos na saúde da população visada. Destes técnicos espera-se que estejam preparados para planear, implementar e avaliar intervenções que respondam às necessidades da população ao mesmo tempo que garantem a continuidade e qualidade dos cuidados bem como a equidade na prestação dos mesmos.

Baseado nestes pressupostos, a prevenção dos problemas ligados ao consumo de álcool constituiu o foco de intervenção do Projecto de Estágio de Enfermagem

Comunitária e da Família que se desenvolveu no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem, desenvolvido em contexto da Saúde Escolar no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) II Lisboa Oriental entre Setembro de 2011 e Fevereiro de 2012 (Apêndice I). O referido projecto teve por objectivo geral contribuir para a literacia em saúde dos jovens estudantes do 7º ano de escolaridade, num Centro de Educação e Desenvolvimento (CED), prevenindo desta forma os problemas ligados ao consumo de álcool na população supracitada.

A Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório teve por objectivo o desenvolvimento de competências especializadas inerentes à Enfermagem Comunitária, privilegiando estratégias de acordo com o contexto de intervenção, almejando um melhor nível de saúde do grupo/comunidade. O percurso realizado aliado aos 9 anos de experiência em projectos de intervenção comunitária permitem neste momento alcançar o patamar de proficiência e considerar os objectivos atingidos.

A metodologia do planeamento em saúde constituiu-se basilamente norteadora do projecto desenvolvido na UC, e o Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender foi utilizado como referencial teórico orientador. O presente relatório, que emerge com o objectivo de dar visibilidade e promover a reflexão sobre o caminho percorrido e competências desenvolvidas com o percurso efectuado, encontra-se redigido segundo a Norma Portuguesa 405, e está organizado em 7 capítulos.

No primeiro capítulo caracteriza-se de forma sumária o contexto eleito para a implementação e desenvolvimento do projecto, seguidamente aborda-se a temática dos problemas ligados ao álcool pretendendo objectivar a problemática na fase da adolescência. No terceiro capítulo deste trabalho, faz-se alusão ao referencial teórico norteador realçando os aspectos que se revelam fundamentais à intervenção. No quarto capítulo descreve-se a metodologia utilizada, etapa a etapa, fazendo referência às actividades desenvolvidas em cada uma delas. O quinto capítulo refere-se às questões éticas consideradas durante todo o percurso realizado no projecto de intervenção. Posteriormente são reveladas as considerações finais, que incluem uma breve reflexão relativa às competências desenvolvidas com este percurso formativo, e divulgam-se as limitações inerentes ao trabalho realizado. Finalmente o 7º capítulo lista a bibliografia consultada durante todo este processo.

1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O projecto de intervenção comunitária foi desenvolvido e implementado no ACES II - Lisboa Oriental, que engloba uma área de 25 Km², integrando-se no concelho de Lisboa a que corresponde uma área total de 83,8 Km². Este agrupamento é composto por sete Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (Damasceno Monteiro, Olivais, Marvila, Mónicas, S. Nicolau, S. João, Penha de França), duas Unidades de Saúde Familiar (Lóios e Monte Pedral), e uma Unidade de Saúde Pública que abrangem 20 freguesias (Santa Maria dos Olivais, Marvila, Beato, São João, Santa Engrácia, Penha de França, Anjos, Pena, Graça, São Vicente de Fora, Socorro, Santo Estêvão, São Miguel, Santiago, Castelo, São Cristóvão – São Lourenço, Sé, Madalena, São Nicolau e São Paulo), com uma população residente de 178.897 habitantes, e cerca de 214.000 utentes inscritos (DELIBERAÇÃO n.º1197/2011).

A intervenção foi contextualizada tendo por base e campo de acção o Programa Nacional de Saúde Escolar (PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2006), pois tal como referem diversos autores relativamente à abordagem desta temática em contexto escolar, “an organized approach is possible in the school context, involving a large number of children and adolescents at high-risk age to initiate substance consumption” (BARROSO, MENDES e BARBOSA, 2009, p.348). Desta forma optou-se por implementar e desenvolver o projecto num CED de Lisboa.

Este centro pertence a um Instituto Público (IP) cuja missão passa pela promoção dos direitos e pela protecção das crianças e dos jovens, nomeadamente daqueles que eventualmente sejam considerados como estando em situação de perigo e/ou risco de exclusão, bem como dos que revelem necessidades educativas especiais. Este organismo pretende assegurar aos alunos um desenvolvimento global alicerçado na qualidade do acolhimento, da educação e formação bem como na promoção da inserção social e profissional. As linhas gerais de orientação deste IP englobam a inclusão como factor preponderante no percurso de aprendizagem, e em termos de acolhimento é fomentado o seu carácter transitório sendo o retorno ao meio familiar o cerne da intervenção institucional.

A filosofia inerente a este IP bem como todo o trabalho desenvolvido procuram, através da adequação de recursos às necessidades dos educandos e de percursos de

desenvolvimento personalizados, a construção de projectos de vida cimentados no superior interesse das crianças e jovens.

A nível geral, o IP assume-se claramente como uma instituição do sistema de promoção e protecção de crianças e jovens em risco, e pretende assumir um papel preponderante aos níveis social, educativo e formativo dos educandos, nomeadamente através da prevenção, reabilitação e promoção da autonomia e da cidadania activa. Neste sentido, desenvolve vários projectos que pretendem actuar preventivamente em várias áreas consideradas fundamentais, e que são muitas vezes transversais aos vários organismos educativos que o constituem.

Relativamente ao CED em questão, são desenvolvidos alguns projectos de diferentes domínios, que passam pela promoção da vivência de uma sexualidade saudável, de competências de desenvolvimento vocacional, da cidadania responsável e activa, bem como pela prevenção do consumo de substâncias psicoactivas. Neste campo, o Projecto SPA (prevenção do consumo de Substâncias Psicoactivas) pretende ser uma mais-valia oferecendo informações relativamente ao consumo de substâncias, esclarecendo e desmistificando dúvidas existentes e disponibilizando apoio e orientações para a acção em eventuais situações de consumo.

2. PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

Globalmente, os estilos de vida e os ambientes são factores com um forte potencial para determinar o processo de saúde das populações com impacto em indicadores de referência, “*unhealthy lifestyles and environments are responsible for a high percentage of the morbidity and mortality*” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.3). Facilmente se percebe que estes dois factores desempenham um papel fundamental, uma vez que a incontestável e estreita relação existente entre as pessoas, os seus comportamentos e o meio que as rodeia é determinante no seu processo de saúde e qualidade de vida, devendo ser devidamente contemplados no planeamento e implementação de intervenções garantindo uma forma de abordagem mais completa e eficaz.

Os estilos de vida, definidos como “o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente re-interpretados e testados ao longo do ciclo de vida” (PORTUGAL, DGS, 2003, p.3), constituem uma questão fundamental inerente á saúde individual e colectiva. Actualmente é possível identificar estes factores como directamente implicados no aparecimento de várias doenças não transmissíveis que constituem a principal causa de morbidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, o que fundamenta indiscutivelmente a necessidade de intervenção sobre estes determinantes. Neste âmbito, são identificados vários agentes que deverão ser considerados prioritariamente, um dos quais o álcool (PORTUGAL, DGS, 2003).

O álcool é uma substância psicoactiva, cujo consumo remonta aos primórdios da existência da humanidade. Segundo Barroso, Mendes e Barbosa “*alcohol is one of the most consumed psychoactive substances in the world and the one that causes the most severe consequences to public health*” (BARROSO, MENDES e BARBOSA, 2009, p.348). As drogas psicoactivas são aquelas que “afectam o humor, a percepção e o pensamento” (STANHOPE e LANCASTER, 1999, p.779) sendo utilizadas frequentemente em contexto social e recreativo, e como forma de resposta relativamente a percepções desagradáveis. De entre as substâncias psicoactivas, o álcool enquadra-se na categoria dos depressores, que se caracterizam por diminuírem o nível de energia corporal bem como a sensibilidade relativa a estímulos exteriores. Quando consumidas em doses elevadas estas drogas são indutoras do sono, tornando-se potencialmente fatais em casos extremos por conduzirem

a estados comatosos e á eventual falha das funções vitais (STANHOPE e LANCASTER, 1999, 2011).

Os autores Mello, Barrias e Breda definem o álcool como um produto resultante “da fermentação de açúcares de numerosos produtos de origem vegetal (...) sob a influência de microorganismos, nomeadamente leveduras” (MELLO, BARRIAS e BREDA, 2001, p.17), em que as bebidas que o contêm podem ser divididas em fermentadas, quando resultam de um processo de fermentação alcoólica de sumos açucarados através da acção de leveduras (vinho, água-pé, cerveja, cidra, entre outras), ou destiladas, quando derivadas de um processo de destilação do álcool anteriormente fermentado (aguardentes, whiskies, licores, entre outras), sendo a graduação alcoólica o factor major que as distingue. No Decreto-Lei n.º 9/2002 de 24 de Janeiro, no Artigo 1.º, define-se bebida alcoólica como “toda a bebida que, por fermentação, destilação ou adição, contenha um título alcoométrico superior a 0,5% vol”.

Salienta-se que apesar das diferentes graduações das várias bebidas, todas podem fornecer sensações e consequências idênticas se consumidas em diferentes quantidades. Para Stanhope e Lancaster os custos associados ao abuso de álcool são avultados sendo resultado de situações de “produtividade perdida, danos de propriedade, despesas médicas com doenças e acidentes relacionados com o álcool, rupturas familiares, violência relacionada com o álcool e negligência e maus-tratos infantis” (STANHOPE e LANCASTER, 2011, p.857).

De acordo com Mello, Barrias e Breda o impacto e consequências que o consumo de álcool representa para a:

“saúde infantil e escolar; o risco para a saúde e segurança do trabalhador, da mulher, do jovem, etc. são exemplos que apontam para as vantagens de envolver na designação comum de «Problemas Ligados ao Álcool» (OMS-1980) este vasto e multiforme leque de situações”

(MELLO, BARRIAS e BREDA, 2001, p.14).

Esta perspectiva ganha uma dimensão importante quando dirigimos intervenções no campo da prevenção uma vez que a amplitude do foco de acção é verdadeiramente mais abrangente incidindo sobre todas as etapas do processo: produção, distribuição, consumo, publicidade e legislação.

O conceito de problemas ligados ao álcool, embora vago, é amplamente utilizado quando nos referimos às consequências nocivas do seu consumo: consequências para o próprio, para a sua família e para a comunidade em geral, sendo que os danos resultantes podem ser físicos, mentais e/ou sociais, derivados de episódios de consumo agudo, excessivo, prolongado ou inoportuno.

O consumo de bebidas alcoólicas é um facto transversal a diversas faixas etárias, sendo que “os estudos epidemiológicos realizados até ao momento apresentam o consumo de álcool na população portuguesa como um importante problema de saúde pública” (INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (IDT), 2011, p.18). Os jovens no entanto, representam um grupo com particular vulnerabilidade pelas características inerentes ao seu estadio de desenvolvimento. Os autores Barroso, Mendes e Barbosa salientam que Portugal é um dos:

“largest alcohol consumers in the world and has recently changed its consumption patterns. These new patterns are very concerning because they refer to a population group of particular vulnerability and of traditional low consumption: adolescents”

(BARROSO, MENDES e BARBOSA, 2009, p.348).

A World Health Organization (WHO) define adolescentes como os jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, sendo esta uma jornada entre a infância e o mundo adulto caracterizada por diversas alterações a vários níveis: *“it is a time of physical and emotional change as the body matures and the mind becomes more questioning and independent”* (WHO, 2002, p.5). Para Pender, Murdaugh e Parsons a adolescência é um período *“of physical, cognitive, emotional, and social development in a dynamic and uncertain period between childhood and adulthood. Developmentally, it is a time characterized by change and transitions”* (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.270), em que o desencontro entre a maturidade biológica e a maturidade social poderá ter repercussões nas escolhas comportamentais *“such as being pressured by peers to drink alcohol”* (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.270), sendo que as autoras referem precisamente que *“adolescents are considered a high-risk group for engaging in risky and health-damaging behaviors”* (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.270).

Relativamente aos jovens, as maiores ameaças à sua vida, saúde e bem-estar estão relacionadas com os comportamentos iniciados no período da adolescência “*when a complex mesh of harmful practices and risk factors puts them in peril*” (WHO, 2002, p.13). O comportamento aditivo é globalmente classificado como sendo de risco, contudo esta percepção não é facilmente apreendida pelos adolescentes, uma vez que dificilmente percebem as eventuais consequências a longo prazo deste tipo de comportamento, até porque frequentemente é encarado por estes como um comportamento temporário. Neste campo, a WHO realça que “*the harmful use of alcohol is one of the world’s leading health risks*”, e reforça ainda que este factor “*is especially fatal for younger age groups and alcohol is the world’s leading risk factor for death among males aged 15–59*” (WHO, 2011, p.20).

Na Declaração de Estocolmo “Os Jovens e o Álcool” (WHO, 2001) é explícito que este grupo é mais vulnerável relativamente a sofrer danos físicos, emocionais e sociais decorrentes do consumo de álcool, pelos próprios ou por outros, havendo uma relação estreita entre o consumo de alto risco, a violência, comportamentos sexuais de risco, acidentes, incapacidades permanentes e morte. Ainda neste documento salienta-se uma importante mensagem: “*from a public health perspective, the message is clear: there is no scientific evidence for a safe limit of alcohol consumption, and particularly not for children and young adolescents, the most vulnerable groups*” (WHO, 2001, p.2), desta forma, os consumos efectuados por estes grupos, independentemente do padrão, deverá ser sempre considerado inoportuno, pois tal como referem Barroso, Barbosa e Mendes “nesta faixa etária a abstinência é o comportamento mais apropriado, tendo em conta as consequências físicas e psicológicas” (BARROSO, BARBOSA e MENDES, 2006, p.43).

Na 64ª Assembleia Mundial de Saúde (WHO, item 13.16, 2011/04/28) ficou evidente a necessidade dos estados membros investirem na saúde juvenil sendo que uma das prioridades apontadas é precisamente a prevenção da adopção de comportamentos de risco, tais como o uso inadequado de álcool.

Em termos legais, tem-se verificado que as limitações impostas relativas à aquisição de álcool juntamente com as medidas que condicionam o acesso físico a esta substância, favorecem a diminuição do consumo. São colocadas restrições à venda e ao consumo de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos, estando o consumo interdito em locais públicos e em locais abertos ao público (Decreto-Lei nº 9/2002).

A evidência demonstra precisamente que o início deste comportamento acontece precocemente por volta dos 12 anos (BARROSO, BARBOSA e MENDES, 2006, 2009) mas na sua maioria “*adolescents initiated alcohol consumption at home with family, in festive occasions*” (BARROSO, MENDES e BARBOSA, 2009, p.352), o que demonstra claramente que apesar de colaborarem, as limitações legais impostas *per si* não são suficientes para enfrentar “um problema multifactorial onde estão envolvidos determinantes de ordem individual e contextual” (VINAGRE e LIMA, 2006, p.75). Neste contexto, emerge a necessidade de investir em “intervenções planeadas no âmbito da educação para a saúde no sentido de prevenir o início precoce do consumo de álcool e o seu uso inadequado nos jovens para o benefício da sua saúde actual e futura” (BARROSO, BARBOSA e MENDES, 2006, p.34), prevenindo desta forma e genericamente os problemas que lhe estão associados.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) define prevenir como “parar ou suspender o acontecimento de alguma coisa” (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2011, p.99) concernente às acções de enfermagem.

Os autores Mello, Barrias e Breda identificam o objectivo geral da prevenção dos problemas ligados ao álcool: “diminuição, quantitativa e qualitativa, destes problemas, através de acções que se lhes antecipem, nos seus desenvolvimento e efeitos” (MELLO, BARRIAS e BREDAS, 2001, p.108). As intervenções no âmbito da prevenção podem-se desenvolver a três níveis: prevenção primária, secundária e terciária. O projecto de intervenção comunitária desenvolvido foca primordialmente as questões relativas á prevenção e á promoção da saúde ao nível da prevenção primária.

A prevenção primária segundo Stanhope e Lancaster “diz respeito a intervenções com o objectivo de prevenir a ocorrência de doença, lesão ou incapacidade (...) destinam-se a indivíduos e grupos susceptíveis à doença, mas que não têm patologia detectável” (STANHOPE e LANCASTER, 2011, p.268), estas intervenções ocorrem mais frequentemente ao nível da comunidade nos cuidados de saúde primários. No campo da prevenção dos problemas ligados ao álcool incluem-se as medidas de ordem legislativa e económica que limitam o acesso, as medidas informativas e educativas que visam diminuir a procura, e as medidas de educação para a saúde que almejam a promoção da saúde de forma global, sendo que para Mello, Barrias e Breda, “a pedra angular de toda a

acção de Prevenção Primária, neste campo, é a Educação e Informação do Público” (MELLO, BARRIAS e BREDA, 2001, p.112).

Os enfermeiros comunitários a este nível de prevenção podem incluir nas suas intervenções a promoção de estilos de vida saudáveis e de factores de resiliência, bem como a educação sobre o álcool e o seu consumo (STANHOPE e LANCASTER, 2011). De acordo com Barroso, Barbosa e Mendes, “no contexto da prevenção primária para o uso de substâncias, é importante que as intervenções se desenvolvam antes dos padrões comportamentais estarem estáveis e resistentes à mudança” (BARROSO, BARBOSA e MENDES, 2006, p. 34), segundo os mesmos autores, o investimento na área preventiva deve centrar-se *“on hating alcohol consumption through the development of safe expectancy regarding alcohol and personal and social abilities, which are essential to resist the pressure for the inopportune consumption of alcohol”* (BARROSO, BARBOSA e MENDES, 2009, p.348).

Para Mello, Barrias e Breda (2001), a escola constitui-se como o *setting* ideal para a abordagem de intervenções preventivas através da elaboração e implementação de programas de educação para a saúde, e neste campo o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) torna-se uma ferramenta indispensável.

Este programa tem por finalidade contribuir para a melhoria da saúde das crianças e jovens, bem como da restante comunidade escolar, através de estratégias que englobam duas vertentes: “a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde” (PORTUGAL, DGS, 2006, p.6). As finalidades intrínsecas ao desenvolvimento deste programa reclamam a abordagem dos Estilos de Vida como área de intervenção. Neste âmbito, a educação para o consumo é tida como essencial, sendo que “na prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco, a prioridade deverá ser dada às alternativas saudáveis e à promoção de atitudes assertivas” (PORTUGAL, DGS, 2006, p.17).

A prevenção do consumo de substâncias lícitas, tais como o álcool, emerge desta forma como uma oportunidade de intervenção para os profissionais especialistas em enfermagem comunitária, e constitui-se como uma estratégia para a concretização da meta 12 do objectivo *Saúde para todos no ano 2015*, que preconiza a redução do consumo de álcool na população até aos 15 anos para um limiar de 0 (IDT, 2011).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Para que as intervenções de Enfermagem obtenham os resultados esperados e com o intuito de aperfeiçoar as práticas de cuidados e conferir-lhes a maior eficácia, a utilização de um referencial teórico assume um papel fundamental, pois tal como referem Tomey e Alligood, “a teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos” (TOMEY e ALLIGOOD 2004, p.12), desta forma o agir é facilitado por métodos sistemáticos que orientam o pensamento crítico e a tomada de decisão, e que respondem á necessidade de perceber o fundamento da acção.

Ao nível da prevenção primária, e no contexto da promoção de estilos de vida saudáveis, o Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender constitui-se como uma excelente ferramenta (Anexo I). Segundo Pender, Murdaugh e Parsons este modelo “offers a guide to explore the complex biopsychosocial processes that motivate individuals to engage in behaviors directed toward enhancing health” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.44). Para Pender, o propósito desta conceptualização passa por “assist nurses in understanding the major determinants of health behaviors as a basis for behavioral counseling to promote healthy lifestyles” (PENDER, 2011, p.2). Os conceitos de Pessoa, Ambiente, Enfermagem e Saúde, constituem de forma geral o metaparadigma da disciplina de enfermagem, sendo que “uma disciplina é própria da academia e diz respeito a um ramo de ensino, a um departamento da aprendizagem ou a um domínio do conhecimento” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.15).

Segundo o Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender, estes conceitos fazem parte dos conceitos chave da teorização, sendo que para a autora:

Pessoa – “is a biopsychosocial organism that is partially shaped by the environment but also seeks to create an environment in which inherent and acquired human potential can be fully expressed” (PENDER, 2011, p.3). A relação que se estabelece entre a pessoa e o ambiente é então baseada na reciprocidade. Esta conceptualização assume que as características individuais e as experiências vividas modelam os comportamentos do próprio, incluindo os comportamentos relacionados com a saúde.

Ambiente – *“is the social, cultural and physical context in which the life course unfolds. The environment can be manipulated by the individual to create a positive context of cues and facilitators for health-enhancing behaviors”* (PENDER, 2011, p.3). Para Pender, Murdaugh e Parsons este conceito engloba várias vertentes: *“a comprehensive term meaning the physical, interpersonal, and economic circumstances in which we live”*, e em que a qualidade do mesmo depende de vários factores tais como: *“absence of toxic substances, availability of aesthetic or restorative experiences, and accessibility of human and economic resources needed for healthful and productive living”* (PENDER, MURDAUGH e PARSONS 2011, p.8).

Enfermagem – *“is collaboration with individuals, families, and communities to create the most favorable conditions for the expression of optimal health and high-level well-being”* (PENDER, 2011, p.3).

Saúde – Para a referida autora *“Health is an evolving life experience”* (PENDER, 2011, p.3), sendo que este conceito implica:

“the actualization of inherent and acquired human potential through goal-directed behavior, competent self-care, and satisfying relationships with others, while adjustments are made as needed to maintain structural integrity and harmony with relevant environments”

(PENDER, 2011, p.3).

Decorrente desta linha de pensamento, as autoras Pender, Murdaugh e Parsons (2011) defendem um conceito positivo de saúde que engloba diferentes dimensões: social, económica, cultural e ambiental. Nesta perspectiva, e segundo as mesmas, o ênfase recai sobre *“strengths, resiliencies, resources, potentials, and capabilities rather than on existing pathology”* (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.15), não esquecendo que *“individual health cannot be separated from the health of society and that individuals are interdependent with the totality of the world”* (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.17). Nesta conceptualização o conceito de saúde implica a capacidade de adaptação ao ambiente, não sendo um processo estático, muito pelo contrário.

O Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender reúne constructos oriundos de diversas teorias e modelos de mudança comportamental *“from expectancy-value theory and social cognitive theory, within a nursing perspective of holistic human functioning”*

(PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.44), nomeadamente da Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura, ao considerar o papel dos processos cognitivos na mudança de comportamento: *“thoughts, behavior, and environment interact. For people to alter how they behave, they must alter how they think”* (PENDER, 2011, p.2).

Para Bandura, “as pessoas criam objectivos para si mesmas e prevêm os resultados prováveis de atos prospectivos para guiar e motivar seus esforços antecipadamente” (BANDURA, AZZI e POLYDORO, 2008, p.15), ainda que o futuro não seja o motivo do comportamento actual, ao ser perspectivado no presente, funciona como guia orientador. Segundo o mesmo autor, os sistemas sociais são parte integrante do funcionamento humano, “a agência pessoal opera dentro de uma ampla rede de influências socioestruturais”, sendo que “as pessoas criam sistemas sociais para organizar, guiar e regular as atividades humanas” (BANDURA, AZZI e POLYDORO, 2008, p.16). Similarmente, “as práticas dos sistemas sociais, por sua vez, impõem limitações e proporcionam recursos e estruturas de oportunidade para o desenvolvimento e o funcionamento pessoais” (BANDURA, AZZI e POLYDORO, 2008, p.16). Desta forma, a Teoria Social Cognitiva declina a dualidade entre o que o autor chama de agência pessoal e a estrutura social separada da actividade humana, servindo como base conceptual ao Modelo Teórico de Nola Pender.

De forma sucinta, o Modelo de Promoção da Saúde pretende identificar os factores que estão na base do comportamento relativo à saúde. O foco de atenção incide sobre os determinantes de comportamento de promoção da saúde do individuo, que podem ser avaliados pelo profissional de enfermagem, sendo estes o alvo primordial da sua intervenção. Estes determinantes são agrupados neste modelo em três grandes categorias:

1. **Características e experiências individuais** – *“each person has unique personal characteristics and experiences that affect subsequent actions”* (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.45), neste grupo incluem-se o comportamento anterior relacionado (como reagiu no passado a situações semelhantes) e os factores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais).

2. **Cognições específicas que afectam o comportamento** – *“these variables constitute a critical «core» for intervention, because they can be modified through interventions”* (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.46), estas variáveis incluem

os benefícios percebidos, as barreiras percebidas, a auto-eficácia percebida, a actividade relacionada, influências interpessoais, as influências situacionais, a capacidade de compromisso com o plano de acção e finalmente as demandas ou preferências imediatas.

3. **Resultado comportamental** – “*health-promoting behaviors is the end point or action outcome in the HPM*” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.50), este resultado pretende que os comportamentos de promoção de saúde tenham impacto e revertam na melhoria da saúde, no reforço das capacidades funcionais e consequentemente na melhor qualidade de vida em todas as fases de desenvolvimento.

As suposições inerentes ao Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (2011) salientam a intervenção que o próprio desempenha relativamente ao seu comportamento de saúde. É defendido neste constructo que as pessoas procuram criar condições de vida nas quais lhes é permitido expressar o seu potencial de saúde, possuem a capacidade de autoconsciência reflexiva, incluindo a avaliação das suas próprias competências, e valorizam o crescimento percebido como positivo tendendo a alcançar um equilíbrio pessoal entre a mudança e a estabilidade. Cada indivíduo procura activamente regular o seu próprio comportamento, interagindo com o ambiente modificando-o e sendo modificado por este. Os profissionais de saúde emergem como parte integrante do ambiente interpessoal, e exercem influência nas pessoas ao longo do seu ciclo de vida (PENDER, 2011).

Desta conceptualização advêm princípios fundamentais para a prática de enfermagem no contexto da promoção da saúde. A autora afirma que o comportamento anterior da pessoa, bem como as características herdadas ou adquiridas, influenciam as crenças e afectam e determinam o comportamento de promoção da saúde, sendo que se comprometerá mais facilmente com comportamentos nos quais antevê benefícios pessoais. As barreiras percebidas pelo indivíduo podem pôr em causa o compromisso com a acção, e consequentemente comprometer o comportamento desejado, contrariamente, a auto-eficácia percebida aumenta o compromisso com a acção influenciando o desempenho do comportamento actual. A existência de expectativas e emoções positivas relativamente a determinado comportamento contribuem para a percepção de auto-eficácia.

A referida autora acredita que os indivíduos aderem mais facilmente a comportamentos de promoção de saúde quando esses são observáveis nas pessoas

significativas que os rodeiam, e quando essas por sua vez esperam que esse comportamento ocorra prestando o apoio e a assistência necessários.

Neste contexto, as famílias, o grupo de pares e os prestadores de cuidados são factores influenciadores do maior ou menor envolvimento com determinado comportamento de promoção de saúde. As influências situacionais do ambiente externo podem igualmente potenciar ou minimizar o compromisso com o desejado comportamento de promoção de saúde, sendo que quanto maior o compromisso com o plano de acção, maior a probabilidade de o comportamento de promoção de saúde ser mantido ao longo do tempo. Este compromisso será menos consistente, quando as demandas em que a pessoa tem menos controle requerem atenção imediata, ou, se existirem outras acções mais atractivas do que as previstas para o comportamento alvo. No entanto, salienta-se que segundo a autora, as pessoas podem modificar o conhecimento, as influências interpessoais e situacionais de forma a criar incentivos à adopção de comportamentos de promoção da saúde (PENDER, 2011).

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada no desenvolvimento do projecto de intervenção comunitária teve como pedra basilar o Planeamento em Saúde, seguindo-se as etapas propostas por Imperatori e Giraldes (1993). De acordo com os autores, o planeamento da saúde pode ser definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.23), através da coordenação de esforços e vontades oriundas de vários sectores da comunidade. Os referidos autores fundamentam a utilidade desta metodologia tendo por base:

- a escassez de recursos e a necessidade de os utilizar de forma mais eficaz e eficiente
- a necessidade de intervir nas causas dos problemas
- a necessidade de identificar prioridades
- a necessidade de conhecer a realidade
- a necessidade em otimizar e rentabilizar infra-estruturas e equipamentos que têm custos associados.

(IMPERATORI e GIRALDES, 1993)

Seguidamente descrevem-se as actividades realizadas no projecto de intervenção comunitária de acordo com cada etapa do processo de planeamento em saúde.

4.1 Diagnóstico de Situação de Saúde

Segundo Imperatori e Giraldes, “no processo lógico que é o planeamento o primeiro passo é a elaboração do diagnóstico de situação” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.43). Os referidos autores defendem que o diagnóstico de situação deve ser suficientemente abrangente, de forma a revelar os principais problemas e factores condicionantes, e suficientemente aprofundado, para que se revelem as causas, não esquecendo no entanto, que deve ser igualmente sucinto e claro (IMPERATORI e GIRALDES, 1986, 1993). Para estes autores, “o diagnóstico da situação de saúde funcionará como justificação das actividades e como padrão de comparação no momento

da avaliação” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.44), sendo imprescindível para medir a evolução alcançada com as intervenções implementadas.

No âmbito da implementação e desenvolvimento do projecto de intervenção comunitária foi preconizada uma articulação estreita com o grupo de trabalho do Projecto SPA do CED, cuja finalidade passa por fornecer aos agentes socioeducativos da instituição, bem como às famílias dos educandos, instrumentos que facilitem a intervenção no âmbito dos consumos, ao mesmo tempo que procura promover competências que permitam aos alunos uma decisão assertiva quando confrontados com situações de eventual consumo. Os técnicos do referido grupo constituíram-se a engrenagem de articulação para com a própria instituição e profissionais envolvidos.

Tendo em consideração a mais recente evidência, relativamente ao início dos consumos, e os pressupostos da teórica escolhida, optou-se por se dirigir a intervenção aos alunos do 7º ano do 3º ciclo.

O primeiro passo que se impôs foi o conhecimento da população em causa, tendo por objectivo primordial caracterizar a mesma relativamente ao seu envolvimento com o álcool e identificar aspectos relacionados com o nível de conhecimentos sobre o tema. Desta forma, foram realizadas reuniões com o coordenador do Projecto SPA do CED e respectivos directores das turmas visadas, tendo-se acedido desta forma às listas nominais dos alunos envolvidos. A população é nesta fase identificada como sendo constituída por 43 alunos, distribuídos por 3 turmas, como se pode verificar no quadro n.º1.

Quadro n.º1 – Distribuição dos sujeitos por turma e género

Turma	Masculino	Feminino	Total
7ºA	6	7	13
7ºB	8	7	15
7ºC	5	10	15
Total	19	24	43

Relativamente às idades dos indivíduos da população abrangida, esta varia entre os 12 e os 15 anos, tal como se pode constatar no quadro n.º2.

Quadro n.º2 – Distribuição dos sujeitos por género e ano de nascimento

Género \ D.N.	1996	1997	1998	1999	Total
Masculino	1	6	7	5	19
Feminino	1	6	5	12	24
Total	2	12	12	17	43

De forma a conhecer o envolvimento com o álcool dos adolescentes visados, bem como identificar os conhecimentos do grupo relativamente ao tema em questão aplicou-se um instrumento de colheita de dados.

4.1.1 Instrumento de colheita de dados

O instrumento utilizado para a recolha de informação foi o Questionário Sobre Consumos de Bebidas Alcoólicas na População Juvenil (BARBOSA, 1990), tendo sido devidamente assegurada a autorização prévia do autor para a sua utilização neste contexto (Apêndice II).

Esta ferramenta (Anexo II) é constituída por diversas questões que abrangem diferentes domínios. O questionário tem início com a identificação sociodemográfica (itens 1 a 17), seguindo com a identificação do envolvimento com o álcool dos respondentes (itens 18 a 91). O instrumento permite aceder à dimensão cognitiva perante o consumo de bebidas alcoólicas (itens 92 a 116), nomeadamente no que diz respeito às repercussões para a saúde física durante várias etapas do desenvolvimento humano, bem como para a saúde mental e efeitos psicológicos e impacto no processo de socialização. Possibilita ainda perceber a noção de risco existente de acordo com o tipo e quantidade de bebida ingerida e aceder ao conceito de pessoa alcoólica tendo em conta o modo de beber identificando as razões para o abuso (itens 117 a 131). Termina com a identificação da fonte privilegiada de informação dos jovens (item 132).

Para a recolha de dados utilizou-se a técnica de questionário auto preenchido, tendo sido ocupado para esse efeito tempo lectivo disponibilizado pelos directores de

cada turma. Desta forma, os respondentes receberam o questionário por entrega pessoal feita por um intermediário (director de turma), sendo este a única pessoa não respondente presente no momento do seu preenchimento. As indicações fornecidas aos intermediários (um por cada turma) constam das instruções de preenchimento do questionário distribuídas a todos os respondentes (Apêndice III). O instrumento foi preenchido de forma individual, tendo sido assegurado a todos os participantes o anonimato e confidencialidade das informações obtidas. Apenas responderam ao questionário alunos com autorizações dos respectivos encarregados de educação e que aceitaram fazê-lo livremente. As autorizações foram pedidas previamente por escrito e assinadas sob a forma de consentimento informado (Apêndice IV).

4.1.2 Análise de dados e principais resultados

No total obtiveram-se 31 autorizações dos encarregados de educação, sendo que dos alunos consentidos, todos acederam livremente ao preenchimento do questionário. Da população total constituída por 43 alunos, participaram no preenchimento do instrumento uma amostra correspondente a 72% da população.

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa informático Microsoft Office Excel 2010. Com base nesses dados e como forma de sintetização, elaboraram-se tabelas relativas aos resultados da aplicação do questionário (Apêndice V), seguidamente divulgam-se os resultados obtidos mais significativos.

Verifica-se que 64,5% dos inquiridos são do género feminino e 35,5% são do género masculino, sendo que a sua idade varia entre os 12 e os 15 anos. A moda corresponde aos 12 anos apresentando uma frequência relativa de 51,6%.

Através da análise dos questionários, é possível verificar que 54,8% dos jovens referem ter já iniciado o consumo de álcool, contudo não o fazem de forma sistemática.

Apurou-se que as bebidas mais consumidas pelos jovens respondentes ao questionário são o Vinho do Porto/Champanhe apresentando uma frequência relativa de 64,7%, sendo que a cerveja ocupa o segundo lugar no ranking de bebidas mais consumidas com uma frequência relativa de 47,1%.

De acordo com as respostas dos jovens, a idade média de início de consumo de bebidas alcoólicas situa-se nos 11 anos sendo a moda coincidente.

Relativamente ao local do primeiro consumo de bebidas alcoólicas verifica-se, que em 47% dos casos este comportamento ocorreu em casa, sendo claramente o local mais referenciado pelos jovens. Seguidamente emergem a Escola e os Bares como locais de iniciação do consumo, ainda que com frequências relativas menos significativas.

No momento do primeiro consumo de álcool, 58,8% dos jovens assume que o fez por iniciativa própria. Salienta-se no entanto que em 29,4% dos casos a bebida alcoólica foi oferecida pelos pais ou familiares. Reportando ainda ao primeiro consumo efectuado, constata-se que o motivo principal apontado para este comportamento foi a experimentação com 70,6% dos sujeitos a referirem este motivo.

Analisando as respostas dos jovens relativamente à dimensão cognitiva referente às opiniões sobre os efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas, obtém-se uma incidência significativa de respostas de incerteza relativamente à temática (com excepção dos itens 92, 93, 95 e 97).

Ainda no âmbito das opiniões, desta vez referentes aos benefícios do consumo de bebidas alcoólicas durante a infância, adolescência e fase adulta, a análise dos questionários evidencia respostas tendencialmente mais correctas para a fase mais precoce do desenvolvimento, sendo que 64,5% dos inquiridos refere que durante a infância o consumo de bebidas alcoólicas é nada benéfico. Contudo, esta tendência diminui gradualmente para as duas fases subsequentes, em que apenas 48,4% dos jovens classifica como nada benéfico o consumo de bebidas alcoólicas durante a adolescência.

As questões relativas ao consumo de álcool durante a gravidez e amamentação foram as que reuniram maior consenso e respostas assertivas na generalidade dos questionários. Os jovens identificam claramente a gravidez como um período em que as bebidas alcoólicas são muito prejudiciais, sendo que 80,6% dos inquiridos respondeu desta forma. De acordo com 67,7% das respostas fornecidas, também o período da amamentação é reconhecido como um momento em que as bebidas alcoólicas não são nada benéficas. Salienta-se no entanto, que 12,9% dos inquiridos considera que neste período as bebidas alcoólicas são muito benéficas.

Através da análise dos questionários, percebe-se a noção de risco que os jovens detêm relativamente ao consumo de determinadas bebidas alcoólicas, de acordo com a quantidade, e a probabilidade de ocorrência de acidentes na primeira hora após a ingestão. As respostas evidenciam uma tendência para a consideração de um risco muito elevado para a ocorrência de incidentes na primeira hora após a ingestão das referidas bebidas alcoólicas.

No que diz respeito à opinião relativa ao perigo para a saúde de consumir bebidas alcoólicas, as respostas fornecidas demonstram pouco consenso relativamente ao risco inerente tendo em conta as quantidades e frequência das bebidas alcoólicas ingeridas.

Relativamente ao conceito de pessoa alcoólica, os jovens assumem na maioria o desconhecimento de tal concepção. Pela análise das respostas, sobressai o elevado número de jovens que assume não saber se nas situações expostas a pessoa é ou não alcoólica tendo em conta a frequência e/ou a quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas. É também possível constatar que 48,4% dos inquiridos identifica a família como fonte privilegiada de informação. Finalmente, salienta-se ainda o elevado número de jovens que não responderam às perguntas de opinião que requeriam uma resposta aberta (de desenvolvimento), sendo que apenas um número residual de inquiridos respondeu de forma sucinta a tais questões.

4.1.3 Identificação de problemas

Decorrente da análise das respostas fornecidas aos questionários, identificam-se cinco problemas, que vão desde o início precoce do consumo de álcool, passando pelo incentivo ao consumo por parte dos familiares, até ao desconhecimento sobre o impacto do consumo e riscos inerentes, e por último, o desconhecimento da relação entre o consumo, a frequência e quantidade de álcool ingerida.

Como resultado da aceitação universal da terminologia CIPE®, nomeadamente pela OMS em 2008, e uma vez que se apresenta como um quadro de referência unificador (prevê uma linguagem padronizada em termos de prestação de cuidados), os problemas identificados são devidamente expressos em linguagem CIPE® no quadro n.º3.

Quadro n.º3 – Problemas identificados e diagnóstico CIPE®

Problemas identificados	Diagnóstico CIPE® Versão 2
Início precoce do consumo de bebidas alcoólicas	Abuso de Álcool
Consumo de álcool incentivado por familiares	Atitude da família dificultadora
Desconhecimento sobre o impacto do consumo inadequado de álcool	Défice de conhecimento sobre o consumo de álcool
Desconhecimento dos riscos inerentes ao consumo de álcool	Défice de conhecimento sobre o risco do consumo de álcool
Desconhecimento da relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a frequência e quantidade ingerida	Risco de complicações com o uso de álcool

Segundo Stanhope e Lancaster, “cada problema identificado como parte do processo da apreciação deve ser organizado num processo hierárquico de importância” (STANHOPE e LANCASTER, 2011, p.376), passo imprescindível e que se descreve seguidamente.

4.2 – Definição de Prioridades

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), a selecção de prioridades constitui a segunda etapa do processo de planeamento em saúde. Esta fase pretende dar resposta à necessidade de optar entre vários problemas perspectivando diferentes formas de os resolver. Para tal, torna-se imperioso o estabelecimento de critérios que permitam esta decisão. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), vários são os factores que podem concorrer neste processo, contudo a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade constituem-se como critérios clássicos para esta avaliação. De acordo com os mesmos autores, “o critério da magnitude (...) trata de caracterizar o problema pela sua dimensão” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.65), a transcendência é “uma simples ponderação por grupos etários, de maneira a poder valorizar as mortes por determinada causa nos diferentes grupos de idade” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.65), e por último a vulnerabilidade, que é considerada fundamental pelos autores, que avalia “a possibilidade

de evitar uma doença segundo a tecnologia actual disponível na área” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.66). Outro critério apontado, que dada a natureza do problema em estudo emerge como essencial, é a evolução. Este “consiste na possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou se resolver espontaneamente” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.66).

Por último, tendo em conta o recurso temporal disponível para o desenvolvimento da intervenção considerou-se imprescindivelmente a exequibilidade como critério decisivo.

Como metodologia para a priorização dos problemas identificados optou-se pela Comparação por Pares, tratando-se “de uma abordagem prática” em que “cada problema é comparado sistematicamente a cada um dos outros, escolhendo-se o mais importante em cada comparação” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.76). Para tal, foram identificados os peritos para esta metodologia, e incluíram a mestranda, o orientador do local de estágio, e numa estratégia de envolvimento e participação o terceiro perito foi o psicólogo responsável pelo Projecto SPA do CED. Todos os peritos dispuseram da mesma informação relativamente á contextualização do fenómeno e resultados obtidos na fase de diagnóstico de situação.

Foram utilizados os resultados individuais dos peritos envolvidos neste processo de priorização, expressos sob a forma de tabela de comparação (Apêndice VI). Desta forma foi “possível fazer a ordenação final a partir da contagem do número de vezes que cada problema foi seleccionado como sendo o mais importante” (TAVARES, 1990, p.97).

O somatório dos resultados dos peritos, revelou que os problemas considerados prioritários foram o desconhecimento sobre o impacto do consumo inadequado de álcool, bem como o desconhecimento dos riscos inerentes ao seu consumo. Imediatamente a seguir foi considerado o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas, seguido do consumo incentivado por familiares e por ultimo o desconhecimento da relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a frequência e quantidade ingerida (Apêndice VII).

Dado o recurso temporal para o desenvolvimento do projecto centraram-se as intervenções aos dois problemas identificados como prioritários e que em termos de diagnóstico de enfermagem (CIPE® Versão 2) se traduzem em défice do conhecimento relativo ao consumo de álcool e riscos inerentes.

Tal como refere Tavares, a definição de prioridades “não significa ignorar os outros problemas identificados” (TAVARES, 1990, p.101) trata-se de uma questão de disponibilidade e optimização dos recursos existentes. Desta forma, ao identificar-se um problema como prioritário, está-se a indicar o rumo que o projecto deve seguir, o que implica a fixação de objectivos, etapa que se segue no processo de planeamento em saúde.

4.3 – Fixação de Objectivos

A fixação de objectivos corresponde à terceira etapa do planeamento em saúde. Tavares refere que “os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo” (TAVARES, 1990, p. 113) através da implementação e desenvolvimento de intervenções que procuram ter impacto nos indivíduos, nomeadamente nos seus comportamentos e saúde de forma global. Imperatori e Giraldes definem objectivo de um problema de saúde como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 79), que deverá ser expresso em termos de indicadores de resultado ou de impacto.

Tendo por base os problemas prioritários identificados na fase anterior, formulou-se como objectivo de problema de saúde:

- Contribuir para a literacia em saúde, prevenindo os problemas ligados ao consumo de álcool, da população adolescente a frequentar o 7º ano de escolaridade no Centro de Educação e Desenvolvimento.

De acordo com Pender, Murdaugh e Parsons as capacidades dos indivíduos para obter, processar e compreender determinada informação é determinante para se assumirem como utentes devidamente informados que conseguem tomar decisões apropriadas no que respeita ao autocuidado, saúde e bem-estar, sendo que as autoras defendem que “ *limited literacy skills have been associated with less knowledge and skills, negative health behaviors, and less access to screening and preventive health services*” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.267). Para as mesmas autoras,

“health literacy is an empowerment strategy to enable individuals and families to take responsibility for their health. Health literacy empowers individuals to gain control over the personal, social, and environmental determinants of their health” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.267).

Segundo Imperatori e Giraldes, a complexidade inerente à fixação de objectivos, bem como, “a necessidade de passar de objectivos muito agregados a objectivos mais específicos” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 80), conduzem-nos à noção de objectivo operacional ou meta. Para os mesmos autores este conceito pode ser definido como sendo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividade” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 80). Desta forma, determinaram-se como objectivos operacionais:

- Que no final da intervenção pelo menos 50% dos jovens consiga identificar cinco efeitos nocivos do consumo de álcool;
- Que no final da intervenção pelo menos 50% dos jovens consiga identificar cinco riscos inerentes ao consumo de álcool;
- Que os jovens adiram a estratégias que promovam a resiliência;
- Que os jovens adoptem estilos de vida saudáveis relativamente ao consumo de álcool.

4.4 Selecção de Estratégias

Prosseguindo a metodologia do planeamento em saúde, a etapa de selecção de estratégias representa um passo fundamental, pois através desta procura-se “conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 87). Para Imperatori e Giraldes, estratégia de saúde pode ser definida como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 87).

No caso concreto do presente projecto, e tratando-se de uma intervenção ao nível primário em *setting* escolar, justificou-se uma metodologia de intervenção dirigida a grupos.

Tendo em vista o alcance do melhor nível de saúde comunitária, constata-se que as estratégias envolvidas na introdução de comportamentos saudáveis centrados na prevenção da doença e alterações do estilo de vida dirigidas a grupos na comunidade, ou à comunidade como um todo representam uma abordagem fulcral. O trabalho desenvolvido com grupos representa uma forma poderosa de motivar mudanças a vários níveis de intervenção: nos indivíduos, famílias, organizações e na comunidade.

Normalmente os grupos são reveladores dos interesses, necessidades e valores colectivos dos seus constituintes, e podem influenciá-los nas suas escolhas e formas de pensar à medida que interagem. É nesta medida que surgem excelentes oportunidades para provocar mudanças no sentido de melhorar a saúde, com impacto nos indivíduos e de forma global em toda a comunidade.

De acordo com Stanhope e Lancaster a formação possibilita aos indivíduos a tomada de “decisões relacionadas com a saúde de forma fundamentada, assumir pessoalmente a responsabilidade pela sua saúde e lidar efectivamente com as alterações na sua saúde e estilo de vida” (STANHOPE e LANCASTER, 2011, p.304). Neste contexto, a estratégia eleita foi a educação para a saúde, fornecendo informação ao grupo de jovens de forma a capacitá-los para a obtenção de níveis óptimos de saúde e prevenindo desta forma eventuais problemas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas, pois tal como referem Rodrigues, Pereira e Barroso “o principal foco da Educação para a Saúde (*EpS*) são as atitudes e os comportamentos de saúde” (RODRIGUES, PEREIRA e BARROSO, 2005, p.20). Desta forma, foi fundamental considerar os domínios da aprendizagem: o domínio cognitivo, o domínio afectivo e o domínio psicomotor. Para Stanhope e Lancaster a compreensão destas três dimensões “é crucial para realizar uma educação para a saúde eficaz” (STANHOPE e LANCASTER, 2011, p.306).

O domínio cognitivo implica um conhecimento prévio das aptidões cognitivas do grupo alvo para que a intervenção seja adequada e não conduza à desmotivação geral. O domínio afectivo envolve mudança nos valores e comportamentos do grupo em questão sendo um processo gradual que envolve várias fases. O domínio psicomotor diz respeito

ao desempenho de actividades que requeiram coordenação psicomotora e aquisição de competências nesta área.

Com o objectivo de melhor compreender o processo de aprendizagem das pessoas, e simultaneamente, facilitar a escolha de um modelo de educação para a saúde, o recurso a teorias pedagógicas assume um papel central.

É desta forma que a Teoria da Aprendizagem Social emerge como basilar tendo em consideração a temática e contexto de aplicação do projecto de intervenção comunitária. Segundo este constructo os indivíduos integram informação, atitudes, crenças, valores e comportamentos através do que observam. Estas observações ao serem integradas como codificações simples, servirão no futuro como um guia orientador. Desta forma, os indivíduos reagem prontamente às representações do que os rodeia, sendo o comportamento futuro modelado por expectativas e resultados verificados.

Neste âmbito o grupo de pares emerge como estrutura fundamental, pois tal como defendem Pender, Murdaugh e Parsons “*the peer shares saliente similarities and possesses specific concrete knowledge that is pragmatic and derived from personal experiences*” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 224). Da mesma forma Rodrigues, Pereira e Barroso salientam que “o *grupo de pares* tem uma importância redobrada na educação do adolescente porque todos os membros que o compõem se encontram em pé de igualdade ao nível das condutas e dos problemas e dúvidas” (RODRIGUES, PEREIRA e BARROSO, 2005, p. 51).

Pretendeu-se então com a intervenção contribuir para a maior autonomia e responsabilização destes jovens pelo seu processo de saúde, recorrendo nomeadamente a pressupostos da Teoria do *Empowerment*, esperando assim, ajudar os utentes mais desfavorecidos a serem “cada vez menos dependentes e cada vez mais capazes de tomarem decisões sobre as suas vidas, tendo em vista estilos de vida saudáveis e a criação de situações favoráveis à mudança social” (RODRIGUES, PEREIRA e BARROSO, 2005, p. 95). Neste contexto ambicionou-se que a população visada aprofundasse conhecimentos e capacidades a vários níveis, nomeadamente comunicacionais cognitivas e procedimentais, que lhes confira através da maior literacia o poder da escolha fundamentada no sentido da mudança para estilos de vida mais saudáveis, intervindo, segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2011), ao nível das cognições específicas que afectam o comportamento.

4.5 Preparação da Execução e Implementação

Seguindo o processo de Planeamento em Saúde proposto por Imperatori e Giraldes (1993), posteriormente à selecção de estratégias seguem-se as etapas de preparação da execução e implementação.

Para a obtenção dos objectivos estabelecidos foi prevista a realização de três Sessões de Educação Para a Saúde a cada um dos grupos constituintes da população em causa, num total de nove sessões. As estratégias delineadas para a execução da intervenção foram estabelecidas de acordo com os objectivos operacionais e consideraram os domínios da aprendizagem (Apêndice VIII).

Para Imperatori e Giraldes (1993), na fase de preparação da execução torna-se necessário estabelecer uma lista detalhada das actividades, onde se define claramente o seu nome, o seu número bem como o seu objectivo e resultados esperados. Seguidamente expõe-se sob a forma de quadros a especificação detalhada de cada uma das sessões de educação para a saúde.

Quadro n.º4 - Especificação detalhada da sessão de educação para a saúde “Álcool? Não Obrigada!”

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo que pretende atingir	Avaliação
“Álcool? Não Obrigada!” 1ª Sessão de educação para a saúde, dirigida ao grupo de alunos do 7º ano de escolaridade do CED	Enfermeira Ana Afonso	7ºA 23/01/2012 7ºB 20/01/2012 7ºC 23/01/2012	Sala de aula do CED	45 minutos para: exposição; interrogação; entrega de folheto; esclarecimento de dúvidas;	Informar os jovens relativamente ao consumo de álcool	1. Realização efectiva das sessões a pelo menos 70% da população. 2. Que pelo menos 50% dos participantes consiga identificar 5 efeitos nocivos do consumo de álcool e 5 riscos inerentes ao mesmo.

Quadro n.º5 - Especificação detalhada da sessão de educação para a saúde “Era uma vez...”

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo que pretende atingir	Avaliação
<p>“Era uma vez...” 2ª Sessão de educação para a saúde, dirigida ao grupo de alunos do 7º ano de escolaridade do CED</p>	<p>Enfermeira Ana Afonso</p>	<p>7ºA 30/01/2012 7ºB 03/02/2012 7ºC 30/01/2012</p>	<p>Sala de aula do CED</p>	<p>45 Minutos para: Leitura de história; Reflexão; Discussão; Identificação das alternativas de comportamento; Identificação das consequências inerentes a cada alternativa identificada.</p>	<p>Desenvolver competências de decisão relativamente ao consumo de álcool.</p>	<p>1.Realização efectiva das sessões a pelo menos 70% da população. 2. Que os jovens consigam identificar a alternativa de comportamento mais saudável/segura perante a situação apresentada.</p>

Quadro n.º6 - Especificação detalhada da sessão de educação para a saúde “Sabias que...?”

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo que pretende atingir	Avaliação
<p>“Sabias que...?” 3ª Sessão de educação para a saúde, dirigida ao grupo de alunos do 7º ano de escolaridade do CED</p>	<p>Enfermeira Ana Afonso</p>	<p>7ºA 06/02/2012 7ºB 10/02/2012 7ºC 06/02/2012</p>	<p>Sala de aula do CED</p>	<p>45 minutos para: Discussão; Seleccção de informação; Construção de cartaz.</p>	<p>Promover a adopção de estilos de vida saudáveis relativamente ao consumo de álcool</p>	<p>1.Realização efectiva das sessões a pelo menos 70% da população. 2. Que no final da sessão os jovens consigam construir um cartaz com informação relevante a transmitir aos pares.</p>

Posteriormente ao planeamento das sessões agendou-se com os respectivos directores de turma as datas para a implementação da intervenção de acordo com o previsto em cronograma de actividades, sendo que nesta fase a população é constituída por 41 alunos, uma vez que duas jovens foram transferidas para outra instituição escolar no período decorrido entre o diagnóstico de situação e a implementação da intervenção. Desta forma, e com recurso ao programa informático Microsoft Office PowerPoint 2010 (Apêndice IX) a primeira sessão de educação para a saúde teve um carácter mais informativo (domínio cognitivo). Pretendeu-se informar os jovens relativamente ao impacto do consumo de álcool e riscos inerentes recorrendo no entanto a técnicas que exigiam a participação dos mesmos (reflexão, discussão). No final da sessão foi distribuído um folheto informativo com o resumo da informação mais relevante (Apêndice X).

A segunda sessão de educação para a saúde foi delineada de acordo com os pressupostos da Teoria da Aprendizagem Social, nomeadamente quando é defendido neste constructo que “o formando também obtém informação através das consequências prováveis de uma acção modelada” (SANTOS, 2003, p.22). Foi aplicada a técnica de alternativas/consequências, partindo de uma *situação problema* (Apêndice XI) que se submeteu a uma análise crítica do grupo, e que permitiu identificar as várias alternativas de comportamento e respectivas consequências, resultando desta forma num treino de competências de decisão (domínio afectivo). A sessão terminou com a identificação, por parte dos grupos, da alternativa mais segura/saudável.

A última sessão de educação para a saúde teve por estratégia fomentar a educação por pares tendo em consideração os benefícios da adopção de estilos de vida saudáveis (domínio afectivo/psicomotor). Foi pedido aos grupos que seleccionassem informação que considerassem pertinente dar a conhecer aos jovens do colégio. Através da construção de um cartaz informativo (Apêndice XII) e pela técnica de *foot-in-door* pretendeu-se levar a uma reflexão e estruturação do pensamento contribuindo para a integração efectiva da aprendizagem.

4.6 Avaliação

A avaliação constitui a última etapa do processo de Planeamento em Saúde. Para Imperatori e Giraldes “numa situação de planeamento ou programação, a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.178), sendo através destes que conseguimos identificar a realidade e a evolução registada.

De acordo com os objectivos operacionais estabelecidos para o projecto de intervenção, as actividades desenvolvidas foram devidamente planeadas (Apêndice XIII) e identificados à partida os objectivos que se pretendiam alcançar com cada uma delas. A avaliação de cada uma das sessões demonstra claramente a obtenção de todas as metas pré-estabelecidas (Apêndice XIV). Relativamente á globalidade da intervenção, salientam-se os indicadores de actividade, sendo que relativamente ao número de sessões realizadas bem como ao número de cartazes construídos conseguiu-se efectivamente os 100%.

De forma oportuna, no final da intervenção com os alunos (depois das três sessões de educação para a saúde), foi novamente aplicada a tabela relativa aos conhecimentos, do questionário utilizado na fase de diagnóstico de situação, de modo a poder identificar a evolução registada, tendo sido também pedido aos jovens que identificassem por escrito 5 efeitos nocivos do consumo de bebidas alcoólicas e 5 riscos inerentes. O resultado permite afirmar que se verificaram alterações significativas no campo das cognições específicas, verificando-se uma evolução positiva (Apêndice XV).

A intervenção constituiu-se assim como uma forma de *ganhos potenciais em saúde*. Estes são definidos como: “os que resultam da capacidade de intervenção sobre causas evitáveis, controláveis ou resolúveis. São calculados, considerando a evolução temporal (...) numa lógica de redução das desigualdades” (PORTUGAL, Alto Comissariado da Saúde (ACS), 2011a, p.3). Espera-se no entanto contribuir, de forma efectiva, para ganhos em saúde na população abrangida, pois é esperado que os jovens passem a comportar-se no futuro compativelmente com o conhecimento adquirido durante a intervenção. Os ganhos em saúde traduzem a evolução positiva dos resultados e manifestam-se por ganhos em anos de vida, pela diminuição da incapacidade, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial, e pela diminuição do sofrimento evitável

e conseqüente melhoria da qualidade de vida (PORTUGAL, ACS, 2011a). Relativamente à percentagem de alunos que no final da intervenção (das três sessões de educação para a saúde) identificou 5 efeitos nocivos do consumo de bebidas alcoólicas e 5 riscos inerentes ao consumo de álcool, verificou-se que a meta estabelecida (50%) foi ultrapassada, o que nos possibilita afirmar que os objectivos foram alcançados, como demonstrado no quadro n.º7.

Quadro n.º7 - Percentagem de alunos que no final da intervenção identifica 5 efeitos nocivos e 5 riscos inerentes ao consumo de bebidas alcoólicas

População	N.º alunos que participou no preenchimento da avaliação final		N.º alunos que identifica 5 efeitos nocivos do consumo de álcool no final da intervenção		N.º alunos que identifica 5 riscos inerentes ao consumo de álcool no final da intervenção	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
N = 41	36	87,8	28	77,7	26	72,2

Relativamente aos objectivos operacionais estabelecidos que implicam uma mudança de comportamento, nomeadamente:

- Que os jovens adiram a estratégias que promovam a resiliência
- Que os jovens adoptem estilos de vida saudáveis relativamente ao consumo de álcool

é sabido que tendo em consideração o tempo necessário para que tal mudança se verifique, não é possível, no período estabelecido para o desenvolvimento do projecto, efectuar esta avaliação. Estes objectivos são classificados como alcançáveis a longo prazo, sendo que segundo Pender, Murdaugh e Parsons “*long-term outcomes are the ultimate outcomes, as they are the final or end results of the health promotion intervention. Long-term outcomes include lifestyle change and improved quality of life*” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.243). Desta forma seria necessário continuar a acompanhar esta população para se poder avaliar o impacto efectivo da intervenção e os respectivos ganhos em saúde.

5. QUESTÕES ÉTICAS

A responsabilidade moral implícita à prática dos enfermeiros incute nestes profissionais a responsabilidade pelo seu desempenho. Para Stanhope e Lancaster no âmbito da enfermagem comunitária, “onde a maior ênfase é em agregados mais que em clientes individuais, a responsabilidade moral significa ser responsável por como a saúde dos grupos agregados tem sido promovida, protegida e atingida” (STANHOPE e LANCASTER, 1999, p.117). Este facto leva a que o cerne da ética profissional contemple todo o processo garantindo a existência de utilidade a nível do planeamento, implementação e avaliação das intervenções em enfermagem comunitária.

Na demanda pelo conhecimento, e num processo de investigação, os limites existem e não devem em caso algum ser transpostos, nomeadamente no que se refere “ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano” (FORTIN, 2003, p.113). O n.º1 do Artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro realça precisamente que em todas as circunstâncias “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana” (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005, p.59), sendo que nesta relação a dignidade humana é o pilar basilar que se exige de forma constante e imprescindível, e de onde assomam todos os outros princípios.

De acordo com Fortin (2003) o processo de investigação dirigido a seres humanos pode eventualmente suscitar inferências aos direitos e liberdades das pessoas, devendo ser considerados cinco princípios éticos fundamentais:

- O direito à autodeterminação;
- O direito à intimidade;
- O direito ao anonimato e confidencialidade;
- O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo;
- O direito a um tratamento justo e leal.

O desenvolvimento e implementação do projecto teve, em todas as suas fases, subjacente a implicação ética da intervenção. Esta preocupação foi transversal tanto aos métodos escolhidos como à intervenção propriamente dita. Desta forma foi assegurado a todos os participantes o direito de decidir livremente sobre a sua participação. Contudo e

uma vez que do ponto de vista ético e legal assim se impunha, foi solicitado o consentimento informado aos pais/encarregados de educação para a participação dos jovens. Foi tido em consideração o direito dos sujeitos se poderem retirar a qualquer momento da intervenção, inclusivamente as sessões de educação para a saúde foram marcadas para tempos lectivos que não fossem sujeitos a marcação de faltas caso os jovens decidissem não comparecer, não havendo lugar à necessidade de justificação nem prejuízo ou penalidade subsequente.

As informações obtidas na fase de diagnóstico de situação foram devidamente consideradas como íntimas e privadas, e o anonimato e confidencialidade dos dados foi devidamente salvaguardado, sem que em momento algum fosse possível associar as respostas fornecidas à identidade dos indivíduos.

Os jovens envolvidos no projecto estiveram sujeitos a um risco mínimo de sentirem algum tipo de desconforto durante a intervenção, que eventualmente cessou no momento em que esta foi dada por concluída. Este incómodo é descrito por Fortin como “semelhante ao da vida quotidiana da pessoa” (FORTIN, 2003, p.118).

Foi assegurada aos participantes/encarregados de educação a informação relativa à natureza, finalidade, duração e métodos utilizados durante a intervenção.

Salienta-se ainda que a escolha dos indivíduos para o projecto de intervenção esteve directamente relacionada com o problema em foco e com a informação obtida pela mais recente evidência e teórica escolhida, que apontam precisamente para a necessidade de se dirigir acções de prevenção de consumo de substâncias a indivíduos cujos comportamentos não estejam ainda enraizados.

Atendendo ao princípio da equidade, foi feito um esforço suplementar no sentido de se envolverem todas as turmas de 7^o ano do CED, por se considerar que todos os alunos se encontram em condições semelhantes e nesse sentido oferecer a todos a oportunidade de atingir futuramente o melhor nível de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem dos determinantes da saúde, tais como os estilos de vida, em intervenções ao nível da prevenção primária constitui um vasto campo de trabalho para os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária. O álcool é considerado a droga lícita mais consumida em todo o mundo, as consequências do seu consumo de forma abusiva ou inoportuna acarreta consequências incontestavelmente preocupantes no âmbito da Saúde Pública. O período da adolescência ao constituir-se como uma fase de particular vulnerabilidade faz com que estes indivíduos sejam considerados um grupo de risco relativamente aos problemas ligados ao consumo de álcool. De acordo com a mais recente evidência, as intervenções preventivas neste campo fazem sentido quando implementadas precocemente, sendo a escola considerada o setting ideal para esta forma de abordagem. Tais pressupostos fundamentaram o foco do projecto de intervenção comunitária. A população abrangida fora os adolescentes a frequentar o 7º ano de escolaridade num CED de Lisboa.

A convicção de que a promoção da saúde é a pedra basilar das intervenções desenvolvidas ao nível da prevenção primária fundamentou a escolha do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender como referencial teórico, não esquecendo os contributos fundamentais da Teoria da Aprendizagem social de Albert Bandura, que conjuntamente se revelaram adequados e basilaramente norteadores.

De acordo com os problemas identificados na fase de diagnóstico de situação, almejou-se com a intervenção contribuir para a literacia em saúde da referida população, prevenindo desta forma e genericamente os problemas ligados ao consumo de álcool. A avaliação inerente ao processo de planeamento em saúde, metodologia seguida no desenho, implementação e desenvolvimento do referido projecto, permite reconhecer alterações ao nível das cognições específicas e deixa antever futuros ganhos em saúde nesta população.

Um dos objectivos da elaboração do presente relatório prende-se com a demonstração do desenvolvimento de competências essenciais a esta fase de investimento profissional, pelo que seguidamente se apresenta uma breve reflexão do caminho percorrido.

6.1 Competências Desenvolvidas

Actualmente os enfermeiros constituem um pilar fundamental no sistema de saúde e na garantia da qualidade e continuidade dos cuidados prestados à comunidade. Este facto estará intensamente relacionado com o nível de desenvolvimento profissional a que temos assistido e participado.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o estatuto de enfermeiro especialista “reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade” (DECRETO-LEI n.º 104/98, p.1742).

O foco da enfermagem comunitária centra-se na abordagem de intervenções dirigidas à comunidade de forma global, e neste sentido, o percurso de formação especializada requerido ao profissional assume um papel primordial, pois será através deste caminho que adquire e desenvolve competências que lhe 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 de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania”

(REGULAMENTO 128/2011, p.8667)

O caminho percorrido no Estágio de Intervenção Comunitária, corresponde a um momento singular de desenvolvimento pessoal e profissional. Neste contexto e tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública constantes no Regulamento n.º128/2011 do Diário da República nº 35, série II de 18/02/2011, salienta-se que este percurso permitiu efectivamente a avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade através da concretização das várias etapas do processo de planeamento em saúde, o que através da intervenção implementada contribuiu para a sua capacitação, passo indispensável rumo à obtenção de ganhos em saúde.

Igualmente importante foi a oportunidade de liderar todo o processo de intervenção e de garantir desta forma a contribuição para a obtenção dos objectivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), que salientam a evidência de benefícios para a saúde a longo

prazo de intervenções a nível da promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco desenvolvidos em vários contextos nomeadamente o escolar (PORTUGAL, ACS, 2011b).

Para Benner “as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados” (BENNER, 2005, p.14). Neste sentido, e considerando as etapas da aprendizagem experiencial referidas pela autora (baseadas no Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências), conclui-se que o percurso efectuado foi imprescindível para apoiar a experiência da mestranda, advinda de 9 anos de participação em projectos de intervenção comunitária, permitindo alcançar o estado de enfermeira proficiente. Com esta potenciação, a intervenção de enfermagem passou a ser considerada de forma global (não tarefa), em que as situações são avaliadas no presente e perspectivadas em termos de resultados esperados levando à identificação das actividades necessárias para a obtenção dos objectivos almejados. Este facto permite uma melhor compreensão da situação em análise e realça efectivamente os aspectos que devem ser considerados como fundamentais, e representa um marco importante para a garantia da qualidade e excelência dos cuidados prestados, bem como se constitui como etapa indispensável rumo à tão desejada perícia.

Desta forma, conclui-se que os objectivos inerentes à UC Estágio com Relatório foram amplamente atingidos

6.2 Limitações do projecto

O recurso temporal para o desenvolvimento do projecto de intervenção comunitária revelou-se um constrangimento à execução do trabalho. Certo é que a metodologia de planeamento em saúde implica várias etapas que dado o seu carácter de inter-relação condicionam a evolução pretendida a menos que todas elas sejam devidamente contempladas e exploradas. Houve momentos de grande tensão em termos de cumprimento do cronologicamente estabelecido, principalmente quando se depende de forma decisiva da articulação, colaboração e autorização de instituições e famílias.

Este contexto obrigou a uma relação estreita com os profissionais do CED, para que se conseguisse efectivamente ultrapassar estas questões e cumprir rigorosamente todos os estadios preconizados. Desta forma, também estes momentos contribuíram para

o desenvolvimento de competências e capacidades fundamentais à execução da intervenção apelando muitas vezes à criatividade para identificar estratégias de superação de dificuldades.

Na verdade a limitação temporal para a implementação e desenvolvimento do projecto condicionou efectivamente a avaliação de indicadores de resultado, o que nos impossibilita a demonstração real dos ganhos em saúde na população visada. Por outro lado, e assumindo que existe sempre um lado positivo, será este facto um estímulo para a continuação do trabalho desenvolvido até aqui? Com certeza que sim.

Neste sentido, e uma vez que na fase de diagnóstico de situação os jovens identificaram a família como fonte privilegiada de informação, propõe-se no futuro alargar e dar continuidade ao trabalho desenvolvido, dirigindo a intervenção às famílias dos jovens. Pender, Murdaugh e Parsons referem precisamente que a família *“is the primary social structure for health promotion, as health-promoting as well as health-damaging behaviors and lifestyles are learned within the context of the family”* (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.109). Desta forma, a família representa *“a powerful mediating factor in determining how its members cope with health concerns and challenges”* (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p.109).

Pelo exposto ao longo do presente relatório considera-se que os objectivos propostos com a sua elaboração foram claramente alcançados, no entanto, é de realçar que o limite de páginas imposto para o seu desenvolvimento constitui-se um verdadeiro desafio redutor.

7. BIBLIOGRAFIA

BANDURA, A.; AZZI, R.; POLYDORO, S. (2008) – **Teoria Social Cognitiva: CONCEITOS BÁSICOS**. Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-363-1117-3.

BARBOSA, A. (1990) – SOBRE A DIMENSÃO COGNITIVA E CULTURAL PERANTE O USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS – Um estudo na população estudantil do Ciclo Preparatório e do Ensino Secundário do Concelho de Grândola. **ANAIIS PORTUGUESES DE SAÚDE MENTAL**. Ano 6, Vol.6 (1990) 131-151.

BARROSO, T.; BARBOSA, A.; MENDES, A. (2006) – Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes – Revisão sistemática. **Revista Referência** [em linha], II.^a série, n.º3 (Dezembro 2006) 33-44. [06/10/2011]. Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=106&id_rev=4&id_edicao=5.

BARROSO, T.; MENDES, A.; BARBOSA, A. (2009) – ANALYSIS OF THE ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ADOLESCENTS: STUDY CARRIED OUT WITH ADOLESCENTS IN INTERMEDIATE PUBLIC EDUCATION. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [em linha], vol.17, n.º3, (Maio - Junho) 347-353. [06/10/2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300011&script=sci_arttext

BENNER, P. (2005) – **DE INICIADO A PERITO**. 2.^aed. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-052-5.

CARVALHO, A.; CARVALHO, G. (2006) – **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: CONCEITOS, PRÁTICAS E NECESSIDADES DE FORMAÇÃO**. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8930-22-4

CASA PIA DE LISBOA (2007) – **A CARTA**. Lisboa: STM SA. ISBN 978-972-99248-8-0.

CASA PIA DE LISBOA - <http://www.casapia.pt/Default.aspx>. Acedido em 10/10/2011.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011) – **CIPE® Versão 2 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2

DECRETO-LEI n.º 104/1998 – **D.R. I Série**. 93 (1998-04-21) 1739-1757.

DECRETO-LEI n.º 9/2002 – **D.R. I Série**. 20 (2002-01-24) 483-486.

DELIBERAÇÃO n.º 1197/2011 – **D.R. II Série**. 104 (2011-05-30) 23276-23283.

FEIJÃO, F. (2010) – Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. **REVISTA TOXICODPENDÊNCIAS** [em linha], vol.16, n.º1 (2010) 29-46. [10/10/2011]. Disponível em:

http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Text3Vol16_n1E.pdf

FORTIN, M. (2003) – **O Processo de Investigação: Da concepção à realização**. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-10-X

HIBELL et all (2009) - **The 2007 ESPAD Report Substance Use Among Students in 35 European Countries**. Stockholm: CAN. ISBN 978-91-7278-219-8.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. (1986) – **METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 2ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. (1993) – **METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INE, I.P./ INSA, I.P. (2009) – **Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. ISBN 978-972-673-845-8.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, I.P. (2011) - **PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL 2010 – 2012**. Lisboa: IDT, I.P. ISBN 978-972-9345-75-3.

MELLO, M.; BARRIAS, J.; BRENDA, J. (2001) – **Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-9425-93-0.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005) – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2

PENDER, N. (2011) – [Correio electrónico] 20-06-2011. The Health Promotion Model Manual.

PENDER, N.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M. (2011) – **Health Promotion in Nursing Practice**. 6ªed. Boston: Pearson Education. ISBN 978-0-13-509721-2.

PORTUGAL, Alto Comissariado da Saúde (2011a) – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016 OPSS1 (Versão Discussão)**. Acedido a 10/11/2011. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/03/OSS1_17-05-2011.pdf

PORTUGAL, Alto Comissariado da Saúde (2011b) – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016 OPSS2 (Versão Discussão)**. Acedido a 10/11/2011. Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde (2003) – **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**. Acedido a 05/10/2011. Disponível em: http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde (2006) – **PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR**. Lisboa: Divisão de Saúde Escolar. Acedido em 05/10/2011. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSaúdeEscolar.pdf>

REGULAMENTO N.º 128/2011 – **D.R. II Série**. 35 (2011-02-18) 8667-8669.

RODRIGUES, M.; PEREIRA, A.; BARROSO, T. (2005) – **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DE EDUCADORES DE SAÚDE**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. ISBN 972-8485-52-2

SANTOS, A. (2003) – **A Prática da EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**. 9ªed. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-39-8

SOUSA, A. [et al] (2007) – **Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar**. [S.l.] DGIDC, DGS, IDT. ISBN 978-972-742-266-1

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999) – **Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 4ªed. Lisboa: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-05-3

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ªed. Loures: LUSODIDACTA – Soc. Port de Material Didáctico, Lda. ISBN 978-989-8075-29-1

TAVARES, António (1990) - **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. 2ªed. Lisboa: Ministério da Saúde, DHR.

TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ªed. Loures: LUSOCIÊNCIA – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN 972-8383-74-6

VINAGRE, M.; LIMA, M. (2006) – CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E DROGA EM ADOLESCENTES: EXPERIÊNCIAS E JULGAMENTOS DE RISCO. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS** [em linha], vol.7, n.º1. 73-81. [05/10/2011]. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862006000100005&script=sci_arttext

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001) – **DECLARATION ON YOUNG PEOPLE AND ALCOHOL**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido a 05/10/2011. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/88589/E73074.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) – **Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for change**. Geneva: WHO. Acedido a 05/10/2011. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011) – **Global status report on alcohol and health**. Geneva: WHO. ISBN 978 92 4 156415 1

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Provisional agenda item 13.16**. 2011/04/28. Sixty-Fourth World Health Assembly – Youth and health risks. Acessível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-en.pdf

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma do projecto de intervenção

Cronograma de Actividades

	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Diagnóstico de situação						
Definição de Prioridades						
Fixação de Objectivos						
Seleccção de Estratégias						
Preparação da Execução						
Implementação						
Avaliação						

Apêndice II – Pedido de autorização para utilização do Questionário

Ana Afonso <anatpafonso@gmail.com>

 **Questionários adolescentes e álcool**
2 mensagens

Ana Afonso <anatpafonso@gmail.com>
Para: abarbosa@netcabo.pt

15 de julho de 2011 15:50

Boa tarde Dr António Barbosa,

eu sou aluna do II Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e encontro-me actualmente a elaborar o meu projecto de intervenção comunitária na área da Promoção de comportamentos saudáveis no âmbito do consumo de bebidas alcoólicas na população adolescente. Por sugestão da Dr^a Cristina Ribeiro (IDT) li os seus artigos relativamente a esta temática, e gostaria de saber como posso ter acesso aos questionários referidos:

Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool

Questionário de Expectativas acerca do Álcool – Formato Adolescentes (AEQ-A)

Aproveito desde já para pedir a sua autorização para os utilizar na fase de implementação do meu projecto.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada,
Ana Teresa Afonso

abarbosa <abarbosa@netcabo.pt>
Para: Ana Afonso <anatpafonso@gmail.com>

3 de agosto de 2011 09:27

Felicitando-a pelo interesse por esta área envio-lhe o referido questionário que está publicado nos Anais Portugueses de Saúde Mental.
Bom trabalho
António Barbosa

De: Ana Afonso [mailto:anatpafonso@gmail.com]
Enviada: sex 15-07-2011 15:50
Para: abarbosa
Assunto: Questionários adolescentes e álcool

[Texto das mensagens anteriores oculto]

 **Alcool.pdf**
1791K

Apêndice III – Folha de rosto do Questionário

Projecto de Intervenção Comunitária – Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool

Ana Teresa Pedra Afonso, aluna do II Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, no âmbito da implementação do Projecto “Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool”, que tem por finalidade a promoção de comportamentos saudáveis no âmbito do consumo de bebidas alcoólicas na população adolescente a frequentar o 7º ano de escolaridade no CED, e que pretende como objectivo, contribuir para a prevenção dos problemas ligados ao consumo de álcool no referido grupo, pede a sua colaboração no preenchimento do Questionário sobre Consumos de Bebidas Alcoólicas na População Juvenil. Este questionário tem por objectivo colher informações que permitam identificar áreas prioritárias para intervenção no âmbito da Promoção de Saúde.

O preenchimento do questionário não representa qualquer risco, uma vez que fica desde logo assegurado o anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade das informações obtidas.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- Não se identifique;
- O preenchimento do questionário é individual e opcional;
- Deverá responder a todas as questões de forma sincera;
- O tempo estimado para preenchimento é de aproximadamente 20 minutos.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

Apêndice IV – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Projecto de Intervenção Comunitária – Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool

Exmos. Pais/Encarregados de Educação:

No âmbito da implementação do projecto acima referido, integrado no II Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, leccionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a mestranda Ana Teresa Pedra Afonso, sob orientação científica da docente Prof. Dr.^a Lourdes Varandas e do Enf. Rogério Dinis (Especialista em Saúde Pública), do Agrupamento de Centros de Saúde II Lisboa Oriental, vem por este meio convidar o seu educando(a) para a participação no mesmo.

Este Projecto de Intervenção Comunitária tem por finalidade a promoção de comportamentos saudáveis no âmbito do consumo de bebidas alcoólicas na população adolescente a frequentar o 7º ano de escolaridade no CED, e pretende como objectivo, contribuir para a prevenção dos problemas ligados ao consumo de álcool na referida população.

A participação do seu educando não envolve riscos, consistindo no preenchimento de um questionário sobre Consumos de Bebidas Alcoólicas na População Juvenil. Todas as informações fornecidas são anónimas e confidenciais.

Posteriormente e integrado nas dinâmicas escolares, serão realizadas actividades educativas em sala de aula referentes às necessidades identificadas com a aplicação dos questionários.

A sua autorização é fundamental para que o seu educando(a) possa participar, pelo que solicito a sua autorização por escrito. Coloco-me ao dispor para o esclarecimento de qualquer dúvida existente.

Enfermeira Ana Afonso
ACES Lisboa Oriental – 218380057

Eu, _____,
Encarregado de Educação do(a) educando(a) _____ da
turma _____, declaro aceitar que o meu educando colabore no estudo acima referido, tendo
sido informado(a) do seu objectivo.

Declaro que compreendi a informação que me foi dada e pude esclarecer todas as minhas
dúvidas.

(Assinatura do Encarregado de Educação)

Lisboa __/__/__

(Remeter para o Director de Turma)

Apêndice V – Tabelas dos resultados relevantes da aplicação do Questionário

Tabela n.º1 – Distribuição dos sujeitos por Género

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Género		
Masculino	11	35,5
Feminino	20	64,5
Total	31	100

Tabela n.º2 – Distribuição dos sujeitos por idade

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Idade		
12 anos	16	51,6
13 anos	7	22,6
14 anos	7	22,6
15 anos	1	3,2
Total	31	100

Tabela n.º3 – Distribuição dos sujeitos por Consumo de Álcool

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Consumo de Álcool		
Sim	17	54,8
Não	14	45,2
Total	31	100

Tabela n.º4 – Distribuição dos sujeitos que já iniciaram o consumo de álcool por tipo de bebida.

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Consumo de Vinho do Porto/Champagne		
Sim	11	64,7
Não	2	11,8
Sem resposta	4	23,5
Total	17	100
Consumo de Cerveja		
Sim	8	47,1
Não	4	23,5
Sem resposta	5	29,4
Total	17	100
Consumo de Aguardente/Whisky		
Sim	7	41,2
Não	5	29,4
Sem resposta	5	29,4
Total	17	100
Consumo de Vinho		
Sim	6	35,3
Não	4	23,5
Sem resposta	7	41,2
Total	17	100
Consumo de Moscatel/Martini		
Sim	5	29,4
Não	4	23,5
Sem resposta	8	47,1
Total	17	100

Tabela n.º5 – Distribuição dos sujeitos por idade no momento do primeiro consumo de bebidas alcoólicas

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Idade no primeiro consumo de álcool		
5 anos	1	5,9
9 anos	1	5,9
11 anos	9	52,9
12 anos	2	11,8
13 anos	2	11,8
14 anos	1	5,9
15 anos	1	5,9
Total	17	100

Tabela n.º6 – Distribuição dos sujeitos por local do primeiro consumo de bebidas alcoólicas

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Local do primeiro consumo de álcool		
Casa	8	47,0
Casa de familiares	1	5,9
Escola	2	11,8
Bares	2	11,8
Casa de amigos	1	5,9
Sem resposta	3	17,6
Total	17	100

Tabela n.º7 – Distribuição dos sujeitos por iniciativa no momento do primeiro consumo de bebidas alcoólicas

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Iniciativa no primeiro consumo		
Pais/familiares	5	29,4
Amigos	1	5,9
Iniciativa própria	10	58,8
Sem resposta	1	5,9
Total	17	100

Tabela n.º8 – Distribuição dos sujeitos por motivação para o início do consumo de bebidas alcoólicas

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Motivação para o primeiro consumo		
Experimentar	12	70,6
Sentir-se mais adulto	1	5,9
Sem resposta	4	23,5
Total	17	100

Tabela n.º9 – Distribuição da opinião dos sujeitos de acordo com 16 frases sobre o consumo de álcool

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
As bebidas alcoólicas fazem mal ao coração		
Concordo totalmente	18	58,1
Concordo	10	32,2
Não sei	2	6,5
Discordo	0	0
Discordo totalmente	0	0
Sem resposta	1	3,2
Total	31	100
A ingestão de bebidas alcoólicas facilita a vida familiar		
Concordo totalmente	5	16,1
Concordo	2	6,5
Não sei	6	19,3
Discordo	3	9,7
Discordo totalmente	13	41,9
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
As bebidas alcoólicas fazem esquecer os desgostos		
Concordo totalmente	3	9,7
Concordo	3	9,7
Não sei	10	32,2
Discordo	7	22,6
Discordo totalmente	6	19,3
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
As bebidas alcoólicas facilitam a concentração		
Concordo totalmente	4	12,9
Concordo	1	3,2
Não sei	7	22,6
Discordo	6	19,3
Discordo totalmente	11	35,5
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
A ingestão de bebidas alcoólicas agrava o aborrecimento		
Concordo totalmente	5	16,1
Concordo	5	16,1
Não sei	18	58,1
Discordo	0	0
Discordo totalmente	1	3,2
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
A ingestão de bebidas alcoólicas causa problemas no emprego		
Concordo totalmente	11	35,5
Concordo	7	22,6
Não sei	10	32,2
Discordo	0	0
Discordo totalmente	1	3,2
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
O álcool é um alimento com valor nutritivo		
Concordo totalmente	2	6,5
Concordo	3	9,7
Não sei	13	41,9
Discordo	1	3,2
Discordo totalmente	10	32,2

Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
As bebidas alcoólicas tiram a memória		
Concordo totalmente	6	19,3
Concordo	3	9,7
Não sei	17	54,8
Discordo	2	6,5
Discordo totalmente	1	3,2
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
O uso de bebidas alcoólicas agrava as contrariedades da vida		
Concordo totalmente	5	16,1
Concordo	8	25,8
Não sei	15	48,4
Discordo	0	0
Discordo totalmente	1	3,2
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
A ingestão de bebidas alcoólicas facilita a convivência social		
Concordo totalmente	2	6,5
Concordo	1	3,2
Não sei	14	45,1
Discordo	5	16,1
Discordo totalmente	7	22,6
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
As bebidas alcoólicas diminuem a potência sexual		
Concordo totalmente	3	9,7
Concordo	3	9,7
Não sei	22	70,9
Discordo	0	0
Discordo totalmente	1	3,2
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
As bebidas alcoólicas prejudicam o rendimento escolar		
Concordo totalmente	10	32,2
Concordo	7	22,6
Não sei	11	35,5
Discordo	1	3,2
Discordo totalmente	0	0
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
As bebidas alcoólicas dão força		
Concordo totalmente	3	9,7
Concordo	1	3,2
Não sei	16	51,6
Discordo	3	9,7
Discordo totalmente	6	19,3
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
O uso de bebidas alcoólicas estimula a imaginação criativa		
Concordo totalmente	3	9,7
Concordo	2	6,5
Não sei	20	64,5
Discordo	2	6,5
Discordo totalmente	2	6,5
Sem resposta	2	6,5

Total	31	100
As bebidas alcoólicas destroem as amizades		
Concordo totalmente	9	29
Concordo	6	19,3
Não sei	12	38,7
Discordo	0	0
Discordo totalmente	2	6,5
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100
As bebidas alcoólicas ajudam a descontrair		
Concordo totalmente	2	6,5
Concordo	2	6,5
Não sei	18	58,1
Discordo	2	6,5
Discordo totalmente	5	16,1
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100

Tabela n.º10 – Distribuição da opinião dos sujeitos relativamente aos benefícios das bebidas alcoólicas na Infância, Adolescência e Vida Adulta

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Na Infância		
Muito	3	9,7
Pouco	2	6,5
Nada	20	64,5
Sem resposta	6	19,3
Total	31	100
Na Adolescência		
Muito	5	16,1
Pouco	6	19,3
Nada	15	48,4
Sem resposta	5	16,1
Total	31	100
Na Vida Adulta		
Muito	5	16,1
Pouco	9	29
Nada	10	32,2
Sem resposta	7	22,6
Total	31	100

Tabela n.º11 – Distribuição da opinião dos sujeitos quanto aos malefícios da ingestão de bebidas alcoólicas durante a gravidez

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Durante a gravidez as bebidas alcoólicas fazem mal		
Muito	25	80,6
Pouco	0	0
Nada	4	12,9
Sem resposta	2	6,5
Total	31	100

Tabela n.º12 – Distribuição da opinião dos sujeitos quanto aos benefícios da ingestão de bebidas alcoólicas durante a amamentação

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Durante a amamentação as bebidas alcoólicas são benéficas		
Muito	4	12,9
Pouco	1	3,2
Nada	21	67,7
Sem resposta	5	16,1
Total	31	100

Tabela n.º13 – Distribuição da opinião dos sujeitos quanto ao risco de ocorrência de acidentes na primeira hora após a ingestão de bebidas alcoólicas

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
3 dl de vinho + 1bagaço		
Muito	15	48,4
Pouco	7	22,6
Nada	3	9,7
Sem resposta	6	19,3
Total	31	100
½ Litro de vinho + 1 bagaço		
Muito	13	41,9
Pouco	7	22,6
Nada	4	12,9
Sem resposta	7	22,6
Total	31	100
3 Imperiais ou 2 cervejas		
Muito	14	45,1
Pouco	8	25,8
Nada	4	12,9
Sem resposta	5	16,1
Total	31	100
2 Imperiais + 1 bagaço		
Muito	13	41,9
Pouco	7	22,6
Nada	3	9,7
Sem resposta	8	25,8
Total	31	100

Tabela n.º14 – Distribuição da opinião dos sujeitos quanto ao risco da ingestão de bebidas alcoólicas de acordo com a frequência e quantidade

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Diariamente ½ Litro de vinho a cada refeição		
Muito	7	22,6
Pouco	9	29
Nenhum	4	12,9
Não Sei	7	22,6
Sem resposta	4	12,9
Total	31	100
Regularmente 1 garrafa de 3 dl de vinho + 1 bagaço ao almoço e ao jantar		
Muito	8	25,8
Pouco	7	22,6
Nenhum	5	16,1
Não Sei	7	22,6
Sem resposta	4	12,9
Total	31	100
Ocasionalmente, em festa ou convívio, entre 1 ou 2 litros de vinho, ou 5 a 6 whiskeys ou 5 a 6 brandies ou licores		
Muito	15	48,4
Pouco	4	12,9
Nenhum	2	6,5
Não Sei	7	22,6
Sem resposta	3	9,7
Total	31	100

Tabela n.º15 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o seu conceito de pessoa alcoólica

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Se embriaga de tempos a tempos mas não bebe habitualmente		
Sim	2	6,5
Não	9	29
Não sei	15	48,4
Sem resposta	5	16,1
Total	31	100
Não se embriaga mas bebe diariamente 2 Lt de vinho		
Sim	8	25,8
Não	3	9,7
Não sei	16	51,6
Sem resposta	4	12,9
Total	31	100
Não pode passar sem beber bebidas alcoólicas regularmente		
Sim	12	38,7
Não	4	12,9
Não sei	11	35,5
Sem resposta	4	12,9
Total	31	100

Tabela n.º16 – Distribuição da opinião dos sujeitos quanto à fonte de informação privilegiada

VARIÁVEL	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Quem melhor te informou sobre os efeitos nocivos da ingestão de bebidas alcoólicas		
Familiares	15	48,4
Amigos	1	3,2
Rádio/Televisão	1	3,2
Livros/Revistas	0	0
Professores	3	9,7
Sem resposta	11	35,5
Total	31	100

Apêndice VI – Tabelas de Comparação por Pares dos peritos

Perito 1 - Mestranda

Problema	Código	Comparação				Classificação	Ordem
Início precoce do consumo de bebidas alcoólicas	A	A B	A C	A D	A E	A = 2	3º
Consumo de álcool incentivado por familiares	B	B C	B D	B E		B = 1	4º
Desconhecimento sobre o impacto do consumo inadequado de álcool	C	C D	C E			C = 3	2º
Desconhecimento dos riscos inerentes ao consumo de álcool	D	D E				D = 4	1º
Desconhecimento da relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a frequência e quantidade ingerida	E					E = 0	5º

Perito 2 - Enfermeiro Orientador do Local de Estágio

Problema	Código	Comparação				Classificação	Ordem
Início precoce do consumo de bebidas alcoólicas	A	A B	A C	A D	A E	A = 2	2º
Consumo de álcool incentivado por familiares	B	B C	B D	B E		B = 1	1º
Desconhecimento sobre o impacto do consumo inadequado de álcool	C	C D	C E			C = 4	4º
Desconhecimento dos riscos inerentes ao consumo de álcool	D	D E				D = 3	3º
Desconhecimento da relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a frequência e quantidade ingerida	E					E = 0	5º

Perito 3 – Técnico do CED

Problema	Código	Comparação				Classificação	Ordem
Início precoce do consumo de bebidas alcoólicas	A	A B	A C	A D	A E	A = 2	2º
Consumo de álcool incentivado por familiares	B	B C	B D	B E		B = 1	3º
Desconhecimento sobre o impacto do consumo inadequado de álcool	C	C D	C E			C = 3	1º
Desconhecimento dos riscos inerentes ao consumo de álcool	D	D E				D = 3	1º
Desconhecimento da relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a frequência e quantidade ingerida	E					E = 1	3º

Apêndice VII – Tabela geral de Comparação por Pares

Tabela geral de Comparação por Pares

Problema	Classificação			Total	Ordem
	Perito 1	Perito 2	Perito 3		
A - Início precoce do consumo de bebidas alcoólicas	2	2	2	6	2º
B - Consumo de álcool incentivado por familiares	1	1	1	3	3º
C - Desconhecimento sobre o impacto do consumo inadequado de álcool	3	4	3	10	1º
D - Desconhecimento dos riscos inerentes ao consumo de álcool	4	3	3	10	1º
E - Desconhecimento da relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a frequência e quantidade ingerida	0	0	1	1	4º

Apêndice VIII – Quadro de estratégias delineadas

Quadro de estratégias, métodos e técnicas a aplicar de acordo com os objectivos operacionais.

Objetivos Operacionais	Estratégia	Método	Técnica
<p>1• Que os jovens consigam identificar cinco efeitos nocivos do consumo de álcool e riscos associados</p> <p>(Dominio Cognitivo)</p>	<p>Informar os jovens relativamente ao álcool</p> <p>Informar os jovens relativamente ao impacto do consumo de álcool</p> <p>Consciencializar os jovens para os riscos inerentes ao consumo de bebidas alcoólicas</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Discussão dirigida</p>	<p>Exposição</p> <p>Perguntas</p> <p>Discussão</p>
<p>2• Que os jovens adiram a estratégias que promovam a resiliência</p> <p>(Dominio Afectivo)</p>	<p>Treino de competências de decisão</p> <p>Perceção dos fatores determinantes do comportamento</p> <p>Promover o desenvolvimento pessoal</p>	<p>Ativo</p>	<p>Alternativas/Consequências</p> <p><i>Brainstorm</i></p> <p>Reflexão</p>
<p>3• Que os jovens adotem estilos de vida saudáveis relativamente ao consumo de álcool</p> <p>(Dominio Afectivo/psicomotor)</p>	<p>Salientar os benefícios da adoção de estilos de vida saudáveis</p> <p>Educação por pares</p>	<p>Ativo</p>	<p><i>Foot-in-the-door</i></p> <p>Reflexão</p>

Apêndice IX – Diapositivos apresentados na Sessão de Educação para a Saúde “Álcool? Não obrigado!”

Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool

ALCOOL? NAO OBRIGADO!



Enf.ª Ana Afonso

Prof. Orientador – Dr.ª Lourdes Varandas
Enf. Orientador – Enf.ª Rogério Dinis

II Mestrado de Natureza Profissional – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
2012

OBJECTIVOS DA SESSÃO



Objectivo Geral

- Informar os jovens relativamente ao consumo de álcool

Objectivos Específicos

Que no final da sessão os jovens consigam identificar

- Cinco efeitos nocivos do consumo de álcool
- Cinco riscos inerentes ao consumo de álcool

ALCOOL

O que é?

O álcool é uma droga depressora do SNC com efeitos desinibidores.

Apresenta-se sob a forma de um líquido produzido a partir de cereais, raízes e frutos. Este líquido pode ser:

Fermentado - atinge concentrações etílicas entre 5 e 20%.
Daqui resulta a cerveja, o vinho, a sidra, etc.

Destilado e/ou com adição de álcool resultante de destilação - atinge maior concentração etílica, até aos 40%.
Daqui resulta a aguardente, o licor, o gin, o whisky, a vodka, o rum, as bebidas espirituosas, etc.

EFEITOS DO ALCOOL

Quando se consome uma bebida alcoólica o álcool passa para o sangue

15 a 30 minutos se ingerido fora das refeições
30 a 60 minutos se ingerido às refeições

Através da boca e do esófago o álcool chega ao estômago e ao intestino onde se dá a sua absorção.

É transportado pelo sangue até ao fígado onde começa a ser degradado.

O álcool prossegue na circulação (sangue) atingindo o coração, os pulmões, o cérebro, os rins, os membros bem como todas as restantes partes do corpo.



EFEITOS DO ALCOOL

Factores que podem influenciar o efeito do álcool

Género

A graduação da bebida

A quantidade de bebida ingerida

A quantidade de comida ingerida

Constituição física do indivíduo

A tolerância do indivíduo á bebida

O estado de espírito

O ambiente



EFEITOS DO ALCOOL

Quando bebes em excesso tens a **ILUSÃO** de ser mais forte, mais ágil, mais rápido.. mas na verdade estás mais fraco, menos ágil e mais confuso!

O álcool, mesmo em pequenas quantidades:

Deixa-te mais lento;
Turva a visão;
Diminui a percepção das distâncias.



EFEITOS DO ALCOOL

Depois
do
consumo

- Euforia
- Desinibição
- Menor capacidade de escuta
- Menor capacidade de compreensão
- Aumento do tempo de resposta
- Sonolência
- Visão turva



EFEITOS DO ALCOOL

Se
consumido
de forma
exagerada

- Perda de equilíbrio
- Descoordenação motora
- Redução da força muscular
- Náuseas
- Dores de cabeça
- Oscilações de humor
- Depressão
- Agressividade
- Coma alcoólico



EFEITOS DO ALCÓOL

Se consumido frequentemente de forma exagerada

- Anemia
- Problemas hepáticos
- Problemas gastrointestinais
- Diminuição das defesas do Sistema Imunitário
- Depressão
- Delírios
- Psicose
- Danos cerebrais



EFEITOS DO ALCÓOL

Os problemas advindos do consumo de álcool estendem-se à vivência familiar. Em muitas famílias portuguesas existe abuso de álcool e consequente violência doméstica. A pessoa que bebe tende a tolerar menos a frustração e fica menos aberta ao diálogo e por vezes torna-se violenta. Os abusos podem ser físicos, mentais e sexuais, (agressões, violações, insultos, humilhações, etc.).

Frequentemente ocorrem situações de:

- Carências ou dificuldades materiais;
- Alterações relacionais (conflitos, agressividade, dramatização);
- Degradação das condições do lar;
- Desagregação/separação familiar.



EFEITOS DO ALCÓOL

No Trabalho - uma vez que o álcool altera as atitudes, os comportamentos, a percepção, a motricidade, a atenção, é sempre um factor de risco para o trabalhador



Na sociedade - No âmbito do alcoolismo, a maioria dos comportamentos que infringem a ordem pública, a segurança e a lei, dizem respeito a indivíduos em estado de embriaguez.



RISCOS DO ALCÓOL

É a droga legal mais consumida em Portugal. No entanto, de acordo com a Legislação Portuguesa, só pode ser adquirida e consumida por maiores de 16 anos.

Por ser legal, a maioria das pessoas não valoriza os riscos que esta droga representa para a saúde. O álcool é visto como presença indispensável em festas e comemorações, caindo-se muitas vezes no abuso da substância.



RISCOS DO ALCOOL

Se pensas que o álcool é sinal de boa disposição, momentos divertidos, é importante saberes que o álcool também é responsável por muitos casos de acidentes rodoviários, violência doméstica, dificuldades nas relações pessoais e sociais. Sim, o álcool nem sempre facilita a relação com o outro, na verdade dificulta esta tarefa.



RISCOS DO ALCOOL

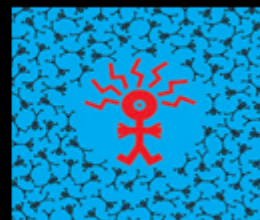
Frequentemente, associado ao consumo abusivo de álcool existe um maior risco de...

- Acidentes (traumatismos, quedas, etc.)
- Acidentes de viação
- Alterações a nível da Saúde
- Alterações a nível do rendimento escolar
- Perturbações laborais
- Episódios de violência e criminalidade
- Comportamentos sexuais de risco (doenças, gravidez)
- Problemas no decurso da gravidez
- Malformações fetais
- Alterações dos relacionamentos (social ou familiar)
- Suicídio



(-)

MITOS



O álcool aquece.. O álcool **NÃO** aquece!

O álcool mata a sede.. O álcool **NÃO** mata a sede!

O álcool dá força.. O álcool **NÃO** dá força!

O álcool é um medicamento.. O álcool **NÃO** é um medicamento!

O álcool é um alimento, facilita a digestão, abre o apetite..

O álcool **NÃO** é um alimento
Não facilita a digestão **NEM** abre o apetite!

Crianças e jovens até aos 18 anos..

Mulheres grávidas e a amamentar..

Pessoas durante o trabalho..

Pessoas que vão conduzir..

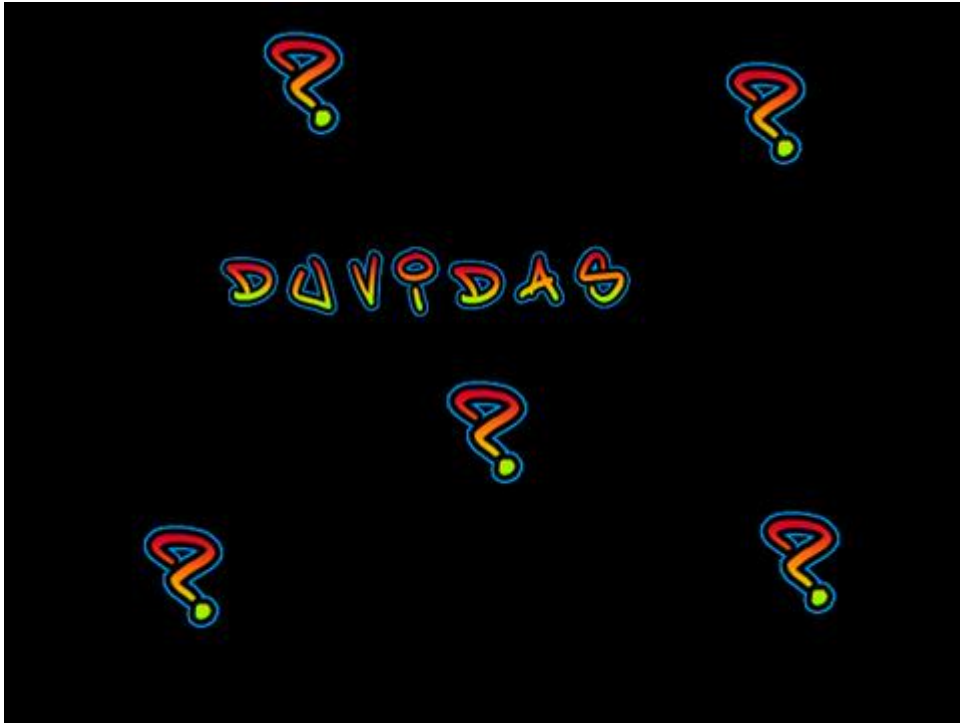
Doentes..

Doentes alcoólicos tratados..



DEVEM DIZER:

ALCOOL? NAO OBRIGADO!



Apêndice X – Folheto informativo

RISCOS

Frequentemente, associado ao consumo abusivo de álcool existe um maior risco de...

- Acidentes (traumatismos, quedas, etc.)
- Acidentes de viação
- Alterações a nível da Saúde
- Alterações a nível do rendimento escolar
- Perturbações laborais
- Episódios de violência e criminalidade
- Comportamentos sexuais de risco
- Problemas no decurso da gravidez
- Malformações fetais
- Alterações dos relacionamentos
- Suicídio

MITOS

É importante esclarecer que o álcool:

- NÃO** aquece!
- NÃO** mata a sede!
- NÃO** dá força!
- NÃO** é um medicamento!
- NÃO** é um alimento!
- NÃO** facilita a digestão!
- NÃO** abre o apetite!

CONTACTOS

Contactos Telefónicos:

Atendimento Jovem	218380057
Linha da Juventude	707203030
Linha Vida	1414
Inf. a Vítimas de Violência Doméstica	800202148

SITES:

<http://www.idt.pt>
<http://www.tu-alinhas.pt>
<http://juventude.gov.pt>

ESEL – II Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Prevenção dos Problemas Ligados ao Alcool

ALCOOL? NÃO CERVEJADO!



Elaborado por:
Enf.ª Ana Afonso

Prof. Orientador: Dr.ª Lourdes Varandas
Enf. Orientador: Rogéria Dinis

2012

Prevenção dos Problemas Ligados ao Alcool

ALCOOL

O álcool é uma droga depressora do SNC com efeitos desinibidores. Apresenta-se sob a forma de um líquido produzido a partir de cereais, raízes e frutos.

Este líquido pode ser:

Fermentado - atinge concentrações etílicas entre 5 e 20%. Daqui resulta a cerveja, o vinho, a sidra, etc.
Destilado e/ou com adição de álcool resultante de destilação - atinge maior concentração etílica, até aos 40%. Daqui resulta a aguardente, o licor, o gin, o whisky, o vodka, o rum, as bebidas espirituosas, etc.

Quando se consome uma bebida alcoólica o álcool passa para o sangue:

Através da boca e do esófago o álcool chega ao estômago e ao intestino onde se dá a sua absorção.

É transportado pelo sangue até ao fígado onde começa a ser degradado.

O álcool prossegue na circulação (sangue) atingindo o coração, os pulmões, o cérebro, os rins, os membros bem como todas as restantes partes do corpo.



EFEITOS DO ALCOOL

O álcool afecta de maneira diferente os homens e as mulheres. Isto deve-se ao facto das mulheres terem na sua constituição física menos água, o que faz com que o álcool seja menos diluído.



Existem outros factores que podem influenciar o efeito do álcool:

A graduação da bebida
A quantidade de bebida ingerida
A quantidade de comida ingerida antes do consumo
Constituição física do indivíduo

A tolerância do indivíduo à bebida
O estado de espírito na altura em que se bebe (sentes-te contente, alegre, triste, zangado?)
O ambiente (é um ambiente alegre, descontraído e confortável, um lugar que te transmite segurança?)

Depois do consumo

- Euforia
- Desinibição
- Menor capacidade de escuta
- Menor capacidade de compreensão
- Aumento do tempo de resposta
- Sonolência
- Visão turva

Se consumido de forma exagerada

- Perda de equilíbrio
- Descoordenação motora
- Redução da força muscular
- Náuseas
- Dores de cabeça
- Oscilações de humor
- Depressão
- Agressividade
- Coma alcoólico

Se consumido frequentemente de forma exagerada

- Anemia
- Problemas hepáticos
- Problemas gastrointestinais
- Diminuição das defesas do Sistema Imunitário
- Depressão
- Delírios
- Psicose
- Danos cerebrais

Apêndice XI – Situação problema contada na Sessão de Educação para a Saúde “Era uma vez...”

“Era uma vez...”

Treino de competências de decisão

Já passa das 22h, um grupo de jovens junta-se no posto de combustível para comprar bebidas. São vários, com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos.

A Joana nunca tinha conseguido que os pais a deixassem sair à noite... no entanto hoje é um dia especial. É o seu 15º aniversário e finalmente conseguiu a tão desejada autorização para festejar noite dentro com os seus amigos.

A sua ideia não era bem esta... sempre achou que iria a um bar ouvir música e com sorte dançar com o Pedro, à tanto tempo que o admirava! Contudo a malta não se mostrou disponível para alterar os seus hábitos. Era ritual ao fim de semana encontrarem-se por volta das 22h naquelas bombas de gasolina, comprarem uns litros de cerveja e irem para o parque municipal beber até acabar. Depois de insistir e sem conseguir que não fosse esse o destino desta noite tão especial, Joana concorda em acompanhar o grupo em mais uma das suas noites de “copos”.

“-Anda lá! Vais gostar de vir connosco, a malta diverte-se e bebe uns copos e... quem sabe o que pode acontecer!”

“-Se não quiseres vir, olha temos pena mas vais ter que festejar sozinha!”

Isso é que não! Está fora de questão voltar para casa meia hora depois de ter saído. Há tanto tempo que esperava por uma saída à noite com este grupo. Ainda para mais o Pedro está especialmente engraçado hoje, a noite dá-lhe um ar ainda mais apetecível.

O Pedro nunca lhe ligou... mas sabia perfeitamente que era admirado por Joana. Ela parecia-lhe um bocado “betinha”, uma miúda demasiado atinada para se poder encaixar no grupo. Ela até é engraçada e divertida mas... um bocado “careta”... nem costuma sair à noite! Ele que com 16 anos já o faz há tanto tempo... nem consegue imaginar como possa isso ser possível! E para mais, a Joana fez questão de dizer que não bebe... nunca antes o fizera! Que seca de miúda!

Depois de juntarem o dinheiro que cada um trazia, lá compraram a cerveja e seguiram para o local habitual. Todos bebem menos a Joana que vai dispensando as várias ofertas que lhe fazem! A noite não está a correr como sonhara! E cada vez se sente menos integrada no grupo, eles até parecem estar a divertir-se, mas... a verdade é que não sabe sequer o que fazer para se integrar.

A noite vai avançando e os ânimos da malta vão-se alterando. Curiosamente o Pedro aproximou-se de Joana. Está aparentemente alegre e satisfeito com a sua presença. Vai lançando uns piropos ao mesmo tempo que insiste para que beba um pouquinho!

“- Vá lá... deixa de ser careta Joana! Tu até és uma rapariga fixe... e bonita... porque não experimentas?”

Joana recusa mais uma vez... mas... está cada vez mais difícil manter a palavra... todo o grupo insiste e não é fácil rejeitar a oferta.

O Pedro está muito mais próximo, continua a beber e vai ficando mais atrevido... de presente oferece-lhe um beijo. Joana nem quer acreditar... afinal a noite está a correr melhor do que alguma vez esperara! Finalmente o Pedro está a corresponder da melhor forma, agora é só descobrir uma maneira para que ele não escape!

Por volta da meia-noite aparece um carro. Era o João, primo do Pedro. Acabou de fazer 18 anos e já anda sozinho a conduzir á noite. Com ele trouxe mais uma garrafa, mas desta vez de whisky. Ficaram todos muito entusiasmados com a sua presença e mais entusiasmados ainda com a bebida! Joana começou a achar que seria melhor regressar a casa.

O Pedro insistiu:

“ Joana não vás já embora... a noite ainda é uma criança, e agora é que está a ficar interessante! Vamos festejar os teus anos á maneira!”

Joana desculpa-se e vai dizendo que está a ficar tarde e ainda vai demorar algum tempo no caminho de regresso. Nesta altura o João passa-lhe um copo com whisky para a mão e vai dizendo:

“-Vá lá miúda! Só se faz 15 anos uma vez na vida! Bebe e não te preocupes que eu levo-te a casa.”

Joana sente-se entre a espada e a parede... o que fazer? E ...quais as consequências?

**Apêndice XII – Cartazes informativos construídos pelos grupos na
Sessão de Educação para a Saúde “Sabias que...”**



SABIAS QUE...

O álcool é uma droga depressora do sistema Nervoso Central com efeitos desintoxicantes.

Apresenta-se sob a forma de um líquido produzido a partir de cereais, raízes e frutos.

Este líquido pode ser:

- Fermentado** - atinge concentrações etílicas entre 6 e 20%. Daqui resulta a cerveja, o vinho, a sidra, etc.
- Destilado** - atinge maior concentração etílica, até aos 40%. Daqui resulta o aguardente, o licor, o gin, o whisky, a vodka, o rum, as bebidas espirituosas, etc.

Efeitos do Alcool

Factores que podem influenciar o efeito do álcool:

- Género (masculino/feminino)
- A graduação da bebida
- A quantidade de bebida ingerida
- A quantidade de comida ingerida
- Constituição física do indivíduo
- A tolerância do indivíduo à bebida
- O estado de espírito
- O ambiente



Depois do consumo

- Euforia
- Desinibição
- Menor capacidade de escuta
- Menor capacidade de compreensão
- Aumento do tempo de resposta
- Sensação de vertigem
- Visão turva

LEMBRAMOS QUE

- O álcool **NÃO** aquece!
- O álcool **NÃO** mata a sede!
- O álcool **NÃO** dá força!
- O álcool **NÃO** é um medicamento!
- O álcool **NÃO** é um alimento!
- O álcool **NÃO** facilita a digestão!
- O álcool **NÃO** abre o apetite!



Crianças e jovens até aos 18 anos...
Mulheres grávidas e a amamentar...

Pessoas durante o trabalho...
Pessoas que vão conduzir...
Pessoas com problemas de saúde...
Pessoas com problemas alcoólicos tratados...

DEVEM DIZER:
COLE NÃO CORTEGADO!



Se consumido de forma exagerada

- Perda de equilíbrio
- Descoordenação motora
- Redução da força muscular
- Náuseas
- Dores de cabeça
- Oscilações de humor
- Depressão
- Agressividade
- Coma alcoólico



Se consumido frequentemente de forma exagerada

- Anemia
- Problemas hepáticos
- Problemas gastrointestinais
- Diminuição das defesas do Sistema Imunitário
- Depressão
- Delírios / Psicose
- Danos cerebrais



SUGERIMOS

Alternativa saudável

CAIPIRINHA SEM ÁLCOOL

Ingredientes:
Água tônica q.b.
Açúcar amarelo
1/2 de lima
Sumo de limão q.b.

Preparação:
Num almofariz misturar a lima com o açúcar amarelo. Depois juntar um pouco de sumo de limão, mexer bem e por fim juntar a água tônica e gelo picado até encher o copo.



SABIAS QUE

O álcool é uma droga depressora do Sistema Nervoso Central com efeitos desinibidores.

Apresenta-se sob a forma de um líquido produzido a partir de cereais, raízes e frutos.

Este líquido pode ser:

Fermentado - atinge concentrações etílicas entre 5 e 20%. Daqui resulta a cerveja, o vinho, a sidra, etc.

Destilado e/ou com adição de álcool resultante de destilação - atinge maior concentração etílica, até aos 50%. Daqui resulta a aguardente, o licor, o gin, o whisky, a vodka, o rum, as bebidas espirituosas, etc.

EFEITOS DO ALCOOL

Factores que podem influenciar o efeito do álcool

- Género (masculino/feminino)
- A graduação da bebida
- A quantidade de bebida ingerida
- A quantidade de comida ingerida
- Constituição física do indivíduo
- A tolerância do indivíduo á bebida
- O estado de espírito
- O ambiente



Depois do consumo

- Euforia
- Desinibição
- Menor capacidade de escuta
- Menor capacidade de compreensão
- Aumento do tempo de resposta
- Sonolência
- Visão turva

LEMBRAMOS QUE

- O álcool **NÃO** aquece!
- O álcool **NÃO** mata a sede!
- O álcool **NÃO** dá força!
- O álcool **NÃO** é um medicamento!

EFEITOS DO ALCOOL

Os problemas advindos do consumo de álcool estendem-se à **vida familiar**. Em muitas famílias portuguesas existe abuso de álcool e consequente violência doméstica. A pessoa que bebe tende a tolerar menos a frustração, fica menos aberta ao diálogo e por vezes torna-se violenta. Os abusos podem ser físicos, mentais e sexuais, (agressões, violações, insultos, humilhações, etc.).

Frequentemente ocorrem situações de:

- Condições de dificuldades materiais
- Alterações relacionais
- Despreocupação das condições de vida

Frequentemente, associado ao consumo abusivo de álcool existe um maior risco de...

- Acidentes (traumatismos, quedas, etc.)
- Acidentes de viação
- Alterações a nível da Saúde
- Alterações a nível do rendimento escolar
- Perturbações laborais
- Esplosões de violência e criminalidade
- Comportamentos sexuais de risco
- Problemas no decurso da gravidez
- Mutuações de saúde

LEMBRAMOS QUE

- O álcool **NÃO** aquece!
- O álcool **NÃO** mata a sede!
- O álcool **NÃO** dá força!
- O álcool **NÃO** é um medicamento!
- O álcool **NÃO** é um alimento!
- O álcool **NÃO** facilita a digestão!
- O álcool **NÃO** abre o apetite!



CHAMUSCA

Alternativa saudável

MORANGUITO

Ingredientes:

- 2 morangos grandes e frescos
- 6 Cl de sumo de laranja
- 6 Cl de sumo de ananás
- 3 Cl de sumo de limão
- 2 Cl de concentrado de morango
- 1 morango fresco para decorar

Preparação:

Com uma varinha mágica esmague os morangos juntamente com os sumos e com o concentrado de morango. Deite tudo num copo alto. Decore com o morango fresco.

SABIAS QUE

O álcool é uma droga depressora do Sistema Nervoso Central com efeitos sedativos.

Apresenta-se sob a forma de um líquido produzido a partir do milho, ração e frutas.

Este líquido pode ser:

- vinhos** - atinge concentrações etílicas entre 8 e 20%. Dado o resultado a carne, o vinho, o azeite, etc.
- destilado** - atinge com adição de álcool concentrações de destilação - atinge maior concentração etílica, até aos 40%.
- bebidas** - resulta e apresenta a licor, o gin, o whisky, o rum, o rum, as bebidas espirituosas, etc.

EFEITOS DO ALCOOL

Quando se consome uma bebida alcoólica o álcool passa pelo estômago...

Através da boca e do esôfago o álcool chega ao estômago e nos intestinos onde se dá a sua absorção. É transportado pelo sangue até ao fígado onde acontece a sua degradação.

O álcool penetra na circulação (sangue) transporta e chega em poucos minutos ao cérebro, onde acontece uma ação sobre os neurónios.

EFEITOS DO ALCOOL

Factores que podem influenciar o efeito do álcool:

- Género (masculino/feminino)
- A quantidade da bebida ingerida
- A quantidade de comida ingerida
- Constituição física do indivíduo
- A resistência do indivíduo à bebida
- O estado de espírito
- O ambiente

SUGERIMOS

Alternativa saudável

REPRESENTANTE

Ingredientes:
200 ml de limão
200 ml de açúcar
200 ml de água
1/2 limão de perfume de bebida
Beleza a gosto

Preparação:
Misture todos os ingredientes num liquidificador e sirva de seguida.

LEMBRAMOS QUE

- O álcool **NÃO** aquece!
- O álcool **NÃO** mata a sede!
- O álcool **NÃO** dá força!
- O álcool **NÃO** é um medicamento!
- O álcool **NÃO** é um alimento!
- O álcool **NÃO** facilita a digestão!
- O álcool **NÃO** abre o apetite!

Crianças e jovens até aos 18 anos...
Mulheres grávidas e a amamentar...
Pessoas durante o trabalho...
Pessoas que vão conduzir...
Doentes...
Doentes alcoólicos tratados...

DEVEM DIZER:

ALCOOL? NÃO OBRIGADO!

Crianças e jovens até aos 18 anos...
Mulheres grávidas e a amamentar...
Pessoas durante o trabalho...
Pessoas que vão conduzir...
Doentes...
Doentes alcoólicos tratados...

DEVEM DIZER:

ALCOOL? NÃO OBRIGADO!

Se consumido de forma exagerada

- Perda de equilíbrio
- Descoordenação motora
- Redução da força muscular
- Náuseas
- Dores de cabeça
- Oscilações de humor
- Depressão
- Agressividade
- Coma alcoólico

SUGERIMOS

Alternativa saudável

CAIPIRINHA SEM ÁLCOOL

Ingredientes:
Água tônica q.b.
Açúcar amarelo
1/2 de lima
Sumo de limão q.b.

Preparação:
Num almofariz misturar a lima com o açúcar amarelo. Depois juntar um pouco de sumo de limão, mexer bem e por fim juntar a água tônica e gelo picado até encher o copo.

Se consumido frequentemente de forma exagerada

- Anemia
- Problemas hepáticos
- Problemas gastrointestinais
- Diminuição das defesas do Sistema Imunitário
- Depressão
- Delírios / Psicose
- Danos cerebrais

ção de informação e construção - Turma 7°C
2011/2012

Apêndice XIII – Planos das Sessões de Educação para a Saúde

Plano de Sessão

“Álcool? Não obrigado!”

Objectivo Geral: Informar os jovens relativamente ao consumo de álcool.

Objectivos Específicos: Que no final da sessão pelo menos 50% dos jovens consigam identificar:

Cinco efeitos nocivos do consumo de álcool

Cinco riscos relacionados com o consumo de álcool

População Alvo: Alunos das Turmas de 7º Ano do CED

Data: Dia 20/01/2012 às 15h; Dia 23/01/2012 às 14h15 e às 16h45

Local: Sala de aula do CED

Profissional: Enfermeira Ana Afonso

Duração: 45 minutos

Etapa	Conteúdo	Duração	Método
Apresentação	a) Formador b) Tema c) Objectivos	2 min	Expositivo Slide 1 e 2
Desenvolvimento	a) Conceito de álcool b) Efeitos do álcool c) Riscos do álcool d) Mitos	25 min	Expositivo Interrogativo Slide 3 a 15
Conclusão	a) Grupos que devem recusar o consumo de álcool b) Esclarecimento de dúvidas	10 min	Expositivo Slide 16
Avaliação	a) Identificação de efeitos nocivos b) Identificação de riscos c) Avaliação da estrutura e apresentação da sessão	8 min	Aplicação de questionário

Plano de Sessão

“Era uma vez...”

Objectivo Geral: Desenvolver competências de decisão nos jovens relativamente ao consumo de álcool.

Objectivos Específicos: Que no final da sessão os jovens consigam identificar a alternativa de comportamento mais saudável/segura relativamente às várias hipóteses perante o consumo de álcool.

População Alvo: Alunos das Turmas de 7º Ano do CED

Data: Dia 30/01/2012 às 14h15 e às 16h45; Dia 03/02/2012 às 15h

Local: Sala de aula do CED

Profissional: Enfermeira Ana Afonso

Duração: 45 minutos

Etapa	Conteúdo	Duração	Método
Apresentação	a) Tema b) Objectivos	2 min	Expositivo
Desenvolvimento	a) Leitura de história b) Identificação de alternativas de comportamento c) Identificação de consequências inerentes a cada alternativa	35 min	Expositivo Reflexivo Alternativa/Consequência
Conclusão	Resumo da reflexão do grupo	5 min	Expositivo
Avaliação	Identificação da opção de comportamento eleita pelo grupo de jovens;	3 min	Interrogativo

Plano de Sessão

“Sabias que...”

Objectivo Geral: Promover a adopção de estilos de vida saudáveis relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas.

Objectivos Específicos: Que no final da sessão os jovens consigam construir um cartaz com informação relevante a transmitir aos pares.

População Alvo: Alunos das Turmas de 7º Ano do CED

Data: Dia 06/02/2012 às 14h15 e às 16h45; Dia 10/02/2012 às 15h

Local: Sala de aula do CED

Profissional: Enfermeira Ana Afonso

Duração: 45 minutos

Etapa	Conteúdo	Duração	Método
Apresentação	a) Tema b) Objectivos	2 min	Expositivo
Desenvolvimento	a) Identificação da informação considerada pertinente pelos jovens para educação de pares b) Escolha de textos /frases de acordo com as preferências identificadas	30 min	<i>Foot-in-door</i> Reflexivo
Conclusão	Resumo da reflexão do grupo	5 min	Expositivo
Avaliação	Construção de cartaz	8 min	Activo

Apêndice XIV – Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde

Quadro n.º1 - Avaliação da primeira Sessão de Educação para a Saúde “Álcool? Não Obrigada!”

Actividade	Indicador	Meta prevista	Resultado por Turmas		
			7ºA	7ºB	7ºC
1ª Sessão de Educação para a Saúde “Álcool? Não Obrigada!”	Indicador de adesão: $\frac{\text{N.º alunos presente}}{\text{N.º alunos total}} \times 100$	70%	76,9%	86,6%	84,6%
	Indicador de participação: $\frac{\text{N.º alunos que deram opinião}}{\text{N.º alunos participantes}} \times 100$	50%	100%	69,2%	100%
	Percentagem de alunos que identifica 5 efeitos nocivos do consumo de álcool	50%	80%	61,5%	90,9%
	Percentagem de alunos que identifica 5 riscos inerentes ao consumo de álcool	50%	80%	53,8%	90,9%

Quadro n.º2 - Avaliação da segunda Sessão de Educação para a Saúde “Era uma vez...”

Actividade	Indicador	Meta prevista	Resultado por Turmas		
			7ºA	7ºB	7ºC
2ª Sessão de Educação para a Saúde “Era uma vez...”	Indicador de adesão: $\frac{\text{N.º alunos presente}}{\text{N.º alunos total}} \times 100$	70%	76,9%	93,3%	84,6%
	Indicador de participação: $\frac{\text{N.º alunos que deram opinião}}{\text{N.º alunos participantes}} \times 100$	50%	100%	100%	100%
	No final da sessão o grupo identifica a alternativa de comportamento mais saudável/segura	Sim	Sim	Sim	Sim

Quadro n.º3 - Avaliação da terceira Sessão de Educação para a Saúde “Sabias que...?”

Actividade	Indicador	Meta prevista	Resultado por Turmas		
			7ºA	7ºB	7ºC
3ª Sessão de Educação para a Saúde “Sabias que...”	<p>Indicador de adesão:</p> $\frac{\text{N.º alunos presente}}{\text{N.º alunos total}} \times 100$	70%	92,3%	93,3%	76,9%
	<p>Indicador de participação:</p> $\frac{\text{N.º alunos que deram opinião}}{\text{N.º alunos participantes}} \times 100$	50%	100%	100%	100%
	<p>No final da sessão o grupo conseguiu seleccionar informação e construir cartaz</p>	Sim	Sim	Sim	Sim

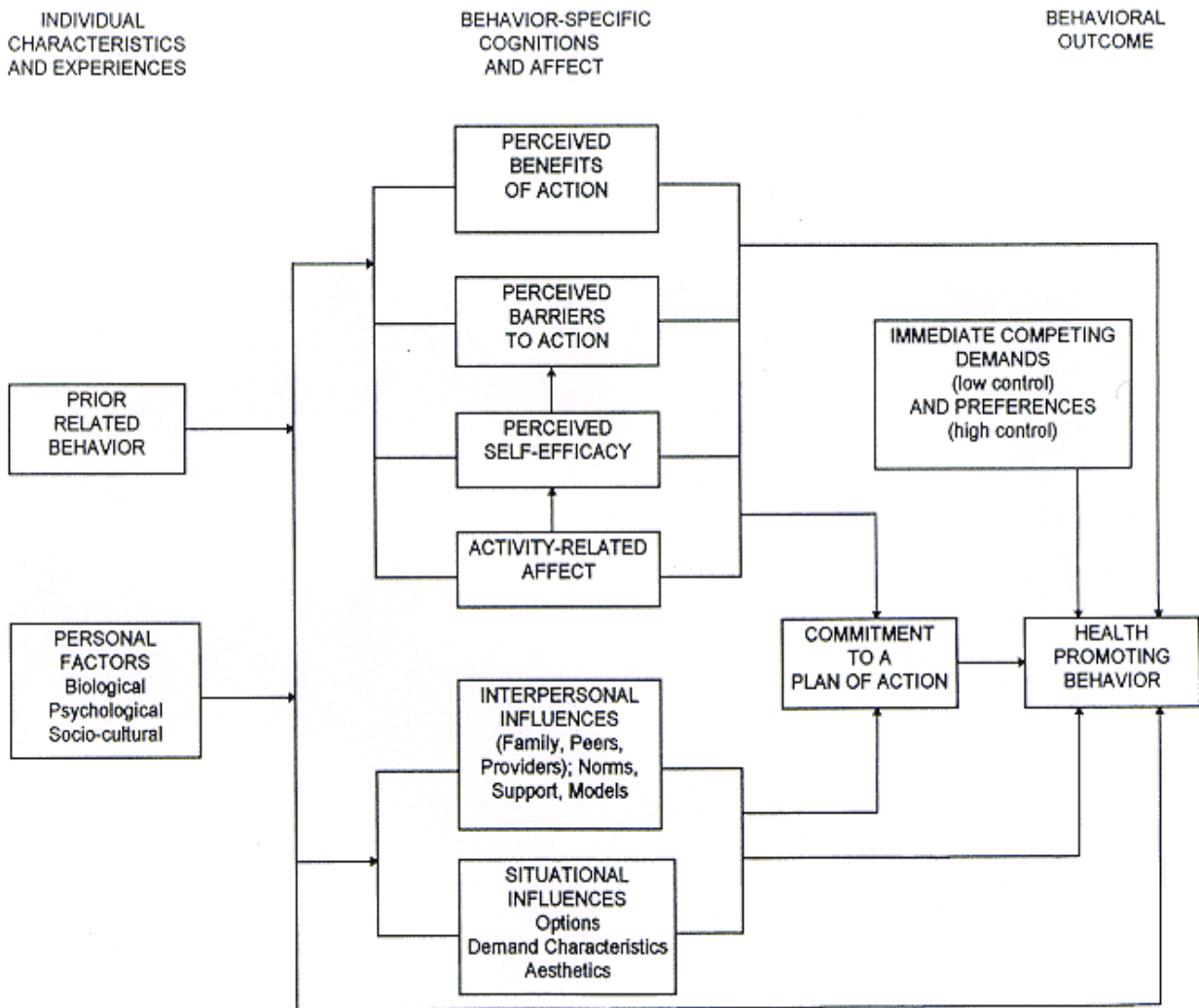
Apêndice XV – Evolução registada ao nível das cognições

	Respostas correctas Questionário Novembro 2011 (N=31)		Respostas correctas Avaliação Final Fevereiro 2012 (N=36)	
	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência Absoluta	Frequência relativa
92 – As bebidas alcoólicas «fazem mal ao coração»	28	90,3	35	97,2
93 – A ingestão de bebidas alcoólicas facilita a vida familiar das pessoas	16	51,6	32	88,9
94 – As bebidas alcoólicas fazem esquecer os desgostos	13	41,9	25	69,4
95 – As bebidas alcoólicas facilitam a concentração	17	54,8	33	91,6
96 – A ingestão de bebidas alcoólicas agrava o aborrecimento	10	32,2	13	36,1
97 – A ingestão de bebidas alcoólicas causa problemas no emprego	18	58	32	88,8
98 – O álcool é um alimento com valor nutritivo	11	35,4	32	88,8
99 – As bebidas alcoólicas tiram a memória	9	29	31	86,1
100 – O uso de bebidas alcoólicas agrava as contrariedades da vida	13	41,9	27	75
101 – A ingestão de bebidas alcoólicas facilita a convivência social	12	38,7	31	86,1
102 – As bebidas alcoólicas diminuem a potência sexual	6	19,3	25	69,4
103 – As bebidas alcoólicas prejudicam o rendimento escolar	17	54,8	33	91,6
104 – As bebidas alcoólicas «dão forças»	9	29	34	94,4
105 – O uso de bebidas alcoólicas estimula a imaginação criativa	4	12,9	20	55,5
106 – As bebidas alcoólicas destroem as amizades	15	48,3	27	75
107 – As bebidas alcoólicas ajudam a descontrair	7	22,5	17	47,2

ANEXOS

Anexo I – Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender

Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender



Revised Health Promotion Model

Fonte: <http://sitemaker.umich.edu/pender.health.promotion.model/files/chart.gif>

Anexo II – Questionário Sobre Consumos de Bebidas Alcoólicas na População Juvenil

QUAL?

	SIM	NÃO
19 - VINHO		
20 - CERVEJA		
21 - ÁGUA-PÉ		
22 - AGUARDENTE, BRANDY, WHISKY, LICORES		
23 - MOSCATEL, MARTINI		
24 - VINHO DO PORTO, CHAMPANHE		

25 - COM QUE IDADE O FIZESTE PELA PRIMEIRA VEZ? _____

26 - ONDE FOI QUE BEBESTE PELA PRIMEIRA VEZ?

(Assinala com **X**)

EM TUA CASA	
EM CASA DE FAMILIARES	
NA ESCOLA	
EM BARES	
EM CONVÍVIOS EM CASA DE AMIGOS	

27 - DA PRIMEIRA VEZ QUE BEBESTE FOI:

(Assinala com **X**)

OFERECIDO PELOS PAIS OU FAMILIARES	
ENTUSIASMADO POR AMIGOS	
EXPERIMENTASTE POR TI	

28 - DA PRIMEIRA VEZ QUE BEBESTE FOI PRINCIPALMENTE:

(Assinala **apenas uma** quadrícula com **X**)

PARA EXPERIMENTAR	
PARA TE EMBEBEDARES	
PARA TE SENTIRES MAIS ADULTO	
PARA «ENTRAR NUMA BOA»	

EM RELAÇÃO ÀS **TRÊS** PERGUNTAS QUE SE SEGUEM, PEDIMOS QUE TE RECORDES DO QUE ACONTECEU NO **ÚLTIMO MÊS**:

COM QUEM COSTUMAS BEBER?

(Assinala com **X** em todas as linhas, indicando a frequência em cada uma das hipóteses)

	TODOS OS DIAS	TRÊS VEZES POR SEMANA	UMA VEZ POR SEMANA	NUNCA
29 – COM FAMILIARES				
30 – COM AMIGOS				
31 – SOZINHO				

ONDE COSTUMAS BEBER?

(Assinala com **X** em todas as linhas, indicando a frequência em cada uma das hipóteses)

	TODOS OS DIAS	TRÊS VEZES POR SEMANA	UMA VEZ POR SEMANA	NUNCA
32 – EM TUA CASA				
33 – EM CASA DE FAMILIARES				
34 – NA ESCOLA				
35 – EM BARES				
36 – EM CONVÍVIOS EM CASA DE AMIGOS				

O QUE COSTUMAS BEBER?

(Se bebes assinala o número de copos ou cálices em cada quadrícula. Se não bebes assinala com zero.)

	VINHO	CERVEJA	ÁGUA-PÉ	AGUARDENTE BRANDY WHISKY LICORES	VINHO DO PORTO MOSCATEL MARTINI
	N.º COPOS	N.º CERVEJAS/IMPERIAIS	N.º COPOS	N.º CÁLICES	N.º CÁLICES
PEQUENO-ALMOÇO					
ALMOÇO					
LANCHE					
JANTAR					
SOZINHO					
COM AMIGOS					

(Responde às perguntas seguintes assinalando com **X** a quadrícula que corresponder à tua opinião.)

	TOTALMENTE DE ACORDO	CONCORDO	NÃO SEI	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
92 – As bebidas alcoólicas «fazem mal ao coração»					
93 – A ingestão de bebidas alcoólicas facilita a vida familiar das pessoas					
94 – As bebidas alcoólicas fazem esquecer os desgostos					
95 – As bebidas alcoólicas facilitam a concentração					
96 – A ingestão de bebidas alcoólicas agrava o aborrecimento					
97 – A ingestão de bebidas alcoólicas causa problemas no emprego					
98 – O álcool é um alimento com valor nutritivo					
99 – As bebidas alcoólicas tiram a memória					
100 – O uso de bebidas alcoólicas agrava as contrariedades da vida					
101 – A ingestão de bebidas alcoólicas facilita a convivência social					
102 – As bebidas alcoólicas diminuem a potência sexual					
103 – As bebidas alcoólicas prejudicam o rendimento escolar					
104 – As bebidas alcoólicas «dão forças»					
105 – O uso de bebidas alcoólicas estimula a imaginação criativa					
106 – As bebidas alcoólicas destroem as amizades					
107 – As bebidas alcoólicas ajudam a descontraír					

ACHAS QUE AS BEBIDAS ALCOÓLICAS SÃO BENÉFICAS?

(Assinala com **X** em cada linha)

	MUITO	POUCO	NADA
108 – NA INFÂNCIA			
109 – NA ADOLESCÊNCIA			
110 – NA VIDA ADULTA			

111 - ACHAS QUE AS RAPARIGAS:

(Assinala com **X**)

DEVEM BEBER O MESMO QUE OS RAPAZES	
DEVEM BEBER MAIS QUE OS RAPAZES	
DEVEM BEBER MENOS QUE OS RAPAZES	

112 – Explica as razões da tua opinião: _____

113 – ACHAS QUE:

	MUITO	POUCO	NADA
DURANTE A GRAVIDEZ AS BEBIDAS ALCOÓLICAS FAZEM MAL			

114 - Explica as razões da tua opinião: _____

115 – ACHAS QUE:

	MUITO	POUCO	NADA
QUANDO AS MÃES DÃO DE MAMAR AO PEITO, BEBIDAS ALCOÓLICAS SÃO BENÉFICAS			

116 - Explica as razões da tua opinião: _____

QUE PENSAS DO RISCO DE ACIDENTES NA PRIMEIRA HORA APÓS A INGESTÃO DE:

	MUITO	POUCO	NADA
117 – 3dl VINHO + 1 BAGAÇO			
118 – ½ LITRO VINHO + 1 BAGAÇO			
119 – 3 IMPERIAIS OU 2 CERVEJAS			
120 - 2 IMPERIAIS + 1 BAGAÇO			

O QUE PENSAS DA INGESTÃO DIÁRIA DAS SEGUINTE QUANTIDADES DE BEBIDAS ALCOÓLICAS PARA UMA PESSOA ADULTA?

	É NORMAL	PODE-SE AUMENTAR SEM PREJUÍZO	É EXCESSIVO
121 – UM LITRO DE VINHO			
122 – 5 OU 6 CERVEJAS OU IMPERIAIS			
123 – 3 OU 4 CÁLICES DE BAGAÇO OU BRANDY OU WHISKY			
124 – MEIO LITRO DE VINHO + 3 BAGAÇOS (LICORES OU BRANDYES) + 3 CERVEJAS			

PARA UMA PESSOA ADULTA O QUE PENSAS SOBRE O PERIGO PARA A SAÚDE DE BEBER:

	MUITO	POUCO	NENHUM	NÃO SEI
125 – DIARIAMENTE MEIO LITRO DE VINHO A CADA REFEIÇÃO				
126 – REGULARMENTE UMA DE 3 dl. DE VINHO + 1 BAGAÇO AO ALMOÇO E AO JANTAR				
127 – OCASIONALMENTE, EM FESTA OU CONVÍVIO, ENTRE 1 OU 2 LITROS DE VINHO, OU 5 A 6 WHISKIES OU 5 A 6 BRANDYES OU LICORES				

ACHAS QUE UMA PESSOA É ALCOÓLICA QUANDO:

	SIM	NÃO	NÃO SEI
128 – SE EMBRIAGA DE TEMPOS A TEMPOS MAS NÃO BEBE HABITUALMENTE			
129 – NÃO SE EMBRIAGA MAS BEBE DIARIAMENTE DOIS LITROS DE VINHO			
130 – NÃO PODE PASSAR SEM BEBER BEBIDAS ALCOÓLICAS REGULARMENTE (VINHO OU OUTROS) EMBORA NÃO SE SINTA OU MOSTRE EMBRIAGADO			

131 – NA TUA OPINIÃO QUAIS SÃO AS RAZÕES QUE LEVAM AS PESSOAS A EMBRIAGAREM-SE?

132 – QUEM MELHOR TE INFORMOU SOBRE OS EFEITOS NOCIVOS DA INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS?

(Assinala **apenas uma** quadrícula)

- OS FAMILIARES
- OS AMIGOS
- A RÁDIO/TELEVISÃO
- LIVROS E REVISTAS
- PROFESSORES

OBRIGADA PELA TUA COLABORAÇÃO.

