

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**CONSUMO DE ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES
CAPACITAÇÃO DE UM GRUPO DE PROMOTORES DA SAÚDE**

Ana Margarida Mostardinha Alves Murteiro

Lisboa
2012



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

CONSUMO DE ÁLCOOL NOS ADOLESCENTES CAPACITAÇÃO DE UM GRUPO DE PROMOTORES DA SAÚDE

Ana Margarida Mostardinha Alves Murteiro

Relatório de estágio orientado por:

Professora Cláudia Mariana Julião Bacatum

Lisboa
2012



AGRADECIMENTOS

Um sincero OBRIGADO a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar à minha orientadora, Professora Cláudia Bacatum, pela disponibilidade e apoio, bem como pelo incentivo e confiança nos meus interesses e realizações pessoais.

Um reconhecido agradecimento à equipa da UCSP pela forma como me acolheram e apoiaram ao longo de todo este percurso, por acreditarem e proporcionarem todas as condições para a realização da minha intervenção e pelo constante incentivo e partilha.

Às pessoas que participaram na intervenção pela sua disponibilidade e motivação, pela sua entrega à intervenção e à comunidade, e pela sua capacidade de compromisso e intenção de assumir um papel activo como promotores da saúde no seio da sua comunidade.

A todos os parceiros que contribuíram para a concretização da intervenção comunitária. Aos profissionais pelo suporte que proporcionaram longo de todas as etapas do processo, pela sua disponibilidade e pela objectividade e partilha. Às associações comunitárias pela forma como acolheram e acreditaram na intervenção e nas estratégias seleccionadas, e por disponibilizarem os meios necessários para a sua consecução.

Não poderia deixar de agradecer aos que me estão próximos, família e amigos, pelo estímulo e compreensão das ausências e falhas de quem se divide por entusiasmo e vontade de saber.

RESUMO

O consumo de álcool acarreta significantes problemas, colocando em perigo a saúde e bem-estar individual, familiar e social, pelo que se assume como um grave problema de Saúde Pública. Na adolescência o consumo de álcool é preocupante pois para além de provocar danos cerebrais, existe a evidência de que o início precoce de consumo de álcool está associado a comportamentos de risco.

Tendo em conta a magnitude e complexidade do fenómeno do consumo de álcool, a intervenção nesta problemática deve considerar o individuo, pares, família e comunidade. Neste contexto é urgente que o enfermeiro comunitário desenvolva estratégias de intervenção direccionadas à educação para o consumo de álcool nos adolescentes, com especial foco na promoção da saúde.

A intervenção comunitária teve por objectivo promover a capacidade de um grupo de promotores da saúde desenvolver actividades de educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes, tendo sido realizada no território da Alta de Lisboa junto de 16 participantes. Como metodologia foi seguido o Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares, e como referencial teórico optou-se pelo Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender. No diagnóstico de situação recorreu-se ao Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool, de Barroso, Mendes e Barbosa, e a um Questionário de Caracterização.

Os resultados obtidos evidenciam a ausência de conhecimentos de estratégias de intervenção da educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes, bem como défices de conhecimentos relativos ao álcool e bebidas alcoólicas e às repercussões individuais dos problemas ligados ao álcool. O processo de capacitação teve por base a Educação pelos Pares como estratégia de promoção da saúde e prevenção dos consumos, e o estabelecimento de parcerias comunitárias.

A intervenção comunitária desenvolvida atingiu os objectivos a que se propôs, e permitiu o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: adolescentes, consumo de álcool, promoção da saúde, educação pelos pares, enfermagem comunitária.

ABSTRACT

Alcohol consumption causes significant problems, endangering the health and well-being of individuals, families and society, emerging as a serious public health problem. In adolescence alcohol consumption is worrying because, besides causing brain damage, there is evidence that early initiation of alcohol consumption is associated with risky behaviors.

Taking into account the magnitude and complexity of the phenomenon of alcohol consumption, the intervention on this matter should consider the individual, peers, family and community. In this context it is urgent that the community nurse develops intervention strategies directed to alcohol consumption education in adolescents, with special focus on health promotion.

The community intervention aimed to promote the ability of a group of health promoters to develop peer education activities on alcohol consumption among adolescents, and was conducted in Alta de Lisboa territory, with 16 participants. The methodology followed was the Health Planning, according to Tavares, and as theoretical framework it was chosen the Nola Pender's Health Promotion Model. In the diagnosis of the situation were used both, the *Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool* (Questionnaire of Knowledge on Alcohol), of Barroso, Barbosa and Mendes, and a Characterization Questionnaire.

The results show the absence of knowledge of peer education intervention strategies in the context of alcohol consumption in adolescents, as well as deficits in knowledge about alcohol and alcoholic beverages, and the effects of individual alcohol-related problems. The empowerment process was based on Peer Education as a strategy of health promotion and prevention of consumption, and on the establishment of community partnerships.

The developed community intervention achieved the objectives that were established, and allowed the development of specialized skills in community nursing.

Keywords: adolescents, alcohol consumption, health promotion, peer education, community nursing.

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS

INTRODUÇÃO.....8

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 10

1.1. A Adolescência..... 10

1.1.1. Adolescência e Comportamentos de Saúde 11

1.1.2. Adolescência e o grupo de pares..... 12

1.2. O Consumo de Álcool na Adolescência 13

1.3. A Enfermagem Comunitária e a Promoção da Saúde dos Adolescentes 15

1.3.1. Prevenção do Consumo de Álcool na Adolescência - Educação pelos Pares.. 17

1.3.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender..... 20

2. METODOLOGIA 23

2.1. Diagnóstico de Situação 23

2.1.1. Contexto 24

2.1.2. População 25

2.1.3. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados 26

2.1.4. Questões éticas..... 27

2.1.5. Apresentação e análise dos dados..... 28

2.2. Determinação de Prioridades 32

2.2.1. Diagnósticos de Enfermagem..... 33

2.3. Fixação de Objectivos 34

2.4. Selecção de Estratégias..... 36

2.5. Preparação Operacional - Programação..... 38

2.6. Avaliação 42

3. CONCLUSÕES 45

3.1. Reflexão sobre as Competências Adquiridas 45

3.2. Considerações Finais 47

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
---	-----------

ANEXOS.....	54
--------------------	-----------

Anexo I - Factores de Risco e Factores de Protecção do consumo de álcool

Anexo II - Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool

Anexo III - Autorização para utilização do Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool

Anexo IV - Cartaz de divulgação da "Semana do Álcool"

Anexo V - Plano de orientação do Peddy-Paper

Anexo VI - Materiais de exposição na "Semana do Álcool"

APÊNDICES.....	73
-----------------------	-----------

Apêndice I - Questionário de Caracterização da população

Apêndice II - Consentimento livre e esclarecido

Apêndice III - Caracterização da população

Apêndice IV - Resultados do Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool

Apêndice V - Aplicação de técnica de determinação de prioridades

Apêndice VI - Inter-relação actividades/objectivos

Apêndice VII - Cronograma de Gantt

Apêndice VIII - Plano Operacional

Apêndice IX - Plano de Sessão Educativa: O que precisas de saber sobre bebidas alcoolicas

Apêndice X - Plano de Sessão Educativa: Beber pode parecer divertido, mas para decidires é preciso conhecer os riscos

Apêndice XI - Plano de Sessão Educativa: O educador sou eu, e agora?

Apêndice XII - Questionário de avaliação das Sessões Educativas

Apêndice XIII - Plano de Sessão Informativa dirigida aos profissionais da UCSP e ACES

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

INS – Inquérito Nacional de Saúde

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

PNRPLA – Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool

PNS – Plano Nacional de Saúde

QCAA – Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório de estágio de enfermagem comunitária e da família insere-se no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária. A intervenção de enfermagem comunitária decorreu de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012, assumindo a temática do Consumo de Álcool nos Adolescentes - Capacitação de um Grupo de Promotores da Saúde.

A pertinência do desenvolvimento desta temática tem por base a magnitude do consumo de álcool como grave problema de Saúde Pública, e a consciencialização de que consumo de álcool é actualmente um dos factores de risco com maior impacto nas doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com os estilos de vida (Direcção Geral de Saúde, 2003). De facto, apesar da sua ampla aceitação social, o álcool, como substância psicoactiva, apresenta critérios de perigosidade, quer pela grave dependência física e psicológica que provoca, quer pelos efeitos negativos sobre a saúde em geral, quando consumido em excesso (Edwards, Marshall, & Cook, 1999).

A revisão de literatura revela diversas definições de adolescência, que em comum têm o facto de a considerarem como um período de grandes mudanças, em que o adolescente começa a definir a sua identidade, os seus valores e a tomar as suas decisões. De acordo com Carvalho e Leal (2006) esta é também uma fase de vulnerabilidade marcada por um processo de construção pessoal, e de emancipação da família, com crescente importância do grupo de pares, sendo frequente a adopção de comportamentos de risco para a saúde, nomeadamente o consumo de álcool. O reconhecimento desta realidade revela que é urgente encontrar estratégias de intervenção direccionadas á educação para o consumo de álcool nos adolescentes, com especial foco na promoção da saúde.

Nesta linha de pensamento o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, surge como o referencial teórico de Enfermagem que suporta o projecto de intervenção comunitária. É um modelo de enfermagem que apresenta uma estrutura simples e clara, possibilitando ao enfermeiro um cuidar ao individuo e/ou grupo, articulando três aspectos básicos que condicionam o comportamento de promoção da saúde: as características e experiencias individuais, os sentimentos e conhecimentos do comportamento e o resultado do comportamento (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). No âmbito da presente intervenção comunitária, é de considerar que o Modelo de Promoção da Saúde

integra na sua construção as bases teóricas da Teoria Social Cognitiva, de Albert Bandura, salientando as influências interpessoais (família, pares) nos sentimentos e conhecimento associados ao comportamento de saúde, o que serve de suporte para a metodologia de intervenção com promotores da saúde.

O reconhecimento da influência do ambiente social dos adolescentes na adopção de comportamentos de saúde, com destaque para o grupo de pares pela sua importância nesta fase do ciclo de vida, enquadra a Educação pelos Pares. Esta assume-se assim com uma estratégia de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, sendo particularmente importante pelo seu carácter de “duplo empowerment”, isto é, permite simultaneamente a promoção de comportamentos promotores da saúde nos educadores de pares e no grupo-alvo das suas intervenções, por meio da intervenção do profissional de enfermagem (Brito, 2009).

Face ao referido, a intervenção comunitária desenvolvida teve por finalidade a capacitação de um grupo de promotores da saúde para a prevenção do consumo e dos problemas ligados ao álcool na adolescência. A consecução da finalidade assentou na implementação do projecto de intervenção comunitária, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, e em parceria com associações comunitárias do território da Alta de Lisboa.

Para melhor compreensão do presente relatório, este encontra-se organizado em três capítulos. No primeiro será realizado um enquadramento teórico, onde será contextualizada a adolescência, comportamentos de saúde, grupo de pares, a realidade do consumo de álcool nos adolescentes, bem como o papel da enfermagem comunitária na promoção da saúde nesta problemática. O segundo capítulo centra-se na metodologia, neste caso no Planeamento em Saúde, com referência a todos os procedimentos efectuado em cada uma das suas seis etapas. No terceiro capítulo, referente às conclusões da intervenção, será efectua uma reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas na área de especialização de enfermagem comunitária, bem como às considerações finais, com referência às limitações do planeamento e intervenção comunitária e às implicações para a prática.

A redacção do relatório obedece ao guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, de acordo com a Norma Portuguesa (405-1, 2, 3 e 4) (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2011). Para as citações e referências bibliográficas optou-se pelas normas da American Psychological Association, na sua 5ª edição (Association, 2001).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O consumo de álcool e os problemas a ele associados constituem-se como um fenómeno: universal, porque afecta a população mundial independentemente das suas diferenciações individuais e sociais; significativo, porque é responsável, em termos de saúde global, por um número cada vez maior de mortes e incapacidades, assumindo-se como um importante problema de Saúde Pública; complexo porque estão envolvidos diversos factores de ordem individual, familiar e social.

Os prejuízos de saúde individuais, familiares e sociais associados ao consumo de álcool, requerem do enfermeiro uma preparação que lhe permita responder às necessidades de saúde da população, enraizadas em aspectos sociais. Assim, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (EEECSP) pode ser encarada como um recurso essencial nos cuidados aos indivíduos, famílias e comunidade com problemas relacionados com o consumo de álcool.

1.1. A Adolescência

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência foi delimitada, por conveniência estatística, ao período do desenvolvimento humano compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade (World Health Organization [WHO], 1977). A delimitação da faixa etária a que corresponde esta fase da vida varia entre os diferentes autores, contudo existe unanimidade no que se refere à adolescência se iniciar com as alterações psicobiológicas da puberdade, terminando com inserção social e profissional do indivíduo (Palacios, 1995).

O desenvolvimento na adolescência é assim acompanhado por grandes transformações corporais, denotando-se uma necessidade do adolescente se fechar sobre si próprio para enfrentar todas as mudanças e, simultaneamente, manifestar movimentos afectivos cada vez mais afirmativos, mas igualmente contraditórios em relação aos outros e em particular aos pais. Esta fase do desenvolvimento humano assume-se como um período de grandes mudanças, em que o adolescente começa a definir a sua identidade e a tomar as suas decisões, mostrando-se paralelamente inseguro e vulnerável, sendo facilmente influenciado pelos meios de comunicação social, pelo grupo de amigos, bem como pelo ambiente familiar (Braconnier & Marcelli, 2000). Neste processo de maturação, marcado por profundas alterações a nível físico, cognitivo

e sócio emocional, é de destacar a importância do desenvolvimento de autonomia e independência e a aquisição de competências necessárias para funcionarem efectivamente no mundo adulto (Moreira, 2001).

Apesar da existência de regularidades, é de ressaltar que os adolescentes não são todos iguais, possuem diferentes tempos, respondendo às solicitações da vida de um modo único e pessoal. Neste sentido, Palacios (1995) defende que é melhor falar de adolescentes do que de adolescência, devendo cada caso ser avaliado na perspectiva da história evolutiva do indivíduo e das suas características.

1.1.1. Adolescência e Comportamentos de Saúde

Quando o adolescente tenta emancipar-se na construção de uma identidade própria, adopta comportamentos que visam atingir a sua autonomia e a independência dos pais, caracterizados pela inovação e diferença, dando origem a condutas por vezes perigosas. De acordo com Moreira (2001) a adolescência assume-se como um período de desenvolvimento muito importante caracterizado por um progressivo declínio do impacto dos pais e um correspondente aumento da influência da rede de pares, das pressões directas e indirectas várias para assumir determinadas condutas, e de uma percepção de invulnerabilidade face a comportamentos comprometedores da saúde, o que pode resultar na adopção de comportamentos de risco.

Na mesma linha de pensamento, e de acordo com a Direcção Geral de Saúde (DGS), nos adolescentes os principais problemas de saúde identificam-se com as repercussões dos comportamentos de risco: sedentarismo, desequilíbrios alimentares, condutas violentas, morbidade e mortalidade por acidentes, maternidade precoce, e comportamentos potencialmente aditivos (DGS, 2002). Também Morais e Viana (2004, citando Frasilho, 1996) salienta que os comportamentos de risco estão entre as principais causas de morte nos adolescentes, com relevância para o consumo de álcool e outras substâncias.

Na compreensão dos comportamentos de saúde nos adolescentes é também importante entender o significado das condutas dos adolescentes. Assim, são de considerar como principais determinantes dos comportamentos de saúde do adolescente os factores cognitivos e sociais, tais como atitudes face aos comportamentos, crenças, expectativas e influência dos grupos de referência dos indivíduos, a família e grupo de pares. Neste âmbito, Matos *et al.* (2003) defende que para atingirem o seu pleno

potencial, os adolescentes necessitam de suporte adequado, acessibilidade à informação e aos serviços de saúde. Através do reconhecimento da sua diversidade, das suas potencialidades, dos seus hábitos de vida e do seu contexto social e cultural, é possível adequar estratégias de intervenção, sendo fundamental promover a participação dos adolescentes como parceiros na procura de soluções para os diferentes problemas.

1.1.2. Adolescência e o grupo de pares

Os adolescentes manifestam uma tendência para o envolvimento em actividades de experimentação social no contexto de grupos regidos por normas e condutas não convencionais, resultando num processo de autonomização caracterizado pela substituição dos modelos parentais por grupos de pares, com quem os adolescentes passam mais tempo, procurando nestes respostas às suas dúvidas e incertezas (Farate, 2000). Os pares são extremamente importantes para o desenvolvimento normal do adolescente, na medida em que estabelece relações entre indivíduos e um sentido de pertença a um grupo, contribuindo para a capacidade de estabelecer relações interpessoais, de controlo social e aquisição de valores (Sprinthall & Collins, 2003).

De acordo com Dias (2006), os adolescentes recebem e aprendem grande parte da informação através dos pares, sendo a influência destes extremamente importante nas expectativas, atitudes e comportamentos dos indivíduos. Fazer parte de um grupo de pares proporciona a oportunidade de desenvolver as competências para a resolução de conflitos; a aceitação e o respeito pela diversidade; aumento da auto-estima; maior conhecimento e consciência das questões relacionadas com a saúde; tolerância; comunicação com o público e liderança (McDonald, Roche, Durbridge, & Skinner, 2003).

É de salientar que é no grupo de pares que o adolescente afirma as suas diferenças geracionais, obrigando a exigências identificativas muito fortes, no entanto, se o grupo é importante para a integração social do adolescente, pode também ser incitador a experiências de consumo de substâncias ou comportamentos desviantes (Morais & Viana, 2004). Também Farate (2000) e Matos (2008) referem que a influência dos pares é uma das principais causas do consumo de substâncias na adolescência. Fazendo referência a investigação epidemiológica, Farate (2000) citando T. Ong, salienta um estudo que aponta que 80% dos consumidores tiveram o seu primeiro contacto com substâncias psicoactivas no seio do grupo de pares e que 54% fizeram a sua primeira experiência de consumo com um amigo.

Assim, o grupo de pares tanto pode influenciar o comportamento responsável, a maturidade e o desenvolvimento saudável, como pode promover a adopção de comportamentos de risco, representando como tal um importante foco de intervenção junto de adolescentes.

1.2. O Consumo de Álcool na Adolescência

O consumo de substâncias só é possível com a participação do indivíduo, a partir da relação triangular entre o sujeito, a substância e o contexto dos consumos (Olivenstein 1985, citado por Sommer, 2004). Entendendo o álcool como um agente patogénico, Mello, Barrias e Breda (2001), avançam conceitos e definições centrando-se no álcool e nas bebidas alcoólicas, bem como nos Problemas Ligados ao Álcool (PLA) que classificam em quatro tipos: no indivíduo, na família, no trabalho e comunidade. Os PLA foram definidos em 1982, no decorrer da 35ª Assembleia Mundial de Saúde como,

“uma expressão imprecisa (...) para designar as consequências que atingem não só o bebedor mas também a família e a colectividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultarem de episódios agudos de um consumo excessivo ou de um consumo prolongado.” (*idem*, p.15).

Nesta perspectiva de risco associado ao consumo de álcool e da doença alcoólica, evidenciam-se as repercussões do consumo de álcool, que os mesmos autores classificam em repercussões individuais dos PLA, e repercussões sociais dos PLA (que engloba as consequências na família, no trabalho e na comunidade).

Uma análise epidemiológica do consumo de álcool mostra que entre os países-membros da União Europeia, Portugal se assume como um dos maiores consumidores de bebidas alcoólicas e de prevalência de PLA. De acordo com estimativas de 2002 da OMS, na região europeia, o álcool foi responsável por 6,1% de todas as mortes, 12,3% de todos os anos de vida perdidos e 10,7% de todos os anos de vida perdidos ajustados à incapacidade, afectando sobretudo os homens e jovens dos 15 aos 29 anos (McCarthy, Aarons, & Brown, 2002).

A nível nacional, o Inquérito Nacional de Saúde (INS) assume-se como uma referência na avaliação do estado de saúde da população portuguesa. Relativamente ao consumo de álcool nos últimos 12 meses, e numa comparação dos dois últimos INS, 1998/1999 (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA], 2000) e 2005/2006 (INSA, 2009) regista-se um aumento de 50,4% para 53,8 % de consumidores. No INS

2005/2006 assiste-se a um aumento mais relevante no género feminino, nas faixas etárias dos 15-24 e 45-64 anos, continuando os homens a ser os maiores consumidores (*idem*).

Dados do *Inquérito Nacional em Meio Escolar*, de 2006 (Feijão, 2010) relativos à prevalência de alunos do 3º Ciclo que já consumiram álcool ao longo da vida evidenciam um decréscimo relativamente a 2001, passando dos 67 para os 60%, contudo assiste-se a um aumento das prevalências de consumos actuais (últimos 30 dias).

Em 2007, foi realizado o *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa*, no qual a prevalência de consumo de álcool surge como mais elevada que as outras substâncias, destacando um aumento dos consumos de bebidas alcoólicas entre os 15 e os 17 anos, e 11,2% de adolescentes dos 15 aos 19 anos que referem ter-se embriagado no último mês (Balsa, 2008).

O projecto *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)*, de 2007, divulga que 60% dos alunos portugueses, entre os 15 e 16 anos, consumiu álcool nos últimos 30 dias, 26% refere ter-se embriagado nos últimos 12 meses e 11% refere ter-se embriagado nos últimos 30 dias. Mais recentemente foram divulgados alguns dados do mesmo estudo, realizado em 2011 (Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT], 2011), que revelam um decréscimo na percentagem de alunos portugueses que experimentaram e que consomem actualmente álcool (últimos 30 dias), verificando-se contudo um aumento da frequência dos episódios de embriaguez, em todos os grupos etários e em ambos os sexos, sendo mais acentuada a partir dos 15 anos e nas raparigas. É ainda destacada a manutenção de elevadas percentagens de consumidores com idades entre os 13 e 15 anos.

Os dados nacionais de 2010 do *Health Behaviour in School-aged Children* (Matos, 2011), no que ao consumo de álcool diz respeito, revelam uma diminuição do consumo regular de álcool, mas não do seu abuso episódico. No que se refere à idade de experimentação do consumo de álcool esta é muito precoce, cerca de 40% dos adolescentes consumiu pela primeira vez aos 12-13 anos e 50% referem ter-se embriagado pela primeira vez aos 14 anos.

A par com estes dados epidemiológicos, a OMS vem alertar para o aumento de um padrão de consumo de álcool nos adolescentes, o *binge drinking* (WHO, 2011), ou consumo esporádico excessivo, que se caracteriza como o consumo que excede 5 a 6 bebidas no homem e 4 a 5 bebidas na mulher, numa mesma ocasião e num espaço de tempo limitado (IDT, 2010). Esta não é uma realidade recente, já em 2001 a OMS, no *Global Status Report Alcohol and Young People*, se centrava sobre este padrão de

consumo enraizado no aumento do consumo de bebidas destiladas nos adolescentes, bebidas energéticas com álcool e alcopops (bebidas alcoólicas açucaradas) que se tornam mais apelativas (WHO, 2001). Em Portugal, apesar de o consumo tipo *binge* ocorrer em todas as idades, é muito evidente na classe etária dos 15-24 anos, registando-se um consumo de 4 a 6 bebidas numa só ocasião pelo menos uma vez no último ano em 48,3% dos jovens nesta faixa etária (Balsa, 2008).

Neste ponto é de salientar que em Portugal a percepção do risco associado ao consumo de álcool por parte dos adolescentes é menor que na maioria dos países europeus, sendo que 44% dos adolescentes portugueses discorda da nocividade dos consumos ocasionais, e só 11% considera o álcool uma substância perigosa (Oliveira (2008). Quanto à percepção dos jovens sobre o consumo esporádico excessivo, 19,7% destes atribui pouco ou nenhum risco ao consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas num fim-de-semana (Balsa, 2008).

Na análise destes dados é importante ter presente que o consumo excessivo de álcool acarreta consequências nefastas tanto ao nível da saúde do adolescente, como na sua interacção sociocultural. Na realidade, o consumo de álcool em idades precoces é duplamente preocupante: por um lado é de considerar que o sistema biológico do adolescente não está maturo, diminuindo a capacidade de degradação do álcool, e provocando danos cerebrais e deficits neurocognitivos com impacto na aprendizagem e desenvolvimento intelectual; e por outro lado, existe a evidência de que o início precoce de consumo de álcool está associado a comportamentos de risco como a violência, acidentes, absentismo escolar e o risco para o uso de outras drogas (Barroso, Barbosa, & Mendes, 2006; Matos, 2008). De acordo com Trindade e Correia (1999), o consumo de álcool na adolescência, num curto prazo, pode acarretar consequências como a diminuição do rendimento escolar e a adopção de comportamentos de risco para a saúde.

1.3. A Enfermagem Comunitária e a Promoção da Saúde dos Adolescentes

Face ao anteriormente exposto, urge uma consciencialização para a problemática do consumo de álcool nos adolescentes e para a necessidade de uma intervenção integrada, devendo o enfermeiro assumir um papel activo.

Para uma abordagem nacional integrada e concertada, é importante ter presente a consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde (PNS). No PNS 2004/2010 são

de considerar que o Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool e o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida que considera o consumo de álcool como um determinante sobre o qual urge intervir (DGS, 2004). No entanto, uma avaliação externa ao PNS, realizada pela OMS, defende que é improvável que o indicador “consumo de álcool” se aproxime das metas do PNS, apesar de os PLA se revelarem um importante problema de Saúde Pública em Portugal (WHO, 2010).

No PNS 2011/2016, em discussão, no âmbito das estratégias para a saúde, é defendido que o Sistema de Saúde deve assumir a responsabilidade de promover, potenciar e preservar a saúde ao longo do ciclo da vida destacando, no âmbito de “Uma Juventude à Procura de um Futuro Saudável”, a necessidade de intervir nos determinantes de saúde, nomeadamente na redução do consumo de álcool (Alto Comissariado da Saúde, 2011). O mesmo plano remete para o actualmente em vigor, Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) 2010/2012, da responsabilidade do IDT, que tem por finalidade reduzir o consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos nefastos em termos sociais e de saúde (IDT, 2010). Como uma das áreas prioritárias de intervenção do referido PNRPLA surgem os jovens, sendo apresentadas como metas: baixar a prevalência de embriaguez no último ano em jovens entre os 15 e os 19 anos; e baixar a prevalência de consumo *binge* pelo menos uma vez no último ano, nos jovens entre os 15 e os 24 anos.

Neste quadro, a intervenção do EEECSF deve ser encarada como um recurso essencial nos cuidados aos indivíduos, grupos e comunidade, com problemas relacionados com o consumo de álcool,

“o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, p.1)

Assim, é fundamental que o enfermeiro reconheça as suas potencialidades para responder às necessidades da população, explorar novas alternativas, fazer adaptações nos projectos de intervenção e promover a saúde das pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool (Naegle, 1994). No mesmo sentido, Mathre (2011) salienta que o enfermeiro, ao reconhecer a problemática do consumo de álcool pode

utilizar os seus conhecimentos e capacidades para dar resposta a indivíduos, famílias e comunidade. Para alcançar um estado de saúde óptimo o enfermeiro deverá reconhecer o conjunto de intervenções alternativas ou complementares ao consumo de álcool, o ensino e o reforço de competências e de tomada de decisão ajudará os adolescentes a aumentar a responsabilidade pela sua saúde e dirigir a sua atenção para outras opções disponíveis.

Entender esta problemática, bem como as estratégias de intervenção a implementar não pode desligar-se dos factores que determinam e favorecem o consumo de álcool nos adolescentes. Assim, é de considerar uma vulnerabilidade, perante um conjunto de factores individuais, em jogo com parâmetros situacionais e sociais, conferindo ao álcool o papel de agente patogénico (Mello *et al.*, 2001). Neste processo é fundamental compreender a interacção entre factores de risco e de protecção (Ferreira-Borges & Filho, 2004), apresentados em anexo (**Anexo I**).

Na intervenção no consumo de álcool nos adolescentes o EEECSF deve desenvolver estratégias que contribuam para a promoção dos factores de protecção e para a diminuição de factores de risco associados aos consumos. A revisão de literatura revela uma maior eficácia na adopção de medidas de promoção da saúde na intervenção dirigida à problemática do consumo excessivo de álcool nos adolescentes, devendo ter em conta uma visão positiva da saúde como algo que se deseja alcançar, e não uma intervenção orientada para o acto de “evitar”.

1.3.1. Prevenção do Consumo de Álcool na Adolescência - Educação pelos Pares

De acordo com Mello *et al.* (2001) o objectivo primordial da prevenção do consumo e dos PLA é a diminuição, quantitativa e qualitativa, destes problemas, através de acções que antecipem a iniciação, o desenvolvimento e os posteriores efeitos do consumo. Para (Morel, Boulanger, Hervé, & Tonnelet, 2001) a finalidade da prevenção é melhorar a saúde das pessoas, o seu-bem-estar e as suas condições de existência, através do aumento dos níveis de saber e competência, da promoção da responsabilidade individual e do desenvolvimento de laços sociais e comunitários.

Tendo em conta a especificidade e complexidade do fenómeno dos PLA, torna-se compreensível a dificuldade no desenvolvimento de estratégias efectivas de intervenção. Assim, e face à diversidade de programas preventivos o *National Institute of Drug Abuse*, em 1997, sugere 13 princípios que devem ser considerados na prática preventiva, dos quais se destaca o imperativo de que os programas de prevenção devem incluir

estratégias que permitam aos sujeitos resistir à oferta, reforçar o compromisso pessoal e as atitudes contra o abuso de substâncias, e aumentar a competência social, como a relação com os pares (Moreira, 2001). Também Ferreira-Borges e Filho (2004) e Mello *et al.* (2001), numa sistematização das intervenções dos profissionais de saúde ao nível da prevenção e promoção da saúde no âmbito do consumo de álcool, definem 3 áreas de intervenção: limitação da oferta, redução das condições sociais associadas ao uso de álcool e redução da procura.

De acordo com os dados epidemiológicos anteriormente apresentados, o consumo de álcool tem o seu começo no início da adolescência, sendo como tal uma fase do desenvolvimento humano que merece a atenção dos profissionais de saúde. Nesta perspectiva, e de acordo com diversas abordagens teóricas, existe uma ligação potencial entre os períodos críticos do desenvolvimento comportamental dos adolescentes e a eficácia das intervenções preventivas, sendo fundamental que as intervenções se desenvolvam antes dos padrões comportamentais estarem estáveis e resistentes à mudança (Barroso *et al.*, 2006).

Noutra perspectiva, Moreira (2001, citando Tobler, 1986) destaca que os programas mais efectivos são os multimodais, isto é, devem ser dirigidos ao indivíduo como ser total, tendo em conta as várias dimensões que interagem no processo de desenvolvimento. No mesmo sentido, para Hoffman e Heineman (1987) a intervenção comunitária parece uma boa alternativa, contemplando intervenções directas tanto ao indivíduo, como à família e grupos específicos da comunidade, dos quais se destaca o grupo de pares pela importante influência que assume na adopção de comportamentos dos adolescentes.

A influência dos pares é um aspecto complexo, estas relações são referidas como potencialmente perigosas, no entanto, a ausência deste tipo de interacções pessoais pode também colocar o adolescente em risco. Desta forma a presença de pares nem sempre representa o envolvimento em comportamentos de risco, podendo agir antes como um factor de protecção (Matos, 2008; Morel *et al.*, 2001). De acordo com Morel *et al.* (2001) este aspecto justifica que cada vez mais seja preconizada a procura de apoio na influência dos pares no sentido preventivo quando se intervém junto de população adolescente.

No âmbito da intervenção por meio de pares emerge o conceito de Promotores da Saúde, definido implicitamente através da compreensão do conceito de Promoção da Saúde. De acordo com a Carta de Ottawa, (WHO, 1986) a promoção da saúde pode ser

encarada como um processo que visa criar condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, e dos grupos em que se inserem, agindo sobre os factores que a influenciam. A promoção da saúde tem por base um pensamento centrado na saúde que coloca a tónica no aumento das capacidades e resistências dos indivíduos e grupos, para lidar de forma positiva com os factores adversos da vida (Loureiro & Miranda, 2010). Neste contexto, é de ressaltar que a promoção da saúde não é apenas responsabilidade do sector da saúde, mas sim de todos os indivíduos, grupos e comunidades. Para Green (1979, citado por Loureiro & Miranda, 2010) a promoção da saúde deve ser entendida como uma combinação de educação para a saúde e respectivas intervenções destinadas a facilitar mudanças de comportamento e do ambiente conducente à saúde.

Como estratégia de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco destaca-se a Educação pelos Pares, que envolve membros experientes e de apoio num grupo específico [os Promotores da Saúde], a fim de incentivar uma mudança comportamental desejável entre membros do mesmo grupo (Turner & Sheperd, 1999). É uma forma de educação social em que uma minoria representativa de um grupo influencia os valores, crenças e mesmo comportamentos, por vezes radicalmente, nos membros integrantes desse grupo (Brito, 2009). Após uma análise a diferentes conceitos de Educação pelos Pares, McDonald *et al.* (2003) define a educação pelos pares, no domínio do consumo de álcool e outras drogas, como o fornecimento e partilha de informação sobre a problemática, através de uma mensagem adequada ao grupo alvo, ao ser transmitida por indivíduos similares em termos de características (idade, cultura, experiências prévias) e com uma posição social suficientemente reconhecida no grupo e como tal capaz de exercer influência.

Os mesmos autores avançam que o educador de pares, ou promotor da saúde, é a pessoa que reúne as condições necessárias para ser um par (mesmas características, mesmas experiências prévias e pertença ao grupo), credível, com capacidade de exercer influência social, e que tenha recebido formação para assumir o papel de educador. O educador de pares deve estar capacitado com informações relacionada com a problemática do consumo de álcool e PLA, e competências ao nível da providenciar informação, educar, facilitar o acesso e discussão, e influenciar as normas sociais.

Face ao exposto, a Educação pelos Pares assume-se como estratégia preferencial no âmbito da promoção da saúde das populações, sendo amplamente utilizada a nível

mundial (Brito, 2009), no entanto as vantagens da opção por esta estratégia de intervenção nem sempre são claras (Turner & Shepherd, 1999).

Neste sentido, os referidos autores, bem como McDonald *et al.* (2003), avançam com as justificações que se revelam mais frequentes na revisão teórica sobre o tema: maior relação custo-eficiência quando comparada com outras estratégias; credibilidade da informação transmitida pelos pares, a evidência científica revela maior sucesso na transmissão de informação pelos pares do que pelos profissionais na medida em que o grupo alvo se identifica com estes; reduz o cariz interventivo, por meio de profissionais, da promoção da saúde, possibilitando uma maior aceitabilidade da informação transmitida pelos pares; permite chegar mais facilmente a população ocultas, de difícil acesso pelos métodos convencionais; oportunidade de capacitar todos os envolvidos no processo de educação pelos pares, sendo considerada uma metodologia de duplo *empowerment*, permitindo promover a aprendizagem e desenvolvimento do outro e si mesmo, em simultâneo; utiliza formas de partilha de informação e aconselhamento já estabelecidas no seio de um grupo; os educadores de pares podem funcionar como modelos positivos e possibilitar o reforço das aprendizagens através de um contacto permanente.

A formação de jovens promotores da saúde é também defendida pela United Nations Children Found (2011) que refere que o incentivo ao protagonismo juvenil deve ser encarado como uma força transformadora, sendo o investimento em adolescentes e a valorização das suas potencialidades, criatividade e dinamismo, elementos chave para a promoção da saúde e cidadania.

1.3.2. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

No âmbito da Enfermagem, o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, defende uma abordagem biopsicosocial no contacto contínuo com a pessoa, representando o enfermeiro uma classe profissional que tem uma oportunidade única de assumir a liderança na promoção de uma melhor saúde para a comunidade. Os enfermeiros como maior grupo profissional nos cuidados de saúde representam um papel vital ao desenvolver cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença acessíveis a toda a população. Assim, na promoção de mudanças de comportamentos relacionados com a saúde, aumentar comportamentos saudáveis e reduzir comportamentos de risco para a saúde, são o grande desafio do Enfermeiro (Pender *et al.*, 2011).

Este é um modelo em que a pessoa assume uma posição central e expressa-se de forma única e pessoal de acordo com os seus esquemas cognitivos e perceptivos e de acordo com os factores modificadores a que é exposta, provenientes do ambiente na medida em que as influências interpessoais têm implicação nos sentimentos e conhecimento associados aos comportamentos. As pessoas têm o poder e a capacidade para mudar os comportamentos de saúde ou modificar os estilos de vida relacionados com a sua saúde, sendo o papel da Enfermagem: promover um ambiente positivo para a mudança, servir de catalisador dessa mudança assistindo nas diferentes etapas do processo, e ainda aumentar a capacidade individual para manter a mudança. Relativamente ao conceito de saúde, este modelo tem por base uma visão que inclui o bem-estar mental, social e espiritual, defendendo uma abordagem proactiva que inclui a construção de forças, fortalecimento de recursos e promoção da resiliência (*idem*).

Em termos operacionais este modelo teórico de Enfermagem é bastante organizador na medida em que considera e articula três aspectos básicos que condicionam o comportamento de promoção da saúde: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos específicos do comportamento; e o resultado do comportamento, o comportamento promotor da saúde

De ressaltar que os sentimentos e conhecimentos face ao comportamento são considerados, neste modelo, o centro da intervenção na medida em que são susceptíveis de ser alterados através das acções de enfermagem ao considerar a percepção dos benefícios e barreiras à acção, a percepção de auto-eficácia, os sentimentos associados à acção e a influência interpessoal e situacional. Ainda a este nível, as autoras salientam que os prestadores de cuidados de saúde, a família e o grupo de pares podem influenciar positiva ou negativamente a adopção de comportamentos de promoção da saúde (*idem*).

Centrando a população alvo da intervenção comunitária, e à luz das mesmas autoras, os adolescentes são considerados um grupo de alto risco na adopção de comportamentos de risco com danos para a saúde, como o consumo de álcool. O ambiente social dos adolescentes exerce uma influência significativa nos comportamentos de saúde, sendo o grupo de pares destacado pelo importante papel que desempenha na modelação dos estilos de vida destes, podendo assim assumir-se como um importante suporte na mudança de comportamentos, enquadrando a Educação pelos Pares.

O Modelo de Promoção da Saúde integrou na sua construção bases teóricas da Teoria Social Cognitiva, de Albert Bandura (*idem*), também a Educação pelos Pares utiliza

esta teoria para explicar e suportar a sua metodologia (McDonald *et al.* 2003; Turner & Shepherd, 1999), pelo que se revela importante explicar os seus fundamentos.

A Teoria Social Cognitiva emerge da Teoria da Aprendizagem Social, tendo o seu autor optado por mudar o nome para enfatizar o papel que a cognição desempenha na construção da realidade, auto-regulação e execução do comportamento (Pajares & Olaz, 2008). Na sua teoria, Bandura centra-se no estudo do comportamento humano quando inserido no contexto social (Bandura, 2008), dando valor aos processos cognitivos dos indivíduos, sendo que as pessoas influenciam as situações através dos seus comportamentos, que por sua vez irão influenciar os seus pensamentos e afectos e, subsequentemente, o seu comportamento, numa interacção bidireccional entre a pessoa, o ambiente e o comportamento (Bandura, 2004). Focando os determinantes do comportamento de saúde, é destacado o conhecimento dos riscos e benefícios de saúde, caracterizado como a pré-condição para a mudança de hábitos de vida. A percepção de auto-eficácia, entendida como o julgamento da capacidade pessoal, é igualmente destacada visto estar na base da motivação para o comportamento (Bandura, 2004; Pajares & Olaz, 2008).

Adaptando a Teoria Social Cognitiva à Educação pelos Pares, o conceito de modelação social reveste-se de importância. De acordo com Bandura (2008), o conhecimento de processos de modelação oferece orientações informativas sobre como proporcionar que as pessoas efectuem mudanças pessoais, organizacionais e sociais. No contexto do consumo de álcool em adolescentes, é sustentado que as decisões tomadas por estes em relação aos consumos são semelhantes a outros comportamentos sociais, que se moldam pela observação do grupo social, sendo o grande desafio de um grupo de pares promotores da saúde o proporcionar oportunidades para um modelo de comportamentos desejados (McDonald *et al.*, 2003).

Face ao exposto, o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, ao integrar a Teoria Social Cognitiva, e fundamentando a metodologia de Educação pelos Pares revela-se o referencial teórico de excelência para a intervenção comunitária. Adicionalmente, este modelo ao procurar descrever a natureza multidimensional do ser humano na procura de saúde, numa perspectiva de Enfermagem, revela-se muito organizador na clarificação das condicionantes do comportamento promotor da saúde e de estratégias de intervenção com vista à promoção da saúde.

2. METODOLOGIA

Os prejuízos de saúde individuais, familiares e sociais associados ao consumo de álcool, anteriormente explicitados, requerem do enfermeiro uma preparação que lhe permita responder às necessidades de saúde da população. Decorrendo da sua formação especializada em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro adquire competências que lhe permite participar na avaliação multicausal dos problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção (OE, 2010).

Neste contexto, a metodologia do Planeamento em Saúde revela-se crucial em termos de administração da saúde, na medida em que possibilita a racionalização de recursos com vista a atingir objectivos fixados, dirigidos à redução de problemas de saúde prioritários, implicando uma intervenção multisectorial (Imperatori & Giraldes, 1993), permitindo a escolha das melhores soluções entre as várias alternativas, tendo em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro (Tavares, 1990). No mesmo sentido, Durán (1989) salienta a participação da população no processo de planeamento, com o objectivo de alcançar, em áreas e prazos estabelecidos, os melhores níveis de saúde das populações, utilizando de forma racional e eficaz os recursos à sua disposição, “é o processo pelo qual se decide conseguir um futuro melhor do que o presente, mudando o que é necessário para lá chegar” (*idem*, p.19).

De seguida será apresentado o planeamento da intervenção comunitária no âmbito da prevenção dos consumos de álcool nos adolescentes, com base a metodologia do Planeamento da Saúde. Neste processo contínuo e dinâmico, foram seguidas as etapas do Planeamento em Saúde definidas por Tavares (1990). Assim, neste capítulo será apresentada a descrição de cada etapa do desenvolvimento e execução da intervenção comunitária: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, preparação operacional – programação, e avaliação.

2.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do planeamento, assumindo importância central na medida em que, é nesta etapa que são identificados os problemas e necessidades de saúde da população e, conseqüentemente, desta depende directamente a definição de prioridades e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Os mesmos autores defendem que a qualidade do diagnóstico depende

da qualidade e quantidade da informação colhida. Também Durán (1989) defende que os dados colhidos devem ser recentes, objectivos, verídicos e fiáveis, devendo reflectir a realidade presente.

Para a consecução do diagnóstico de situação, e de acordo com as orientações de Tavares (1990), de seguida será apresentado o contexto em que foi desenvolvida a intervenção comunitária e a população-alvo, os instrumentos e procedimentos de colheita de dados utilizados bem como uma reflexão sobre as questões éticas tidas em consideração, e finalmente a apresentação e análise dos dados.

2.1.1. Contexto

A intervenção comunitária foi desenvolvida num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da cidade de Lisboa, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), e integrado no programa de Saúde Escolar. A UCSP garante a prestação de cuidados de saúde primários à população residente na área geográfica de três freguesias da cidade de Lisboa, numa área de aproximadamente 10 Km².

Através de uma análise baseada na experiência e conhecimento das características e problemas de saúde da população abrangida pela UCSP, a Enfermeira Coordenadora da UCSP e a Enfermeira da Saúde Escolar, evidenciaram o problema do consumo excessivo de álcool na adolescência como uma realidade no território da Alta de Lisboa. Esta análise vem reforçada num projecto de Formação de Mediadores Juvenis, em 2010, com apoio do K'CIDADE - Programa de Desenvolvimento Comunitário Urbano, onde numa análise inicial o grupo de mediadores em formação identificou o “consumo excessivo de álcool nos jovens”, como um dos problemas presentes na Alta de Lisboa.

Neste contexto, optou-se por desenvolver o projecto de intervenção comunitária no âmbito da prevenção do consumo de álcool nos adolescentes na Alta de Lisboa.

O território da Alta de Lisboa abrange geograficamente parte de duas freguesias da cidade de Lisboa, e caracteriza-se por uma heterogeneidade social e pela reincidência de problemáticas sociais, na medida em que resultada de uma operação urbana que, por um lado, contempla o realojamento da população residente em habitação precária e, por outro, a construção de prédios de venda livre (K'CIDADE, 2009).

De acordo com dados de 2009, a Alta de Lisboa apresenta uma população estimada de 16.994, sendo que a população jovem, 22,5%, tem um peso mais expressivo que a população idosa, 13,2%. O nível de instrução da população do bairro é considerada

um factor crítico, na medida em que 9,5% da população é analfabeta, e apenas 2,9% e 11% frequentou o ensino superior e ensino secundário, respectivamente (*idem*).

Apesar das características particulares deste bairro, marcado por problemas socioeconómicos importantes como uma elevada taxa de desemprego, uma baixa capacidade de aforro e um sentimento de insegurança, cerca de 61,6% da população revela-se satisfeita com a vivência do bairro, 23,2% mais ou menos e 15,3% insatisfeitos. O consumo de substância apresenta-se associado tanto à insatisfação com o bairro, como ao sentimento de insegurança (*idem*).

No seu diagnóstico de famílias na comunidade, o K’CIDADE (2010) identifica, no âmbito da saúde, as dependências de álcool e outras drogas como um problema major da comunidade, revelando que esta é uma realidade muito presente na Alta de Lisboa. Neste contexto, como uma das respostas possíveis aos problemas de saúde são identificados o que designam por “jovens mediadores”, reforçando a pertinência da presente intervenção de enfermagem comunitária, e o seu desenvolvimento neste contexto específico.

2.1.2. População

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) a descrição da população é um elemento fundamental da caracterização do diagnóstico de situação. A população é assim definida com o conjunto de elementos de um grupo bem definido, que tenham em comum uma ou várias características semelhantes, e sobre o qual se desenvolve a intervenção (Fortin, 1999; Glick & Stanhope, 2011).

Partindo da finalidade e foco de intervenção de enfermagem, a população-alvo é constituída por adolescentes e jovens promotores da saúde. De clarificar que, apesar do foco de intervenção de enfermagem se centrar nos adolescentes, a inclusão de participantes com idades superiores aos 19 anos (limite etário da definição de adolescência) é justificada na medida em que a evidência científica sugere que a mensagem transmitida por educadores de pares ligeiramente mais velhos é reconhecida como mais credível (McDonald *et al.*, 2003)

Na identificação deste grupo, no contexto da sua comunidade, partiu-se um grupo de “jovens mediadores” já constituído no âmbito de um Programa de Desenvolvimento Comunitário, na Alta de Lisboa, com o qual a UCSP mantém uma cooperação activa. No contacto com este grupo, que entretanto se constituiu como associação, foram identificados outros adolescentes e jovens que desempenham um papel semelhante a

nível comunitário e que desenvolvem a sua acção no âmbito de outras duas associações comunitárias da Alta de Lisboa.

Assim, foram identificados 16 participantes, que têm em comum o facto de residirem na Alta de Lisboa, e desenvolverem acções dirigidas preferencialmente a adolescentes, com o fim de promover a saúde da sua comunidade. A problemática do consumo de álcool foi identificada como uma realidade proeminente na Alta de Lisboa, e sobre a qual o grupo sentia incapacidade para intervir, revelando-se do interesse destes participar na intervenção comunitária desenvolvida.

2.1.3. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados

O diagnóstico de situação envolve a definição de problemas e necessidades de saúde na área em análise, neste caso o consumo de álcool, sendo imprescindível proceder a um levantamento destes e assim obter um conhecimento efectivo da população (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Também Shuster e Goepfinger (2011) defendem que o primeiro objectivo da colheita de dados é recolher informação útil acerca da comunidade e da sua saúde.

Neste sentido, após uma extensa pesquisa bibliográfica, tendo em conta: a finalidade da intervenção, capacitação de um grupo de promotores da saúde; o horizonte temporal da intervenção; e o referencial teórico de suporte, o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, que identifica a cognição e a percepção como os principais determinantes do comportamento promotor da saúde (Pender *et al.*, 2011), o Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (QCAA) de Barroso, Mendes e Barbosa (2009, citado em Barroso, 2009), apresentou-se como a opção mais adequada (**Anexo II**)

O QCAA, é um questionário de autopreenchimento constituído por 40 itens com possibilidade de resposta dicotómica, verdadeiro ou falso, e avalia os conhecimentos úteis acerca do álcool, existindo 21 afirmações verdadeiras (1,2,3,7,8,10,12,13,17,19,21,25,26, 27,30,33,35,37,38,39 e 40) e 19 falsas (4,5,6,9,11,14,15,16,18,20,22,23,24,28,29,31,32, 34 e 36). A pontuação varia de 0 a 40 pontos, atribuindo às respostas verdadeiras 1 ponto, e às falsas 0 pontos. Este questionário foi validado quanto à legibilidade e compreensibilidade pelos autores (Barroso, 2009).

Tendo em conta que o objectivo primordial do diagnóstico de situação é identificação de necessidades, a pontuação final do QCAA não se revelou suficiente. Assim, e tendo presente o prestigiado trabalho desenvolvido por Mello *et al.* (2001) no

âmbito do consumo de álcool e dos PLA em Portugal, já apresentado no capítulo anterior do relatório, foram analisados os 40 itens do questionário com o objectivo de criar dimensões e permitir uma segunda abordagem de análise dos dados. No seguimento, uma exaustiva comparação entre os itens do QCAA e os fundamentos teóricos referidos foram criadas 5 dimensões de análise: álcool e bebidas alcoólicas (6 itens), álcool no organismo (11 itens), aspectos clínicos do consumo de álcool (13 itens), falsos conceitos (6 itens) e repercussões sociais dos PLA (4 itens). De ressaltar que o processo de definição das dimensões do QCAA foi validado por 2 peritos que desenvolvem a sua actividade profissional no âmbito da intervenção no consumo de álcool e PLA.

O QCAA foi precedido de um Questionário de Caracterização (**Apêndice I**) construído para o efeito, que inclui as características sociodemográficas, bem como as experiências anteriores e actuais relativas ao consumo de álcool, e o conhecimento de estratégias de intervenção na educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool em adolescentes, em concordância com os fundamentos do Modelo de Promoção da Saúde no domínio das características e experiências pessoais, bem como dos sentimentos e conhecimentos específicos do comportamento.

Em termos de procedimentos, foi agendada uma reunião com os elementos do grupo de promotores da saúde na qual foram explicitados os objectivos do projecto, o período de intervenção e o teor da sua participação. A reunião decorreu em espaço angariado pelo grupo, uma associação comunitária da Alta de Lisboa que cedeu o espaço durante todo o período de desenvolvimento da intervenção comunitária (Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012), com a duração de cerca de 45 minutos. Após os esclarecimentos e o consentimento de todos os participantes em participar no projecto de intervenção comunitária (no respeito pelos princípios éticos que são apresentados de seguida) foram aplicados, os dois questionários de autopreenchimento anteriormente explicitados, num único momento. A aplicação dos questionários foi efectuada por administração directa, isto é, os questionários foram preenchidos pelos próprios participantes (Quivy & Campenhoudt, 2005).

2.1.4. Questões éticas

Na prática de enfermagem é fundamental ter em atenção os direitos das pessoas, centro de todas as acções de enfermagem (Silva, Fletcher & Sorrell, 2011). No mesmo sentido, a OE reforça que as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a

preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (OE, 2009a). Reconhecendo a importância das questões éticas na prática dos cuidados de enfermagem, foi preocupação garantir a sua aplicação em todas as etapas do presente projecto de intervenção comunitária.

Na observância dos princípios éticos e morais aceites pela comunidade científica, tal como apresentados por Fortin (1999), foram tidos em conta os direitos fundamentais da pessoa, como sendo: o direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à protecção contra o desconforto e prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo. Em resposta aos direitos da pessoa, Fry (1999) reforçam os deveres e responsabilidade dos profissionais de saúde, neste caso do enfermeiro, como sendo: os deveres de código (actuar de acordo com o Código Deontológico), o dever de veracidade, o dever de defesa, a regra de confidencialidade, o cuidar e a responsabilidade moral.

No seguimento, a integração dos participantes no projecto de intervenção comunitária, bem como a aplicação dos instrumentos de colheita de dados foi precedido da solicitação do consentimento livre e esclarecido, por escrito (**Apêndice II**). A elaboração do formulário de consentimento livre e esclarecido teve em conta as orientações de Fortin (1999), apresentando uma informação clara e precisa, numa linguagem compreensível, simples e comum. A mesma autora ressalva que antes da assinatura do consentimento é fundamental oferecer informações sobre o projecto e em que consiste a participação no mesmo, bem como salvaguardar o direito dos participantes em se retirar em qualquer momento do desenvolvimento do projecto, sem qualquer penalização e sem o dever de justificação, o que foi respeitado.

Tendo em conta que a intervenção comunitária exige um acompanhamento dos participantes, aos questionários preenchidos foi atribuído um código por participante, apenas conhecido pela enfermeira mestranda, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados colhidos, tal como salvaguardado pela supracitada autora.

Neste contexto é ainda de referir que a aplicação do QCAA foi precedida pela autorização dos autores, na pessoa da Professora Doutora Teresa Barroso (**Anexo III**).

2.1.5. Apresentação e análise dos dados

Os dados recolhidos foram introduzidos no programa informático Microsoft Excel ® 2010, e tratados de acordo com a estatística descritiva, o que inclui a distribuição de

frequências, nas variáveis discretas, e as medidas de tendência central e de dispersão, nas variáveis contínuas (Fortin, 1999).

Nesta apresentação e análise dos dados serão apenas destacados os dados considerados mais relevantes, tanto para a caracterização da população, como para a identificação de problemas. A totalidade dos dados analisados é apresentada em apêndice, sendo os relativos à caracterização da população apresentados no **Apêndice III**, e os dados relativos aos resultados do QCAA no **Apêndice IV**.

No seguimento, e relativamente à caracterização sociodemográfica, os participantes da intervenção são maioritariamente do género masculino (62,50%), com idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos, sendo a faixa etária dos 19 aos 21 anos que apresenta maior frequência, com 43,75%. Ainda relativamente à idade, de referir que a média de idade dos participantes é de 20,88 ($\pm 2,88$) anos, com uma mediana de 21 anos. Relativamente à escolaridade, o ensino secundário é a habilitação literária mais frequente, com 43,75%, sendo de referir que 3 participantes se encontram ainda a frequentar o ensino secundário, tendo concluído apenas o ensino básico, 3º ciclo. Dos 13 participantes que já abandonaram o ensino, a nível laboral 84,62% encontram-se no activo e 15,38% desempregados.

No que se refere à caracterização do consumo de álcool, mais especificamente à primeira experiência de consumo, todos os participantes revelam já ter consumido álcool, verificando-se que a faixa etária de iniciação de consumos mais frequentes é dos 15 aos 18 anos (62,50%), apresentando contudo uma média de 14,63 ($\pm 3,46$) anos, ainda assim acima das médias nacionais apresentadas anteriormente nos dados epidemiológicos. No entanto é de salientar um dado preocupante e merecedor de reflexão, uma frequência de 18,75% de primeiro consumo de álcool entre os 7 e os 10 anos. No que se refere à companhia nos primeiros consumos, os amigos/colegas destacam-se com 62,50%, sendo de denotar uma elevada percentagem na companhia de familiares, nomeadamente ao nível das idades mais precoces, o que deve agravar a preocupação dos profissionais de saúde.

Centrando os consumos actuais, maioritariamente os participantes revelam consumir raramente (56,25%) e preferencialmente na companhia exclusiva de amigos/colegas (81,25%), sendo que os outros 12,50% fazem referência aos amigos/colegas e familiares e 6,25% aos amigos/colegas e sozinho. Estes dados vêm destacar a importância do grupo de pares na problemática do consumo de álcool nos adolescentes, reforçando a pertinência do actual projecto de intervenção comunitária.

Relativamente à frequência dos episódios de embriaguez, 68,75% dos participantes referem embriagar-se raramente, sendo contudo de ressaltar que 31,25% dos participantes referem um consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas numa mesma ocasião, preenchendo os critérios de *binge drinking*, e reforçando a elevada prevalência deste padrão de consumo entre os adolescentes e jovens portugueses, tal como referidos noutros estudos apresentados aquando da análise epidemiológica à problemática do consumo de álcool na adolescência.

Tendo em conta a finalidade da intervenção comunitária, numa primeira análise foi centrado o conhecimento relativo a estratégias de promoção da saúde junto de adolescentes no âmbito do consumo de álcool, sendo estes dados provenientes do questionário de caracterização dos participantes. Neste contexto é de recordar a constituição do grupo de promotores da saúde, com alguns elementos que já foram alvo de formação no âmbito da educação pelos pares, aquando a sua constituição como “jovens mediadores” (31,25%), e de elementos que desempenharem um papel semelhante na intervenção comunitária que desenvolvem (68,75%), como já foi referido aquando da caracterização da população. No entanto, e apesar destas características, a totalidade do grupo (100,00%) considera não ter conhecimentos relativos a estratégias de intervenção na educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes.

No que se refere ao QCAA, tal como verificado num estudo realizado pelos autores da escala (Barroso, Mendes, & Barbosa, 2009), optou-se por proceder a uma análise por item, contabilizando as respostas correctas (1 ponto) e as respostas incorrectas (0 pontos), sendo assim 16 (dezasseis) o valor máximo, e 0 (zero) o mínimo. Assim, em comparação com o citado estudo, que apresenta 4 itens com uma percentagem de respostas incorrectas superior a 60%, a população da presente intervenção apresenta 9 itens com a mesma percentagem de respostas incorrectas, nas quais se repetem os 4 itens identificados no citado estudo (itens 1, 16,34 e 37), destacando-se em ambos os casos o item 1 com a maior percentagem de respostas incorrectas.

Tendo em conta que foi necessário proceder à criação de dimensões de análise, de acordo com a finalidade do diagnóstico de situação, seguidamente serão apresentados os dados por dimensão. De forma a facilitar a comparação dos dados nas diferentes dimensões, para além das medidas de tendência central e de dispersão será apresentada a pontuação por dimensão, traduzida em percentagem de respostas correctas.

Relativamente à dimensão álcool e bebidas alcoólicas, verifica-se uma média de 9,34 ($\pm 5,68$) respostas correctas, com uma mediana de 10,50, sendo possível verificar

pelo valor do desvio padrão uma elevada dispersão da pontuação por item. Neste sentido, é de referir que nesta dimensão se encontram pontuações desde de 1 (item 1) a 16 respostas correctas (item 29). A pontuação nesta dimensão é assim de 58,38% respostas correctas.

A dimensão álcool no organismo apresenta uma média de 9,90 ($\pm 3,30$) respostas correctas, traduzindo uma pontuação de 61,89% de respostas correctas. Decorrentes da ingestão de álcool evidenciam-se os aspectos clínicos do consumo de álcool, dimensão que apresenta uma pontuação de 66,81%, resultante de uma média de respostas correctas de 10,69 ($\pm 3,54$). Associados aos aspectos clínicos do consumo de álcool surgem os falsos conceitos, verificando-se nesta dimensão uma pontuação de 62,50%, com uma média de respostas correctas de 10,00 ($\pm 3,52$).

Destacada das outras dimensões de análise surge a dimensão repercussões sociais dos PLA ao apresentar uma maior pontuação de respostas correctas no QCAA, com o valor 93,75%. Esta pontuação resulta de uma média de respostas correctas de 15,00 ($\pm 2,00$), muito próximo de 16 respostas correctas, o valor máximo de respostas correctas por item do QCAA.

Uma análise dos dados no sentido de identificar os problemas que emergem do diagnóstico de situação efectuado ao grupo de promotores da saúde exigiu uma segunda interpretação dos dados. Por conseguinte, na tentativa de identificar áreas problemáticas foram analisadas as dimensões álcool no organismo, aspectos clínicos do consumo de álcool e falsos conceitos, tendo-se verificado que todas as dimensões se reportam a um conceito comum: as consequências individuais do consumo de álcool. Assim, visto tratarem-se de três aspectos indissociáveis na educação para o consumo de álcool ao nível das consequências individuais do consumo, optou-se por criar uma nova dimensão de análise, repercussões individuais dos PLA, respeitando a terminologia de Mello *et al.* (2001). A opção de englobar as dimensões álcool no organismo, aspectos clínicos do consumo de álcool e falsos conceitos, em uma única dimensão de análise revela-se facilitadora tanto na identificação de problemas ao nível do conhecimento acerca do álcool no grupo de promotores da saúde, como na orientação para as estratégias de intervenção.

No seguimento, analisando a dimensão repercussões individuais dos PLA verifica-se uma média de 10,27 ($\pm 3,35$), que corresponde a uma pontuação de 64,19% de respostas correctas, valores que não diferem em grande margem, tanto em termos de

medidas de tendência central como de dispersão, dos apresentados em cada uma das três dimensões que engloba.

Tendo em conta que o diagnóstico de situação deve terminar sempre com uma lista de problemas sobre os quais se pretende intervir para solucionar ou minimizar (Tavares, 1990), da análise dos dados anteriormente explicitada é possível identificar três problemas:

- ausência de conhecimento de estratégias de intervenção na educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes;
- défice de conhecimentos relativos à substância álcool e bebidas alcoólicas;
- défice de conhecimentos relativos às repercussões individuais dos PLA.

2.2. Determinação de Prioridades

Na segunda etapa do Planeamento em Saúde, a essência reside num processo de tomada de decisão. Assim, esta etapa traduz-se na hierarquização dos problemas identificados no diagnóstico de situação, permitindo uma utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados. Na determinação de prioridades, é essencial que se recorra ao uso de critérios através dos quais se ordenam os problemas, sendo a escolha dos critérios e a sua valorização crucial nesta etapa (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Tendo em conta as características do grupo de promotores da saúde, bem como a natureza dos problemas identificados, as técnicas gerais de ordenação, nomeadamente a Comparação por Pares, referida por Tavares (1990), apresenta-se como uma opção elegível. A Comparação por Pares permite a comparação entre 2 problemas, sendo que cada problema será comparado com todos os outros identificados. Para cada par de problemas será indicado o considerado mais importante, sendo a definição de prioridades estabelecida a partir da contagem do número de vezes que cada problema foi seleccionado como o mais importante (*idem*).

Para efeitos de determinação de prioridades foi considerado importante proceder-se à aplicação da técnica seleccionada junto da população alvo da intervenção, o grupo de promotores da saúde. O tamanho do grupo, 16 elementos, tornou possível esta opção, na medida em que foi considerada como exequível. Assim, foi marcada uma reunião onde estiveram presentes todos os participantes do projecto de intervenção comunitária, grupo de promotores da saúde e enfermeira, com a duração de 45 minutos.

Os resultados da análise dos dados recolhidos com a identificação dos problemas considerados foram devolvidos aos participantes, tendo estes obtido a concordância do grupo. De seguida foram comparados os problemas entre si, em grupos de 2, e atribuída uma pontuação final por problema, correspondente ao número de vezes que o problema em análise é escolhido em relação ao problema com que é comparado. A técnica de priorização foi facilmente compreendida pelos elementos do grupo que muito facilmente, e de forma unânime, procederam à escolha dos problemas de acordo com as regras definidas e com as necessidades sentidas.

Assim, na aplicação da técnica de Comparação por Pares, tal como sugerido por Tavares (1990), foi construído um quadro de priorização (**Apêndice V**) que permitiu sistematizar a seguinte ordenação dos problemas:

- 1º. ausência de conhecimento de estratégias de intervenção na educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes (com o valor final de 2);
- 2º. défice de conhecimentos relativos às repercussões individuais dos PLA (com o valor final de 1).
- 3º. défice de conhecimentos relativos à substância álcool e bebidas alcoólicas (com o valor final de 0);

2.2.1. Diagnósticos de Enfermagem

A elaboração de diagnósticos de enfermagem é fundamental para a prática de cuidados na medida em que proporciona a base para seleccionar as intervenções de enfermagem a implementar e os resultados a atingir. Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem foi adoptada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), na sua versão 2, na medida em que é considerada pela OE como um instrumento basilar para a prática de enfermagem, sendo fundamental para o desenvolvimento contínuo da profissão (OE, 2011)

Analisando os problemas à luz do referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, verifica-se que todos se enquadram ao nível das cognições do comportamento, podendo assim ser alterados através das acções de enfermagem (Pender *et al.*, 2011). As mesmas autoras salientam que os prestadores de cuidados de saúde e o grupo de pares podem influenciar positiva ou negativamente a adopção de comportamentos de promoção da saúde. Assim, é justificada a intervenção de enfermagem junto de um grupo de promotores da saúde com a finalidade de os capacitar

e alterar comportamentos, e paralelamente potenciar a sua intervenção como pares dos adolescentes da sua comunidade, influenciando a adopção de comportamentos promotores da saúde, neste caso no âmbito do consumo de álcool.

Neste contexto surge a Educação pelos Pares, já definida neste trabalho como metodologia de “duplo empowerment”. A este nível é fundamental explicitar, que para se ser considerado um educador de pares no âmbito de consumo de álcool é necessário receber formação que aborde tanto os conhecimentos sobre o consumo de álcool e as questões relacionadas com mesmo, como as competências para educar, transmitir informação, facilitar a discussão e influenciar as normas sociais (McDonald *et al.*, 2003)

Face ao exposto, foi considerado que os problemas identificados se enquadram num aspecto comum, a capacitação do grupo de promotores da saúde, sendo estes entendidos como informação relevante das necessidades de formação específicas deste grupo. Assim, foi formulado o seguinte diagnóstico de enfermagem, de acordo com a CIPE® 2:

Capacidade para desempenhar o papel (Foco) de educar (Acção) sobre o abuso de álcool (Foco) comprometida (Juízo), no grupo (Cliente) de promotores da saúde.

2.3. Fixação de Objectivos

Face ao diagnóstico de enfermagem procede-se à fixação de objectivos a atingir num período de tempo definido. Este é um aspecto fundamental do Planeamento em Saúde na medida em que da correcta quantificação dos objectivos se poderão avaliar os resultados da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993). De acordo com os citados autores e Tavares (1990) a fixação de objectivos compreende a selecção de indicadores, determinação da tendência do problema, fixação dos objectivos a atingir, e a tradução dos objectivos em objectivos operacionais ou metas.

Assim, foram determinados indicadores de resultado ou impacto e de actividade ou execução (Tavares, 1990). A determinação da tendência do problema não foi realizada pela inexistência de dados anteriores sobre os problemas identificados. No que se refere à formulação de objectivos, estes devem identificar cinco elementos: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou fracasso, a população-alvo, a zona de aplicação do projecto e o tempo em que deverá ser atingido (*idem*).

No Modelo de Promoção da Saúde, Pender *et al.* (2011) defendem que a promoção de mudanças de comportamentos relacionados com a saúde são o grande

desafio do enfermeiro, devendo este intervir ao nível dos sentimentos e cognições que podem afectar o comportamento, capacitando para a tomada de decisões congruentes com comportamentos promotores da saúde. Assim, com base nos pressupostos enunciados, a intervenção comunitária teve como objectivo geral: Promover a capacidade de um grupo de promotores da saúde desenvolver actividades de educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes, no território da Alta de Lisboa, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012.

Decorrentes do objectivo geral surgem os objectivos operacionais, que enunciam um resultado desejável e tecnicamente exequível, de forma mensurável (*idem*). Para esta intervenção comunitária foram então definidos para território da Alta de Lisboa, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012:

- aumentar os conhecimentos, em 70% dos elementos do grupo de promotores da saúde, relativamente às consequências individuais do consumo de álcool;
- aumentar os conhecimentos dos elementos do grupo de promotores da saúde, em 10%, na dimensão repercussões individuais dos PLA do QCAA;
- aumentar os conhecimentos, em 70% dos elementos do grupo de promotores da saúde, relativamente à substância psicoactiva álcool e bebidas alcoólicas;
- aumentar os conhecimentos dos elementos do grupo de promotores da saúde, em 10%, na dimensão álcool e bebidas alcoólicas do QCAA;
- implementar pelo menos uma actividade de educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes, desenvolvida pelo grupo de promotores da saúde.

Como forma de medir as alterações verificadas e a consecução dos objectivos foram definidos como indicadores de resultado: taxa de participantes que aumentem a média dos resultados globais na dimensão repercussões individuais do consumo de álcool do QCAA; taxa de respostas correctas na dimensão repercussões individuais do consumo de álcool do QCAA; taxa de participantes que aumentem a média dos resultados globais na dimensão álcool e bebidas alcoólicas do QCAA; taxa de respostas correctas na dimensão álcool e bebidas alcoólicas do QCAA; número de actividades de educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes, desenvolvidas pelo grupo de promotores da saúde.

Para além dos indicadores de resultado foram definidos como indicadores de actividade: taxa de actividades realizadas; taxa de Guias de Recursos Comunitários

distribuídos; taxa de participação nas actividades; taxa de participantes que avaliem de forma positiva (concordo totalmente/concordo parcialmente) as sessões educativas.

2.4. Selecção de Estratégias

Uma reflexão sobre todos os aspectos abordados, salienta a importância de adoptar medidas de promoção da saúde na intervenção dirigida à problemática do consumo excessivo de álcool nos adolescentes. Assim, é na etapa de selecção de estratégias que se concebe o processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários, através de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objectivos fixados (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Na intervenção comunitária, a definição de estratégias teve em consideração as características da intervenção, principalmente o nível de intervenção e os referenciais teóricos adoptados, bem como as especificidades da população-alvo.

Tendo em conta as características da intervenção o estabelecimento de parcerias comunitárias foi uma estratégia preferencial, pois o estabelecimento de parcerias entre os membros da comunidade e os profissionais de saúde revelam-se cruciais devendo ambos ser considerados participantes activos no processo de tomada de decisão e assim aumentar o sucesso de acções para a melhoria do estado de saúde da comunidade. É assim fundamental que o enfermeiro comunitário tenha presente que a saúde não é distribuída, mas sim gerada através da cooperação e parceria entre a comunidade e profissionais (Shuster, & Goepfinger, 2011). Também a OE preconiza que, no sentido de assegurar o sucesso e a continuidade dos cuidados, o enfermeiro deve estabelecer parcerias, trabalhando em complementaridade com outros profissionais e parceiros comunitários (OE, 2010).

O Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, reconhece as influências interpessoais nos sentimentos e conhecimento associados ao comportamento de saúde (Pender *et al.*, 2011). Por seu lado integrou na sua construção bases teóricas da Teoria Social Cognitiva que se centra no estudo do comportamento humano quando inserido no contexto social, dando valor aos processos cognitivos dos indivíduos (Bandura, 2008). Neste contexto, é de recordar que os problemas no âmbito da capacitação do grupo de promotores da saúde se centram na ausência ou défice de conhecimentos.

Assim, partindo dos pressupostos teóricos explicitados, a educação para a saúde surge como uma estratégia a ser adoptada, visto promover mudanças de estilos de vida

na adopção de comportamentos promotores da saúde, através de um processo interactivo, reconhecido e aceite por todos os intervenientes,

“a educação para a saúde não se pode limitar a adoptar uma abordagem específica das doenças, nem pode privilegiar o cariz informativo ou instrumental ou mesmo visar apenas o desenvolvimento de crenças e atitudes. Como se vem argumentando, as acções educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, não só para que sejam os próprios indivíduos a tomar decisões e a responsabilizar-se pela sua saúde, mas também para que estes mesmos indivíduos se sintam competentes para adoptar estilos de vida saudáveis” (Matos *et al.*, 2003, p. 37).

Também Mello *et al.* (2001) defendem que, no âmbito da problemática do consumo excessivo de álcool nos adolescentes, a educação e informação revelam-se a pedra angular de toda a intervenção.

Ao nível da intervenção na mudança de comportamentos, Pender *et al.* (2011) salientam que o enfermeiro deve ser conhecedor de teorias e modelos baseados no comportamento de saúde, para assim seleccionar o mais apropriado às características da intervenção de promoção da saúde a implementar. No contexto da promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, a Educação pelos Pares foi considerada neste projecto de intervenção comunitária como uma estratégia preferencial de intervenção na problemática do consumo de álcool em adolescentes.

No que respeita à formação de promotores da saúde, a Educação pelos Pares permite a construção de conhecimento e a capacitação dos adolescentes, oferecendo-lhes a oportunidade de participar em actividades que os afectam a si próprios e, simultaneamente, a adopção de comportamento promotores da saúde (McDonald *et al.*, 2003). Numa perspectiva mais ampla da Educação pelos Pares, existe evidência do seu impacto ao possibilitar que indivíduos pertencentes a um grupo social educam elementos do mesmo grupo, com o objectivo de educar e influenciar intencional e positivamente, assumindo-se como uma forma de educação social (Brito, 2009).

Torna-se então relevante que a prevenção do consumo de álcool seja implementada com foco na promoção de factores de protecção, e cujas intervenções sejam realizadas centrando-se na responsabilização, participação social do adolescente e na promoção da autonomia, bem-estar, percepção de qualidade de vida e expectativas positivas (Matos, 2008).

Sintetizando as premissas de base na selecção de estratégias para a intervenção comunitária, e recorrendo à CIPE[®] 2, é possível identificar como estratégias adequadas à

finalidade da intervenção, ao diagnóstico de enfermagem e aos objectivos estabelecidos: *Educar, Promover e Supervisionar*.

Nesta etapa, foi ainda avaliada a disponibilidade dos recursos humanos e outros necessários para a intervenção, tendo a opção pela Educação pelos Pares tornado exequível a intervenção visto potenciar a intervenção de enfermagem na problemática do consumo de álcool nos adolescentes, reduzindo o cariz interventivo junto desta população. A continuidade da intervenção, aspecto considerado fundamental, foi igualmente garantida no âmbito da equipa de Saúde Escolar da UCSP.

2.5. Preparação Operacional - Programação

A preparação operacional é uma etapa do Planeamento em Saúde que especifica e inter-relaciona as actividades a ser desenvolvidas, evitando sobreposições, identificando entraves à execução e possibilitando a previsão dos recursos (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares 1990).

Neste sentido, na selecção das actividades foi realizada uma inter-relação actividade/objectivos da intervenção (**Apêndice VI**), visto que, e de acordo com Tavares (1990), planear actividades que não satisfaçam os objectivos operacionais conduz ao desperdício de recursos. Foi igualmente elaborado um Cronograma de Gantt (*idem*), visto permitir um controlo do desempenho das actividades programadas (**Apêndice VII**).

Na validação das actividades recorreu-se ao apoio de peritos na área dos comportamentos aditivos, especificamente enfermeiros que exercem funções numa instituição especializada na intervenção nos consumos de álcool e PLA, no âmbito da prevenção e da redução de riscos e minimização de danos, considerados como informadores privilegiados. No mesmo sentido, foi solicitado o apoio da Enfermeira responsável pelo ensino clínico na UCSP, Enfermeira responsável pela Saúde Escolar e da Professora Orientadora.

De seguida serão especificadas as actividades seguindo a ordem cronológica com que foram realizadas, e tendo em conta os parâmetros definidos por Tavares (1990): o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer, onde deve ser feito, como deve ser feito, objectivos a atingir, e avaliação. O plano operacional com estas informações detalhadas encontra-se em apêndice (**Apêndice VIII**), sendo que seguidamente será apenas apresentada uma justificação e narrativa da execução.

De referir que todas as actividades implementadas junto do grupo de promotores da saúde foram realizadas em local angariado pelos próprios: todas as actividades de planeamento, e as actividades 1, 2 e 3 em uma associação comunitárias da Alta de Lisboa; e a actividade 4 no espaço de outra associação comunitária que desenvolve a sua actividade junto da população adolescente.

Actividade 1: Criação do grupo de Promotores da Saúde

A criação do grupo de promotores da saúde teve por base o estabelecimento de parcerias comunitárias. De forma a favorecer a coesão e responsabilização do grupo foi realizada uma reunião com todos os elementos do grupo, procurando-se igualmente sensibilizar para a problemática do consumo de álcool em adolescentes e promover a adesão ao projecto. Foram ainda apresentadas as actividades a desenvolver e o período temporal da intervenção, tendo ficado nesta reunião acordado a subdivisão do grupo nas sessões educativas (actividade 2), tendo em conta quer as disponibilidades horarias dos participantes, quer o favorecimento da aplicação de estratégias dinâmicas aquando das sessões. O facto de a maioria dos elementos do grupo estar em situação laboral activa fez com que a possibilidade de não estar presente em todas as sessões fosse colocada à partida, o que foi respeitado, tendo sido criada uma via de comunicação, através de e-mail, entre todos os intervenientes da intervenção comunitária, com o objectivo de partilha de informação e esclarecimento de dúvidas. De salientar que o estabelecimento das finalidades e a clarificação das expectativas e obrigações são questões fundamentais para o sucesso da intervenção, e a desenvolver numa primeira sessão de educação de pares (McDonald *et al.*, 2003).

Actividade 2: Sessões Educativas (planos de sessão em Apêndice)

De acordo com Correia (2004), etimologicamente educar deriva: do grego *educare* que significa treinar; e do latim *educere* que significa conduzir. Neste sentido, é importante ressaltar que para a intervenção nos comportamentos aditivos, mais do que a transmissão de informação é necessário progredir para uma perspectiva de promoção da saúde, assumindo-se a educação como um conjunto de actividades concretas que fornece aos participantes uma experiencia susceptível de favorecer o seu desenvolvimento intelectual, emocional e psicológico (Morel *et al.*, 2001). Também McDonald *et al.* (2003) defendem que o treino de educadores de pares tem por base a construção de conhecimento e capacidades de educação de pares. Assim, partindo dos

objectivos definidos de acordo com as necessidades do grupo de promotores da saúde, foram realizadas 3 sessões:

- Sessão educativa A: “*O que precisas de saber sobre álcool e bebidas alcoólicas!*” (**Apêndice IX**)
- Sessão educativa B: “*Beber pode parecer divertido, mas para decidires é preciso conheceres os riscos!*” (**Apêndice X**)
- Sessão educativa C: “*O educador sou eu, e agora?*” (**Apêndice XI**)

Tendo em conta a subdivisão do grupo nesta actividade, as sessões foram realizadas em duplicado, nos dias previsto, respeitando sempre os dias da semana, terças e quartas-feiras, e o horário das 20 horas. Tal como sugerido por McDonald *et al.* (2003), foram utilizadas técnicas didácticas (exposição de informação), e técnicas interactivas (dinâmicas de grupo), atribuindo maior relevância à interacção visto favorecer a motivação e envolvimento do grupo e demonstrar interesse pelas questões levantadas pelos elementos do grupo. Toda a informação disponibilizada durante as sessões foi enviada por e-mail a todos os participantes. Tendo em conta os indicadores de actividade, no final de cada sessão foi distribuído um questionário de avaliação (**Apêndice XII**)

Actividade 3: Elaboração de um Guia de Recursos Comunitário.

Após a componente formativa, os educadores de pares necessitam de suporte, particularmente na fase inicial em que pode estar presente falta de confiança (*idem*). Neste sentido, com o objectivo de capacitar os participantes para a implementação de estratégias de intervenção adequadas à educação para o consumo de álcool em adolescentes foi opção elaborar um Guia de Recursos Comunitários, permitindo estabelecer um meio de suporte do grupo no seio da sua comunidade numa perspectiva de médio e longo prazo. Este guia foi construído durante todo o processo de intervenção junto do grupo de promotores da saúde, tendo estes identificado associações comunitárias que consideram úteis no encaminhamento de situações problemática que identifiquem em adolescentes da sua comunidade. Este foi completado com outros recursos não identificados pelo grupo, como sendo a UCSP, ao nível da equipa de saúde escolar e da consulta do adolescente, e o IDT, identificando figuras de referência nestas instituições. A elaboração do guia foi otimizada através da troca de informação entre todos os elementos do grupo utilizando a via de comunicação estabelecida, e-mail.

Actividade 4: Supervisão da intervenção de educação para o consumo de álcool em adolescentes, implementada pelo grupo de Promotores da Saúde.

A supervisão dos educadores de pares assume parte integrante do processo de educação, devendo ser realizada antes, durante e após a implementação de actividades por parte dos educadores de pares (McDonald *et al.*, 2003). Os mesmos autores referem que os educadores de pares se sentem mais seguros na presença de um adulto, preferencialmente o seu formador, na medida em que este pode responder quando o grupo não consegue encontrar argumentos, ou ainda ajudar na gestão de alguns elementos difíceis no seio do grupo alvo da intervenção pelos pares, no entanto é necessário ter presente que esta opção pode: colocar em causa a credibilidade dos educadores de pares; existir o risco de o adulto assumir a liderança, visto o grupo de educadores remeter as questões para este; e impedir a espontaneidade e capacidade de resposta dos participantes (*idem*). Estes foram aspectos considerados na supervisão das actividades implementadas, na intitulada “Semana do Álcool”. A supervisão da responsabilidade da enfermeira mestranda foi efectuada: antes, no planeamento das actividades; durante, a pedido do próprio grupo; e depois, como forma de estimular a reflexão e consolidação das aprendizagens e competências. Na fase de implementação da “Semana do Álcool” foi introduzido um elemento da equipa de saúde escolar da UCSP que assumiu o compromisso de dar continuidade à intervenção de educação pelos pares.

Actividade 5: Sensibilização dos profissionais da UCSP e ACES.

Como forma a possibilitar a continuidade do projecto de intervenção comunitária implementado durante o estágio surgiu a necessidade de sensibilizar os profissionais da UCSP. Assim, durante o período de planeamento e implementação do projecto foram desenvolvidos contactos informais com alguns profissionais, nomeadamente da equipa de Saúde Escolar. De forma a alargar o número de profissionais sensibilizados para a problemática do consumo de álcool na adolescência e do projecto de intervenção comunitária desenvolvido foi solicitado à Enfermeira Coordenadora da UCSP a realização de uma sessão formal aberta a todos os profissionais da UCSP, tendo esta aceite e alargado a presença a profissionais do ACES. Os conteúdos apresentados na sessão foram validados pela Enfermeira responsável pela Saúde Escolar e Enfermeira Coordenadora da UCSP (**Apêndice XIII**). A sessão decorreu na sala de formação da UCSP, tendo sido partilhada com a apresentação de 3 projectos desenvolvidos na UCSP, e contado com a presença de profissionais da UCSP, do ACES, professores orientadores

da ESEL e um parceiro comunitário responsável por uma das associações envolvidas na intervenção comunitária. Foram igualmente disponibilizados os materiais referentes ao planeamento, implementação e avaliação da intervenção.

2.6. Avaliação

A etapa final da metodologia do Planeamento em Saúde é a avaliação. Nesta etapa os resultados alcançados por meio das actividades executadas, serão assim comparados com a situação inicial do diagnóstico de situação e os objectivos fixados, determinando o grau de sucesso do projecto (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Os mesmos autores salientam que a avaliação estabelece um mecanismo retroactivo sobre as etapas anteriores, com a finalidade de melhorar o projecto e orientar a distribuição de recursos.

Antes de iniciar o processo de avaliação da intervenção comunitária, é necessário clarificar que ao longo da intervenção comunitária houve um decréscimo no número de participantes. Apesar de ter ficado claro que qualquer elemento do grupo poderia abandonar a intervenção sem qualquer prejuízo ou necessidade de justificação, respeitando os princípios éticos, todos os participantes que tiveram necessidade de o fazer, justificaram previamente. Assim, antes de se dar início às sessões educativas, 1 elemento emigrou e 2 ficaram impossibilitados de comparecer nas sessões nos horários previstos por questões laborais, não sendo possível proceder a reorganização, em prejuízo dos outros participantes. Antes da 2ª sessão formativa, 1 elemento informou que tinha iniciado um estágio profissional fora da zona de Lisboa e 1 elemento iniciou actividade laboral que não lhe permitia a comparência. No seguimento, o grupo de promotores da saúde a considerar para a avaliação do projecto é de 11 elementos, sendo contudo de ressaltar que os 5 elementos que não conseguiram estar presentes por questões laborais solicitaram o envio de material relativo às sessões educativas e assumiram o compromisso de partilha de informação com os participantes e enfermeira, bem como de participação em sessões de educação pelos pares na sua comunidade

No que se refere aos indicadores de resultado, a sua avaliação tem por base os dados resultantes da aplicação do QCAA num segundo momento, no final do processo educativo dos elementos do grupo de promotores da saúde, permitindo a comparação de dados objectivos. Visto o QCAA tratar-se de um questionário de conhecimentos, foi considerado possível a sua aplicação num segundo momento, apesar do curto espaço

temporal da intervenção que limita a avaliação de ganhos efectivos ao nível da adopção de comportamentos promotores da saúde, tal como preconizado no referencial teórico.

Centrando a taxa de participantes que aumentem a média dos resultados globais na dimensão repercussões individuais do consumo de álcool do QCAA, verificou-se que 81,82% dos participantes aumentaram a média dos resultados globais nesta dimensão do QCAA. Os restantes 18,18% (2 elementos) não estiverem presentes aquando a avaliação pelo que todos os participantes que responderam ao QCAA no segundo momento aumentaram as suas médias de conhecimentos na dimensão em análise. No mesmo sentido, no que se refere à taxa de participantes que aumentaram a média dos resultados globais na dimensão álcool e bebidas alcoólicas do QCAA, verifica-se uma taxa de 81,82%, pelos motivos anteriormente descritos.

Relativamente à taxa de respostas correctas na dimensão repercussões individuais do consumo de álcool do QCAA, nos participantes que responderam ao QCAA no segundo momento verificou-se um aumento da taxa de respostas correctas na ordem dos 29,56%, aumentando de 61,56% aquando do diagnóstico de situação, para os 91,12% de respostas correctas aquando da avaliação. A dimensão álcool e bebidas alcoólicas do QCAA apresentou um aumento da taxa de respostas correctas de 37,44%, resultando de um aumento de 61,12% para 98,56% entre os dois momentos de aplicação do QCAA.

Assumindo o objectivo de implementar pelo menos uma actividade de educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes, desenvolvida pelo grupo de promotores da saúde, foi contabilizado o número de actividades desenvolvidas por estes. Assim, o grupo de promotores da saúde, em resposta ao desafio que lhes foi lançado organizou uma semana temática, intitulada de “Semana do Álcool” que decorreu no espaço de uma associação comunitária que desenvolve a sua acção junto de adolescentes. Esta semana resultou na implementação de várias actividades desenvolvidas pelo grupo de promotores da saúde, como: exposição, entrevistas, debate, jogos interactivos – peddy-paper, festa com cocktails sem álcool (**Anexo IV e V**), tendo o grupo sido responsável pela elaboração de diversos materiais (**Anexo VI**).

Estas actividades foram alvo de supervisão antes, durante e após a sua realização, tendo tido uma boa adesão por parte da população adolescente. No final das actividades foi sempre realizada uma avaliação com os elementos do grupo de promotores da saúde e enfermeira possibilitando um aumento da confiança ao longo das actividades. De referir que por sua iniciativa, o grupo, no final da semana temática, procedeu a uma avaliação informal da actividade junto dos adolescentes intervenientes, tendo obtido resultados

positivos, tendo-se verificado igualmente a publicação de comentários positivos sobre a actividade no blog da associação comunitária envolvida. A par com a consecução da “Semana do Álcool” com sucesso, ficou por concretizar em tempo útil do estágio a apresentação de um sketch de teatro sobre o consumo de álcool na adolescência, de acordo com a metodologia teatro fórum, e que irá ser apresentado previsivelmente no mês de Maio do presente ano, ficando a supervisão ao cargo da equipa de Saúde Escolar da UCSP com o apoio da enfermeira mestranda.

Face ao exposto, a análise dos indicadores de resultados revela o sucesso na concretização dos objectivos delineados para intervenção comunitária, que foram totalmente atingidos e mesmo superados.

Para além dos indicadores de resultado foram definidos indicadores de actividade. Assim, foi possível verificar: uma taxa de 100% no que se refere às actividades realizadas em comparação com as previstas; uma taxa de 100% na distribuição dos Guias de Recursos Comunitários; uma taxa de participação nas sessões educativas na média dos 85,78% (sessão A – 84,62%; sessão B – 90,90%; sessão C – 81,82%); e uma taxa de participantes que avaliem de forma positiva (concordo totalmente/concordo parcialmente) as sessões de formação realizadas, na ordem dos 100%. Face a exposto é de considerar que estes indicadores revelam uma avaliação positiva no que se refere à execução do presente projecto de intervenção comunitária.

Uma avaliação de carácter subjectivo, é igualmente defendida por Tavares (1990), sendo de referir que, apesar de não ser utilizada como critério de avaliação da intervenção, são também de considerar os comentários recebidos. Assim, para além do apoio da equipa do UCSP, que sempre valorizou esta intervenção comunitária e a sua metodologia de intervenção, o grupo de promotores da saúde verbalizou várias vezes a importância atribuída a esta intervenção ao preencher uma lacuna de sentida por todos, e numa área bastante problemática na sua comunidade. É também de referir a receptividade das associações comunitárias envolvidas, particularmente a associação em que foi desenvolvida a “Semana do Álcool” implementada pelo grupo de promotores da saúde que, na avaliação informal da semana, valorizou as estratégias de intervenção implementadas e os resultados obtidos junto dos adolescentes que apoiam, resultando no estabelecimento de uma parceria com a UCSP, equipa de Saúde Escolar, para a implementação de projectos com a mesma metodologia junto dos adolescentes.

3. CONCLUSÕES

Para melhor organização das conclusões do projecto de intervenção comunitária optou-se por abordar uma reflexão sobre as competências adquiridas e considerações finais, que incluem as limitações e implicações para a prática.

3.1. Reflexão sobre as Competências Adquiridas

A consecução do presente projecto de intervenção comunitária, ao permitir mobilizar os conhecimentos adquiridos/desenvolvidos na fase curricular, teve por finalidade a aquisição e desenvolvimento de competências específicas no âmbito da especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Ao reflectir as competências adquiridas é de ressaltar que por competência se entende o “saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir a melhor estratégia de acção perante uma situação concreta” (OE, 2009b, p.11). No percurso de formação especializada o EEECSPP adquire competências que permitem participar na avaliação multicausal e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades (OE, 2010).

A utilização da Metodologia do Planeamento em Saúde contribuiu em grande medida para a aquisição de competências específicas do EEECSPP. De facto, com esta metodologia foi possível estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, no presente contexto de um grupo (*idem*), articulando a análise a situação de saúde de acordo com modelos de intervenção de enfermagem comunitária (ESEL, 2010), neste contexto Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender.

Esta metodologia potenciou igualmente o favorecimento da autonomia no planeamento e implementação de intervenções ao nível da enfermagem comunitária (*idem*), ao possibilitar uma base que permitiu a realização e participação em projectos de investigação na área da enfermagem comunitária e em saúde (*idem*), mais evidente na fase do diagnóstico de situação; e o planeamento de intervenções com vista à capacitação de grupos e comunidades (OE, 2010). De referir que neste processo a problematização de fenómenos de saúde e doença no âmbito da enfermagem (ESEL, 2010), neste caso do consumo de álcool nos adolescentes, se revelou um aspecto fundamental, na medida em que permitiu justificar a pertinência e relevância do

desenvolvimento de um projecto de intervenção comunitária dirigido a este grave problema de Saúde Pública no nosso país.

Tendo em conta a contribuição para o processo de capacitação de grupos, finalidade do presente projecto, é de referir que a integração de conhecimentos de diferentes disciplinas (OE, 2010) se revelou uma mais-valia. De facto, partindo do referencial teórico pelo qual se orientou a intervenção, o Modelo de Promoção da Saúde, foi possível numa perspectiva de enfermagem conceptualizar o processo de adopção de comportamentos de promoção da saúde, integrando conceitos da Teoria Social Cognitiva. Estes pressupostos teóricos permitiram por sua vez a identificação do grupo de pares como um contexto que pode influenciar a adopção de comportamentos, de grande relevância na fase da adolescência, o que orientou o desenvolvimento de um projecto de intervenção comunitária com base nos princípios da Educação pelos Pares.

A opção por esta estratégia de intervenção revelou-se muito positiva na medida em que para além de permitir o desenvolvimento de um processo de capacitação do grupo de promotores da saúde, possibilita a partilha de conhecimentos e a replicação de informação potenciando a promoção da saúde da comunidade em que estão inseridos. O sucesso desta intervenção teve por base o estabelecimento de parcerias comunitárias que para além de possibilitarem a implementação do mesmo garantem um acompanhamento para além do tempo definido para o estágio. Assim, é possível considerar que através de uma abordagem concertada, e adaptada ao contexto, foi possível aplicar conhecimentos multidisciplinares e multiprofissionais na resolução de um problema da comunidade em que se desenvolveu a intervenção (ESEL, 2010).

É ainda de considerar que todo o processo de planeamento e de capacitação do grupo de promotores da saúde foi acompanhado de uma prática reflexiva baseada nos valores ético-sociais do grupo (idem), o que contribuiu para adaptação a novas situações, e para o sucesso da intervenção. De referir que a prática reflexiva se assumiu como a base do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais neste processo.

Ter em conta a consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde é uma competência a desenvolver (OE, 2010), sendo de considerar que no presente projecto foram tidos em conta quer avaliação dos indicadores do PNS 2004/2010 e recomendações, como o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010/2012, referido PNS 2011/2016 como resposta para a redução do consumo de álcool. Assim, foi realizada uma intervenção dirigida a uma das áreas prioritárias referidas no plano, os jovens e adolescentes.

A redacção do presente relatório é considerada por si só como o desenvolvimento da competência de comunicação e divulgação da prática clínica e de investigação (ESEL, 2010) ao permitir a transmissão de todo um processo e as suas implicações para a prática através da prática baseada na evidência. Também a sensibilização dos profissionais da UCSP e ACES, é considerado um momento de desenvolvimento desta competência. Na aquisição desta competência a mobilização da CIPE® 2 revelou-se enriquecedora, ao possibilitar o recurso a uma terminologia internacionalmente reconhecida e considerada como um instrumento basilar para a prática de enfermagem.

3.2. Considerações Finais

A realização de um projecto de intervenção comunitária reveste-se de grande interesse curricular para a enfermeira mestranda, permitindo responder às suas necessidades formativas individuais. Desta forma, considera-se de grande relevância a realização deste percurso, devido à possibilidade de planear a aquisição de competências como EEECSF.

A relevância do consumo de álcool como grave problema de Saúde Pública, e a elevada prevalência de consumo entre os adolescentes, com padrões de consumo cada vez mais preocupantes como *binge drinking*, evidencia que é urgente encontrar estratégias de intervenção, com atenção especial na promoção da saúde. Neste contexto o EEECSF, tendo em conta as competências que adquire, deverá ter consciência da importância desta problemática e da sua responsabilidade enquanto promotor da saúde, contribuindo assim para a melhoria do estado de saúde das populações.

Na concretização do presente projecto, o recurso à metodologia do Planeamento em Saúde revelou-se muito vantajoso, contribuindo amplamente para o sucesso do projecto de intervenção comunitária. O Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, revelou-se muito organizador de todo o processo de planeamento e implementação da intervenção na medida em que através dos seus pressupostos teóricos possibilitou orientar a intervenção junto dos adolescentes com base na cognição e percepção, e no reconhecimento do impacto do grupo de pares na adopção de comportamentos de promoção da saúde nos adolescentes. A articulação deste modelo com outras teorias e modelos de intervenção constituiu-se igualmente como uma mais-valia a ressaltar.

Uma análise ao resultado esperado de acordo com o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, o comportamento de promoção da saúde, salienta uma das

limitações da intervenção, na medida em que esta se centra na intervenção ao nível dos sentimentos e conhecimentos do comportamento, mas não avalia se foi verificada a efectiva adopção do comportamento. Contudo, é de ressaltar que este aspecto foi condicionado pela duração do estágio, com implicação em todas as opções metodológica que daí resultaram, visto não ser possível intervir na mudança de comportamento a curto-prazo, como ressaltado nos pressupostos do próprio modelo. Subjacente a esta limitação é de salientar que o tempo de supervisão da intervenção do grupo de promotores da saúde, de acordo com os princípios da Educação pelos Pares, é considerado escasso, podendo ter implicações na confiança e autonomia dos educadores de pares. Esta limitação foi compensada pelo estabelecimento de parcerias comunitárias e sensibilização dos profissionais da UCSP, que despertados para a problemática e estratégia seleccionada assumiram a continuidade do projecto. Também o facto de se terem criado as dimensões do QCAA, por ausência destas, merece reflexão por poder aumentar o carácter subjectivo da identificação de problemas no diagnóstico de situação, embora se tenha tido o cuidado de proceder a uma fundamentação teórica e ao estabelecimento de parcerias com peritos na área do consumo de álcool na validação das mesmas.

Em termos de implicação para a prática, a consciencialização para a problemática do consumo de álcool na adolescência foi muito positiva, sendo vários os profissionais de saúde que referiram o pouco investimento nesta área associado à falta de formação, tendo ficado este um aspecto a considerar após o estágio, através do estabelecimento de parceria com o IDT. É ainda de ressaltar que a intervenção com promotores da saúde se apresenta como inovadora na medida em que é pouco utilizada apesar das reconhecidas vantagens que apresenta. Neste contexto, é de destacar a receptividade da equipa da UCSP e das associações comunitárias envolvidas para esta estratégia de intervenção junto desta população específica.

Em suma, o cumprimento dos objectivos propostos para este projecto de intervenção comunitária, revelam que este atingiu com sucesso a finalidade proposta, ao capacitar um grupo de promotores da saúde e, através destes, o grupo de adolescentes alvo da sua intervenção na semana temática que implementaram. No mesmo sentido, através do planeamento, execução e avaliação do presente projecto de intervenção comunitária, foi possível adquirir e desenvolver competências como EEECS, sendo considerada atingida a finalidade de desenvolver competências para uma prática de cuidados em enfermagem comunitária de forma a optimizar as relações com grupos e comunidades, no sentido de maximizar ganhos em saúde (ESEL, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alto Comissariado da Saúde (2011). Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016. Estratégias para a Saúde. IV. Objectivos para o Sistema de Saúde. 2) Promover um contexto favorável à saúde, ao longo da vida (versão discussão). Lisboa: Autor.
- American Psychological Association (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington: Author.
- Balsa, C. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral: Portugal 2007*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive means. *Health Education & Behavior*, vol.31, nº2, pp.143-164.
- Bandura, A. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. In A. Bandura; R. Azzi; & S. Polydoro. *Teoria Social Cognitiva. Conceitos básicos* (pp. 15-114). São Paulo: Artmed.
- Barroso, T. (2009). *Prevenção do uso/abuso de álcool nos adolescentes: construção e avaliação de um programa de intervenção em contexto escolar*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Tese de Doutoramento.
- Barroso, T., Barbosa, A., & Mendes, A. (2006). Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes – revisão sistemática. *Revista Referência*, II* série, nº3, pp. 33-44.
- Barroso, T., Mendes, A., & Barbosa, A. (2009). Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, vol. 17, nº 3, pp. 347-353.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). As mil faces da adolescência. Lisboa: Climepsi.
- Brito, I. (2009). Promoção da saúde nos jovens utilizando a Educação por Pares. *Enfermagem e o Cidadão*, nº 19, pp. 6-7
- Carvalho, A. & Leal, I. (2006). Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. *Psicologia, saúde e doenças*, vol.7, nº2, pp. 287-297.
- Correia, M. (2004). *A construção do currículo no ensino de enfermagem – um estudo de caso*. Loures: Lusociência.
- Dias, S. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

- Direcção Geral de Saúde (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de situação*. Lisboa: Autor.
- Direcção Geral de Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Autor.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Autor.
- Durán, H. (1989). *Planeamento da Saúde, aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Edwards, G.; Marshall, E., & Cook, C. (1999). *O tratamento do alcoolismo: Um guia para profissionais de saúde* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). *Guia Orientador. Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária*.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2011). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações*.
- Farate, C. (2000). *O acto de consumo e o gesto que consumo*. Coimbra: Quarteto.
- Feijão, F. (2010). Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Revista Toxicodependências*, vol. 16, nº 1, pp. 29-46.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e toxicodependências: Vol.2. Uso, abuso e dependências*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, MF. (1999). *O Processo de Investigação. Da concepção à realidade*. Loures: Lusociência.
- Fry, S. (1999). Ética na Prática de Enfermagem Comunitária. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem Comunitária* (4ªed.) (pp. 101-126). Lisboa: Lusociência.
- Glick, D., & Stanhope, M. (2011). Gestão de Programas. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ªed.) (pp. 516-546). Loures: Lusodidacta.
- Hoffman, A., & Heineman, M. (1987). Substance abuse education in school of nursing: A national survey. *Journal Nursing Education*. nº 26, pp.282–287.
- Imperatori, E. & Giraldes, M.. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde* (3ªed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (2010). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012*. Lisboa: Autor.

- Instituto da Droga e da Toxicodependência (2011). Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas; European School Survey on Alcohol and other drugs, Portugal 2011. Obtido a 07/2011 em: [www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/ECATD ESPAD Portugal 2011 CoImp.pdf](http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/ECATD_ESPAD_Portugal_2011_CoImp.pdf).
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2000). *Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999*. Lisboa: Autor
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Autor.
- K'CIDADE. (2009). *Alta de Lisboa, inquérito em painel aos agregados familiares*. Apresenta à UCSP em Outubro, 2009.
- K'CIDADE. (2010). *Diagnóstico Famílias na Comunidade*. Lisboa: Autor.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.
- Mathre, M. (2011). Problemas com Álcool, Tabaco e outras Drogas. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População (7ªed.)* (pp. 851-877). Loures: Lusodidacta.
- Matos, M. (Coord.). (2008). *Consumo de Substâncias: Estilo De Vida? À Procura de um Estilo?*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Matos, M. (Coord.). (2011). Health Behaviour in School-aged Children, dados nacionais 2010. Obtido em 07/2011, de : http://aventurasocial.com/arquivo/1302897373_2b-HBSC%20Adolescentes%202010-11.pdf.
- Matos, M., *et al.* (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- McCarthy, D.; Aarons, G., & Brown, S. (2002). Educational and occupational attainment and drinking behavior: an expectancy model in young adulthood. *Addiction*, nº 97, pp. 717-726.
- McDonald, J., Roche, A., Durbridge, M., & Skinner, N. (2003). Peer education: from evidence to practice. An alcohol and other drugs primer. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction.
- Mello, M.; Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Morais, M., & Viana, M. (2004). O consumo de álcool nos adolescentes, dinâmicas de intervenção em saúde. *Nursing*, n.º 186, pp. 29-32.

- Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto.
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F., & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.
- Naegle, M. (1994). The need for alcohol abuse for alcohol abuse – Related Education in Nursing Curricula. *Alcohol Health & Res World*, Vol. 18, nº 2, pp. 52–55.
- Oliveira, S. (2008). Álcool: a situação portuguesa. *Dependências*, Set. 2008, pp.14-17.
- Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Obtido em 07/2011, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2009b). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública*. Obtido em 07/2011, de OE: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica%20aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2*. Lisboa: Autor.
- Pajares, F., & Olaz. F. (2008). Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In A. Bandura; R. Azzi; & S. Polydoro. *Teoria Social Cognitiva. Conceitos básicos* (pp. 97-114). São Paulo: Artmed.
- Palacios, J. (1995). Que es la adolescencia?. In J. Palacios, J., A. Marchesi, & C. Coll. *Desarrollo psicológico y educación* (pp. 299-309). Madrid: Alianza Editorial
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6ª ed.). New Jersey: Pearson.
- Quivy, R., & Campenhoudt., L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4.ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Shuster, G. & Goepfing, J. (2011). A Comunidade como Cliente: Apreciação e Análise. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ªed.) (pp. 356-389). Loures: Lusodidacta.

- Silva, M., Fletcher, J., & Sorrell, J. (2011). Aplicação da Ética na Comunidade. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ªed.) (pp. 131-147). Loures: Lusodidacta.
- Sommer, M. (2004). *Carreiras de saída da toxicoddependência*. Lisboa: Climepsi.
- Sprinthall, N., & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem Desenvolvimentista* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Trindade, I., & Correia, R. (1999). Adolescentes e álcool: estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*, nº 3, p. 20-32.
- Turner, G., & Sheperd, J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research*, vol. 14, nº2, pp.235-247.
- United Nations Children Found (2011). Elos da Saúde: RAP da saúde recebe prémio pró-equidade em saúde. Disponível em: <http://elosdasaude.wordpress.com/tag/unicef/> consultado em 07/2011.
- World Health Organization (1977). *Health needs of adolescents: Repport of a WHO expert committee. Technical Report Series 609*. Geneva: Author.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion – An International Conference on Health Promotion*. Copenhagen: Author.
- World Health Organization (2001). *Global Status Report: Alcohol and Young People*. Geneva: Author.
- World Health Organization (2010a). *Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)*. Copenhagen: WHO-EURO.
- World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: Author.

ANEXOS

ANEXO I

Factores de Risco e Factores de Protecção do consumo de álcool

FACTORES DE RISCO	FACTORES DE PROTECÇÃO
<p>Individual e grupo de pares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamento caracterizado por rebeldia ou presença de sentimentos de alienação e revolta face às normas sociais estabelecidas; - Associar-se a indivíduos que apresentam comportamentos problemáticos como o abuso de substâncias ou comportamento anti-sociais como, actividades ilegais delinquência; - Forte locus de controlo externo; - Apresentar atitudes favoráveis para com factores de risco; - Iniciação precoce do comportamento problemático, como por exemplo insucesso escolar, desistir de estudar, usar substâncias; - Factores constitucionais como a vulnerabilidade genética, características da personalidade ou aspectos psicológicos; - Factores comumente relatados como: baixa auto-estima e baixa auto-eficácia, procura de sensações fortes, habilidades sociais inexistentes ou inadequadas, rejeição de valores morais. 	<p>Individual e grupo de pares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características pessoais positivas incluindo habilidades sociais, estabilidade emocional, flexibilidade, sentido positivo de si; - Orientação social positiva, incluindo ligação à família, crença nos valores sociais e familiares positivos; - Competências emocionais e sociais, incluindo habilidades de comunicação, empatia, autonomia, capacidade de estabelecer objectivos, disciplina.
<p>Familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - História familiar de comportamentos de risco, com antecedentes de abuso ou dependência de substâncias ou actividades criminais; - Ausência ou inadequação de competências parentais - Desorganização familiar ou dificuldades familiares na gestão dos problemas, com atitudes parentais que vão desde uma excessiva severidade ou inconsistência de castigos até à ausência de monitorização do comportamento dos filhos e de disciplina; - Presença de conflito familiar, como violência doméstica ou mesmo situações de divórcio litigioso ou situações de vida geradoras de muito stress para os envolvidos; 	<p>Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laços afectivos positivos e fortes entre os membros da família, com expectativas claras e consistentes, incluindo a participação nas responsabilidades e decisão familiar; - Apoio emocional consistente, com envolvimento por exemplo nas actividades escolares e extra-curriculares; - Crenças, comportamentos e atitudes parentais bem definidas, saudáveis e efectivas.

<ul style="list-style-type: none"> - Atitudes favoráveis dos pais em relação ao uso de substâncias ou mesmo incentivo na participação ou continuidade de comportamentos de risco, como por exemplo em famílias em que os pais envolvem os filhos no seu uso de substâncias ou em que desculpam os filhos quando estes não cumprem regras. 	
<p>Escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atitudes favoráveis dos alunos e dos funcionários da escola face ao uso de substâncias; - Insucesso escolar; - Baixo empenho e apreço para com a escola e o processo de aprendizagem; - Disponibilidade de substâncias nas imediações da escola; - Ausência de apoio, valores e envolvimento na própria escola; - Regras e sanções inconsistentes em relação à conduta e ao uso de substâncias na escola. 	<p>Escolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades de envolvimento/ participação e responsabilidade nas tarefas e decisões; - Regras e padrões definidos em relação a comportamentos apropriados; - Apoio e preocupação da escola; - Recompensas/ reconhecimento pelo desempenho/envolvimento pró-social; - Desenvolvimento do conceito de “comunidade” na escola e na turma; - Crenças saudáveis e expectativas elevadas por parte dos funcionários.
<p>Comunitária/Social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade e fácil acesso a substâncias; - Normas, valores e atitudes da comunidade favoráveis ou ambivalentes em relação ao uso de substâncias; - Laços de vizinhança fracos e desorganização da comunidade, permitindo por exemplo um tráfico de substâncias, acções de vandalismo e desrespeito do espaço público; - Elevadas taxas de criminalidade e violência; - Elevado índice de mobilidade da população que integra a comunidade; - Privação económica e social extrema tal como pobreza, falta de condições de habitabilidade e índices de desemprego elevados. 	<p>Comunitária/Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidades de envolvimento pró-social; - Recompensas/ reconhecimento pelo envolvimento pró-social; - Reforço das leis e normas existentes face ao uso de substâncias; - Crenças saudáveis e padrões sociais de comportamentos claros; - Literacia face aos media (resistência face a mensagens que estimulam o uso de substância)

FONTE: FERREIRA-BORGES, C. e FILHO, H. (2004). **Alcoolismo e toxicodependências: Vol. 2. Uso, abuso e dependências.** Lisboa: Climepsi Editores. p. 248-249.

ANEXO II

Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool

GRUPO II – Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool
Barroso, Mendes e Barbosa (2009)

As questões relacionadas com o álcool são do conhecimento público, para podermos ajudar-te no sentido de melhorar os teus conhecimentos queríamos saber o que hoje já sabes acerca do álcool.

Por favor lê as frases que se seguem acerca do álcool **assinalando com uma cruz (X)** no VERDADEIRO “V” se consideras que a frase é verdadeira ou colocando uma cruz (X) no FALSO “F” se consideras que a frase é falsa.

		V	F
1	O álcool das bebidas alcoólicas é “álcool etílico” como o álcool que usamos para desinfectar a pele e que se vende nas farmácias.		
2	O consumo de álcool pode causar dependência.		
3	O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool que a bebida tem.		
4	O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias.		
5	Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.		
6	O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.		
7	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um ou dois copos de bebidas sem ser bebidas destiladas, repartidas pelas principais refeições.		
8	As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.		
9	As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque o álcool ajuda a fazer a digestão.		
10	O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória.		
11	O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.		
12	O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água.		
13	Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.		
14	Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma maneira à mesma quantidade de álcool.		
15	Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool.		
16	O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerido.		
17	O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.		

		V	F
18	A idade não tem influência na capacidade do fígado “queimar” o álcool.		
19	É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.		
20	Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.		
21	As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebê.		
22	O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.		
23	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira a não se sentir tonto ou mal disposto.		
24	A cerveja é boa para “matar” a sede.		
25	O álcool das bebidas alcoólicas é “queimado” no fígado.		
26	Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.		
27	O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.		
28	O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem dispostas.		
29	Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.		
30	O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool.		
31	As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam com moderação.		
32	No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.		
33	Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade de se vir a ter problemas relacionados com o álcool ao longo da vida.		
34	As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.		
35	O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações nos reflexos.		
36	O fígado está preparado para “queimar” qualquer quantidade de álcool.		
37	Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.		
38	O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.		
39	Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas diferentes.		
40	O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, afogamentos, queimaduras, quedas e outros acidentes.		

ANEXO III

Autorização para utilização do Questionário de Conhecimentos Acerca do
Álcool



Ana M anamurteiro@gmail.com

Mestrado ESEL - solicitação de autorização de uso de questionário QCAA

Ana M <anamurteiro@gmail.com>

19 de Julho de 2011 19:16

Para: tbarroso@esenfc.pt

Boa tarde, Professora Doutora Teresa Barroso

O meu nome é Ana Margarida Mostardinha Alves Murteiro, e estou a frequentar o Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Neste momento estou a delinear um Projecto de Intervenção Comunitária no âmbito da problemática do consumo de álcool, com a finalidade de capacitar um grupo de promotores da saúde para a prevenção do consumo de álcool nos adolescentes. A Professora orientadora do Projecto é a Professora Cláudia Bacatum.

Nesse sentido, contacto V. Ex.^a a fim de lhe solicitar a sua colaboração através da autorização para a utilização do Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool (QCAA), na fase de colheita de dados do referido projecto.

Sem outro assunto, aguardo atenciosamente resposta.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos,

Ana Murteiro

tbarroso@esenfc.pt <tbarroso@esenfc.pt>

19 de Julho de 2011 19:57

Para: Ana M <anamurteiro@gmail.com>

Cara Enfermeira Ana Murteiro,

Em resposta à sua solicitação, declaro que autorizo a utilização do Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool (QCAA) no âmbito da investigação para a tese de dissertação: Projecto de Intervenção Comunitária no âmbito da problemática do consumo de álcool, a apresentar no Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem Comunitária.

Mais informo, que sempre que apresentar o referido questionário deverá fazer referência a todos os seus autores Barroso, Mendes e Barbosa (2009) utilizando como referência a tese de doutoramento Barroso (2009).

Gostaria que terminado a investigação me informasse dos resultados do seu trabalho. Envio em anexo o instrumento em formato word para lhe facilitar o acesso.

Ao seu dispor

Com os meus melhores cumprimentos pessoais,

Teresa Barroso

ANEXO IV

Cartaz de divulgação da “Semana do Álcool”

Semana do



Álcool

Dias: de 23 a 27 de Janeiro, de Segunda a Sexta

Segunda -Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
Início da Exposição	Entrevista aos	Debate. - Será que existe uma idade certa para começar a consumir álcool?	Peddy Paper	Visionamento da entrevista.

Organização.

Festa com
Cocktails sem
álcool

ANEXO V

Plano de orientação do Peddy-Paper

PEDDY – PAPER

Percurso dentro da (...), nos vários espaços, com 4 Bancas/4 Tascas. Vão ser abertas inscrições no início da Semana do Álcool.

- Vai ser criado um “cartão de consumo”, com diferentes valores de alcoolémia de acordo com as bebidas que vão ser oferecidas em cada Tasca.
- Em cada Tasca é oferecida 1 “bebida alcoólica”.
- Se quiserem beber é marcado no “cartão de consumo” e aumenta a alcoolémia, para perceberem o aumento da alcoolémia vai ser colocada uma limitação física: mãos atadas, pernas atadas, um olho vendado, venda nos olhos.
- No final do percurso têm de cumprir um desafio, enestar num cesto com uma bola de basquete, sem ser retirada nenhuma das limitações físicas que foram colocadas ao longo do percurso, para verem a dificuldade de cumprir uma simples actividade.

Ao longo do percurso vai estar um grupo de 2 promotores da saúde em cada Tasca, e para além de oferecer álcool, coloca duas questões sobre o consumo de álcool. Vão estar também 2 promotores da saúde a acompanhar cada grupo de 2 adolescentes que faz o percurso, sendo que um vai incentivar o consumo de álcool e o outro vai alertar para os perigos do consumo.

No final do percurso e depois de todos os adolescentes que se inscrevem no peddy-paper ter finalizado vai ser realizado um debate sobre o que aprenderam com o peddy-paper, e vão ser transmitidas algumas informações pelos promotores da saúde que participaram na formação: o lado menos divertido dos copos e algumas dicas sobre o que os adolescente precisam saber sobre o álcool.

ANEXO VI

Materiais de exposição na “Semana do Álcool”

Semana do 



Álcool

“Energia usa a tua” **SÓ**

Bebidas Alcoólicas

Contêm álcool em diferentes concentrações na sua composição.

Álcool = Álcool Etilico = Etanol

Tipos de Bebidas Alcoólicas

- **Fermentadas:** É um processo no qual os açúcares da bebida a são convertidos em energia com produção de etanol e dióxido de carbono.
- **Destiladas:** Destilação (por meio de alambique) do álcool produzido no decurso da fermentação.
- **Desenhadas:** Normalmente bebidas destiladas misturadas com sumos.

Graduação das Bebidas Alcoólicas

Graduação = Quantidade de álcool puro por litro de bebida.

Graus	Cerveja (3 a 6°)
	Vinho (7 a 12°)
	Aperitivos (16 a 45°)
	Licores (30 a 50°)
	Aguardentes e outras bebidas brancas (40 a 45°)



Taxa de Alcoolemia

Alcoolemia = Quantidade de álcool existente num dado momento no sangue do indivíduo. Expressa em gramas de álcool por litro no sangue.



TAS de 0,5 g/l → 0,5 g de álcool puro, por litro de sangue

Taxa de Alcoolemia – Factores que Influenciam

- . Quantidade e tipo de bebidas alcoólicas ingeridas; 
- . Em jejum, fora ou dentro das refeições;
- . O peso corporal (a alcoolemia é tanto mais elevada quanto menor for o peso da pessoa);
- . O género (a mulher é mais sensível que o homem). 

Taxa de Alcoolemia

	Homens						Mulheres					
	Jejum			Refeição			Jejum			Refeição		
Peso (Kg)	65	75	85	65	75	85	45	55	65	45	55	65
1 Cerveja (500) (0,33cl)	0,26	0,22	0,20	0,16	0,14	0,12	0,44	0,36	0,30	0,24	0,19	0,16
Vinho (11º) (1,2L)	0,96	0,83	0,73	0,61	0,53	0,47	1,6	1,3	1,1	0,88	0,72	0,61
Aguardente (40º) (1 cálice)	0,35	0,30	0,26	0,22	0,19	0,17	0,59	0,48	0,41	0,32	0,26	0,22
Whisky (45º) (1 copo)	0,39	0,34	0,30	0,25	0,21	0,19	0,66	0,54	0,46	0,36	0,29	0,25
Aperitivo (20º) (1 cálice)	0,17	0,15	0,13	0,11	0,09	0,08	0,29	0,24	0,20	0,16	0,13	0,11

Tipologias de Consumo

• Consumo de Risco



16g de **ÁLCOOL** / dia
1 copo e meio de vinho
1 imperial



24g de **ÁLCOOL** / dia
¼ L de vinho
2 imperiais

• Consumo de Nocivo

• Dependência do álcool

Quem **NÃO PODE** consumir Bebidas alcoólicas

. Crianças, Adolescentes e Jovens até aos 18 anos;

. Mulheres grávidas;

. Mulheres a amamentar;

. Pessoas com doenças psiquiátricas, cardiovasculares, traumatismos cranianos, diabetes, etc...;

. Doentes alcoólicos.



Comportamentos de Risco

• Padrões de consumo de alto risco nos adolescentes e jovens adultos:

❖ Abusos ao fim-de-semana (discotecas);

❖ "Binge drinking" - intoxicações;



Incentivos ao consumo de álcool

Alcopops

• Refrigerantes com álcool;

• Sabor doce (frutos);

• Embalagens atraentes;

• Teor de álcool entre 5% e os 21%



Incentivos ao consumo de álcool



Shots

• Mistura de bebidas de elevado teor alcoólico

Incentivos ao consumo de álcool



Festas /Convívio



Publicidade



Recreio e
Divertimento

Incentivos ao consumo de álcool

Acessibilidade



O que a publicidade não diz sobre as bebidas alcoólicas

O álcool é uma droga

Intoxicações agudas



Dependência física e psicológica



10h às 24h
(dias úteis)

14-14
GRÁTIS
LINHA VIDA
SOS DROGA

De segunda a sexta-feira, das 10h à meia noite, a Linha Vida escuta, informa, apoia e encaminha.

Mais crianças com menos de 10 anos a beber

Consumo de álcool jovem: embriagam-se com mais frequência

Ver crianças com 13 anos ou menos alcoolizadas à porta de algumas bares é cada vez mais habitual. Uma prova em confirmação pelos dados do estudo do Instituto da Drogas e Toxicod dependência IDT e pelo Observatório de Álcool sobre o consumo de álcool entre os 13 e os 18 anos. Os resultados mostram que 8,2 dos rapazes com 13 anos admitiu ter bebido Cerveja antes dos 10 anos. O que representa um aumento em relação aos resultados de 2007 quando 7,6 disseram ter bebido. Nas raparigas os números são mais baixos e não houve redução. Nesta feita estão foram interrogados dois mil estudantes.

As conclusões gerais mostram que as jovens portuguesas experimentam bebidas alcoólicas cada vez mais cedo bebem em maiores quantidades e embriagam-se mais vezes. Oito por cento dos alunos com 13 anos revela já ter apanhado uma bebida numa situação admitida por 53,9 dos jovens com 18 anos.



Mais de 10 dos alunos com 13 anos já bebem álcool

Ainda assim há menos jovens a consumir álcool mas os que o fazem bebem em maior quantidade. Dá que a coordenação do estado considera que o álcool é definitivamente um problema. Fernanda Fajão alerta para o facto da população em causa ser muito jovem.

Um aviso particular pelo vice-presidente do IDT, Manuel Cardoso: "Os mais novos não estão preparados biologicamente. Por isso aparecem cada vez mais cedo dependências alcoólicas através hospitalares além de outros problemas como a violência associada ao álcool."

A coordenação da investigação não tem dúvidas de que esta é uma situação que deve merecer a atenção das autoridades mas também dos pais. "Os pais não podem desistir. Se tem um filho adolescente que vai à noite tentar de saber em quem vai e que faz. Não posso atribuir ao Estado toda a responsabilidade."

Para prevenir estas consumas está a ser preparada uma revisão à lei que proíbe a venda de álcool a menores de 16 anos e a publicidade em eventos desportivos e musicais. Um tema que está a ser tratado por uma subcomissão liderada pela ASAE avança Manuel Cardoso. Que refere que é necessário que a legislação da publicidade seja realmente cumprida. Outra exigência do IDT é mudar os mecanismos de lei da venda de álcool a menores já que a fiscalização só pode atuar em fragmentos.

O estudo feito em meio escolar que decorreu em Maio e em julho 13 mil alunos com idades entre os 13 e os 18 anos revela ainda que 37,3 % dos alunos com 13 anos já bebem álcool número que chega aos 90,8 % quando os questiona os jovens de 18 anos. Entre os mais velhos um quarto admite que se embriagou nos 30 dias antes do inquérito.

Ana Bela Ferreira – Diário de Notícias

Nova lei aperta cerco a locais de venda de bebidas alcoólicas

Regra: Medidas do Governo vão abranger também a publicidade como é feita os alvos a que se dirige e em que ~~aparecem~~ ~~ocorrem~~.

O secretário de Estado adjunto e da Saúde anunciou que o aumento da idade legal para os 18 anos no consumo e aquisição de bebidas alcoólicas previsto para 2012 será acompanhado de medidas para desencorajar os jovens de beber. "Não se trata só de aumentar a idade legal para consumo e aquisição de álcool mas também ter medidas importantes a nível da forma como a publicidade é feita os alvos a que se dirige, em que momentos ocorrem e algumas regras sobre os locais de venda", disse Fernando Leal da Costa à Lusa.

Este responsável explicou que na base de medidas esteve a preocupação de saúde pública mas também em acompanhar o que se passa no nível de outras países europeus. "Neste momento não justificam que Portugal não siga aquilo que é comum num número significativo de países europeus e não só no sentido de tornar o álcool apenas disponível para maiores de 18 anos", sustentou.

"A nossa preocupação é limitadamente uma preocupação de saúde pública" sublinhou Leal da Costa, adiantando que a medida decorre nas estimas ao álcool é muito pesada representando um custo superior a 200 milhões de euros por ano. O secretário de Estado da Saúde alerta que o facto de os adolescentes começarem a beber cada vez mais cedo condiciona um aparecimento cada vez mais precoce de problemas físicos ligados ao álcool, com maior gravidade e maior frequência de ocorrência.

Na passada semana o Instituto da Drogas e da Toxicod dependência revelou um estudo sobre o consumo de álcool tabaco e drogas em meio escolar segundo o qual os jovens começam a experimentar cada vez mais cedo o consumo de álcool bebem em maiores quantidades e embriagam-se mais vezes. Segundo o estudo 37,3 % dos alunos com 13 anos já experimentou beber álcool além de 90,8 % nos jovens com 18 anos.

Sobre as críticas de falta de imposição da lei o governo afirmou que o problema da fiscalização em termos de sua dificuldade relaciona-se "com a forma ea frequência que as pessoas podem nessa própria fiscalização".

Lusa – Diário de Notícias

Jovens começam mais cedo no álcool e embebedam-se mais vezes

Mais de metade dos alunos de 18 anos admitiu já ter apanhado uma bebida.

Cirroses, violência e dependências estão a surgir mais cedo avisam os investigadores.

Começam mais cedo a beber bebem mais e embriagam-se com mais frequência. O consumo de álcool entre os ~~13 e os 18 anos~~ ~~13 e os 18 anos~~ é um problema. Quem admite são os pais antes do estudo do Instituto da Drogas e da Toxicod dependência IDT que ontem foi apresentado em Lisboa. De universo de alunos com 13 anos 37,3 % experimentaram bebidas alcoólicas e 8 % admitiram ter apanhado pelo menos uma bebida. O número é um pouco maior entre os jovens de 18 anos - um em cada nove já consumiu álcool e 53,9 % já se embriagaram.

O relatório sobre consumo de álcool, tabaco e drogas em meio escolar decorreu em Maio e em julho 13 mil alunos de ensino público entre os 13 e os 18 anos. O estudo destas consumas entre os estudantes do básico ao secundário mostra que embora haja mais jovens a experimentar ~~o álcool~~ a percentagem dos consumidores actuais está a diminuir. Há também um menor número de jovens a consumir bebidas alcoólicas mas os que bebem ~~bebem~~ ~~bebem~~ mais vezes e embriagam-se com mais frequência um quarto dos alunos com 18 anos admitiu ter se embriagado no último mês.



A cerveja já não é a principal escolha dos adolescentes que optam pelas bebidas destiladas.

"O álcool é definitivamente um problema sobretudo tendo em conta que são tão jovens e não estão preparados biologicamente para isso", avisa Fernanda Fajão.

Sistemas como cirroses hepáticas, violência e dependências alcoólicas surgem também mais cedo segundo o vice-presidente do IDT. Dá que já estejam a ser estudadas alterações à legislação com Manuel Cardoso. Garante a eficácia da fiscalização para se cumprir a idade mínima legal de consumo actualmente só é possível atuar em fragmentos de delito monitorizar as campanhas de publicidade dos festivais de música ou em obter os encargados de educação são as estratégias que o IDT quer aprofundar.

"Não faz sentido que um indivíduo de 13 anos seja apanhado na rua pela polícia internacional e os pais não chegam a saber que isto aconteceu. É preciso que no mínimo sejam chamados a locais" defendeu o responsável do Instituto Nacional de Saúde, ao apelar da intervenção do Estado existir também maior responsabilidade dos adultos sobre

Fernanda Fajão: "Os pais não podem desistir. Se tem um filho adolescente que vai à noite tentar de saber com quem vai e que faz e o que é capaz de fazer"

Apesar de ter diminuído o número de consumidores de álcool e de tabaco, os que consomem fazem-no com mais frequência. Segundo o estudo, um terço dos jovens com 18 anos fuma, percentagem que dá para 15,9 % nos alunos com 13 anos. Porém, os consumidores têm vindo a diminuir nas camadas mais jovens e a estabilizar nas mais velhas.

Cátia CATULO – i

Os pais devem tratar o álcool como droga

Os pais continuam a pensar que o álcool não é uma Droga. Se lhes for perguntado o que mais temem para as suas filhas saírem com a droga, mas se indagado de que filhas se tornam a cozinhar, fumar, fumar e por aí adiante, elas dizem de si mesmas "as coizas". De tal maneira fazem a distinção que ficam como gogoladas de como as filhas se apresentam em casa bêbadas ou não se apresentam ao almoço de domingo: "porque estão de ressaca". Ou seja não se dá conta de que os comportamentos como se fossem inofensivos são de passagem.

A complacência para com o álcool é tanto mais estranha, quanto objetivamente é a droga mais consumida em Portugal, em todas as faixas etárias e com consequências dramáticas para o indivíduo, a família e a sociedade (muitos terão sofrido diretamente as suas consequências enquanto filhas de alcoólatras). É é tanto mais estranha, quanto o último estudo feito na sua consumo em meio escolar, divulgado agora pelo Instituto da Droga e do Tóxico Dependência (IDT), deixa claro que o seu uso começa mais cedo, e continua a ser maior quantidade, com episódios de embriaguez cada vez mais frequentes, tendo associado a estas raparigas que agora bebem tanto como os rapazes (agora dos nascos alcoolizados).

A complacência é criminosa, porque se sabe, com uma certeza científica, que os efeitos do álcool no cérebro jovem são tremendos e muitos deles irreversíveis. Ou seja, as bebodas e as outras álcoolicas de que se fala, em tanta literatura, são como fazem de parte lúdica de viagens de fim de curso, de quinzenas das férias ou de fins-de-semana "à maninha", vão assimilar os neurónios dos seus filhos. É óbvio que nem sempre os pais conseguem evitar que os filhos sejam dependentes, mas de que se fala aqui é de financiar silenciosamente estas coisas, tratando-os como banais, da incapacidade de dizer não, de acompanhar os filhos de perto e de lhes pedir responsabilidades. Talvez ajude se os pais começarem a incluir o álcool no capítulo daquilo que é o seu maior temor, falando dele como aquilo que é uma droga perigosa.

Isabel Stilwell - Destak

Os jovens bebem mais cedo, bebidas mais perigosas, e ficam bêbados mais vezes.

Algumas receitas de COCKTAILS sem ÁLCOOL

Moranguito

Ingredientes:

- 2 colheres grandes de açúcar
- 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 colher de açúcar para decorar

Preparação:

Misture o açúcar, o sumo de laranja e o sumo de ananás e o concentrado de morango e deite tudo num copo alto. Decore com o morango fresco.

Erutada

Ingredientes:

- 3 cl de sumo de manga
- 4 cl de sumo de ananás
- 2 cl de sumo de laranja
- 2 cl de sumo de goiaba
- 1 colher de ananás
- 1 colher cristalizada

Preparação:

Misture no liquidificador os sumos e o sumo de goiaba com pedações de gelo e despeje depois num copo alto. Decore com o pedação de ananás e a colher cristalizada.

Tropical

Ingredientes:

- 4 cl de sumo de pêraço
- 4 cl de sumo de laranja
- 4 cl de sumo de manga
- 2 cl de sumo de goiaba
- Agua tônica (q.b.)
- 1 colher de pêraço

Preparação:

Agite no liquidificador os sumos e o sumo de goiaba e os cubos de gelo. Depois deite para um copo alto, acabando de encher com água tônica. Decore com o pedação de pêraço.

Morangilice

Ingredientes:

- 1 kiwi
- Morango a gosto

Preparação:

Deixe o kiwi no liquidificador e coloque no fundo do copo, de seguida misture-o, de igual forma, os morangos e o gelo e deite-o no copo. Servir com uma palhinha.

Caipirinha sem Alcool

Ingredientes:

- Agua tônica (q.b.)
- Açúcar amarelo (q.b.)
- ¼ de lima
- Sumo de limão (q.b.)

Preparação:

Num vidro misture muito bem ¼ de lima com açúcar amarelo. Depois de juntar um pouco de sumo de limão, misture bem e por fim junte a água tônica e o gelo mais o açúcar e o copo.

Refrescante

Ingredientes:

- 200 gr de Kiwi
- 250 gr de morango
- 200 cl de sumo de laranja
- 1 colher de gelado de baunilha
- Gelo a gosto

Preparação:

Misture todos os ingredientes no liquidificador e sirva de seguida.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário de Caracterização da população

QUESTIONÁRIO

Preenche todos os itens do questionário, **assinalando com uma cruz (X)** a opção que se adequa a ti. Não escrevas o teu nome em nenhuma folha: o questionário é anónimo.

Obrigada pela tua participação!

GRUPO I – Caracterização

1. Qual a tua idade? _____ anos.

2. És do sexo...

Feminino

Masculino

3. Ainda estudas?

Sim

Não

3.1. Qual o último ano de escolaridade que frequentaste? _____

4. Estás a trabalhar?

Sim

Não

5. Já alguma vez bebeste uma bebida alcoólica?

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

Sim

Não **(passa para o ponto 8)**

5.1. Se já, que idade tinhas quando foi a tua 1ª experiência? _____ anos.

5.2 Com quem estavas quando bebeste bebidas alcoólicas pela primeira vez?

Familiares.....

Amigos/colegas.....

Sozinho.....

6. Com que frequência bebes bebidas alcoólicas

- Todos os dias.....
- Todas as semanas.....
- Todos os meses.....
- De vez em quando.....
- Raramente.....
- Nunca.....

6.1. Com quem costumavas beber bebidas alcoólicas?

- Familiares.....
- Amigos/colegas.....
- Sozinho.....

6.2. Quando bebes bebidas alcoólicas quantas bebidas (copos de qualquer bebida alcoólica) bebes na mesma ocasião?

- Uma.....
- Duas.....
- Três.....
- Quatro.....
- Cinco ou mais.....

7. Já alguma vez ficaste embriagado?

- Sim
- Não..... **(passa para o ponto 8)**

7.1. Se já, com que frequência ficas embriagado?

- Todos os dias.....
- Todas as semanas.....
- Todos os meses.....
- De vez em quando.....
- Raramente.....
- Nunca.....

8. Já recebeste formação no âmbito da educação pelos pares/mediadores de saúde?

- Sim
- Não.....

8.1. Conheces estratégias de intervenção na educação para o consumo de álcool nos adolescentes?

- Sim.....
- Não

APÊNDICE II

Consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O meu nome é Ana Margarida Murteiro, sou Enfermeira e encontro-me a desenvolver uma Intervenção Comunitária no Centro de Saúde (...), no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, ministrada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A intervenção tem por finalidade capacitar um grupo de promotores da saúde para a prevenção do consumo e dos problemas ligados ao álcool na adolescência.

Venho solicitar a tua colaboração através de resposta a questionários e da participação nas actividades desenvolvidas ao longo da intervenção. A tua colaboração é **voluntária** e as respostas aos questionários serão tratadas de forma **anónima** e **confidencial**.

Peço-te que respondas às questões de forma sincera e pessoal, de acordo com as instruções apresentadas.

Agradeço desde já a tua colaboração.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Assim, aceito participar nesta Intervenção Comunitária e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando na garantia de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / _____

APÊNDICE III

Caracterização da população

Género	n	%
Feminino	6	37,50%
Masculino	10	62,50%
Total	16	100,00%

Tabela 1: Caracterização de acordo com o género

Idade	n	%
16-18 anos	3	18,75%
19-21 anos	7	43,75%
22-24 anos	6	37,50%
Total	16	100,00%
Media	20,88	
Moda	21,00	
Mediana	21,00	
Desvio Padrão	2,80	

Tabela 2: Caracterização de acordo com a idade

Escolaridade	n	%
Ensino Básico - 3.º ciclo	6	37,50%
Ensino Secundário	7	43,75%
Ensino Superior	3	18,75%
Total	16	100,00%

Tabela 3: Caracterização de acordo com a escolaridade

Situação Laboral	n	%
Activo	11	84,62%
Desempregado	2	15,38%
Total	13	100,00%

Tabela 4: Caracterização de acordo com a situação laboral

Idade	n	%
7-10 anos	3	18,75%
11-14 anos	3	18,75%
15-18 anos	10	62,50%
Total	16	100,00%
Media	14,63	
Moda	16,00	
Mediana	16,00	
Desvio Padrão	3,46	

Companhia	n	%
Amigos/colegas	10	62,50%
Familiares	6	37,50%
Total	16	100,00%

Tabela 5: Caracterização da primeira experiência de consumo de álcool, de acordo com a idade e companhia.

Episódios de embriaguez	n	%
Todos os meses	1	6,25%
De vez em quando	1	6,25%
Raramente	11	68,75%
Nunca	3	18,75%
Total	16	100,00%

Tabela 7: Caracterização de acordo com a frequência dos episódios de embriaguez.

Frequência dos consumos	n	%
Todas as semanas	2	12,50%
Todos os meses	3	18,75%
De vez em quando	2	12,50%
Raramente	9	56,25%
Total	16	100,00%

Companhia	n	%
Amigos/colegas	13	81,25%
Amigos/colegas e familiares	2	12,50%
Amigos/colegas e sozinho	1	6,25%
Total	16	100,00%

Tabela 6: Caracterização dos consumos de álcool, de acordo com a frequência dos consumo e a companhia.

Nº de bebidas consumidas	n	%
Uma	1	6,25%
Duas	5	31,25%
Três	5	31,25%
Cinco ou mais	5	31,25%
Total	16	100,00%

Tabela 8: Caracterização de acordo com o número de bebidas consumidas numa mesma ocasião.

Conhecimento de estratégias de educação para o consumo de álcool nos adolescentes	n	%
Sim	0	00,00%
Não	16	100,00%
Total	16	100,00%

Tabela 9: Conhecimento de estratégias de intervenção na educação para o consumo de álcool nos adolescentes.

APÊNDICE IV

Resultados do Questionário de Conhecimentos Acerca do Álcool

Nº de respostas correctas, por item	n	%
1	1 (item: 1)	2,50%
2	-	-
3	1 (item: 23)	2,50%
4	-	-
5	4 (itens: 7,34,37,39)	10,00%
6	2 (itens: 16,26)	5,00%
7	2 (itens: 12,20)	5,00%
8	1 (item: 15)	2,50%
9	3 (itens: 9,22,28)	7,50%
10	1 (item: 27)	2,50%
11	5 (itens: 8,11,21,31,33)	12,50%
12	4 (itens: 30,36,38,40)	10,00%
13	7 (itens: 2,3,5,10,14,24,25)	17,50%
14	4 (itens: 4,13,18,35)	10,00%
15	1 (item: 6)	2,50%
16	4 (itens:17,19,29,32)	10,00%
Total	40	100,00%
Média	10,60	
Moda	13,00	
Mediana	11,50	
Desvio Padrão	3,89	

Tabela 10: Número de respostas correctas por item do QCAA.

Respostas correctas por dimensão	
Média	9,34
Moda	13,00
Mediana	10,50
Desvio padrão	5,68

Tabela 11: Respostas correctas na dimensão álcool e bebidas alcoólicas.

Respostas correctas por dimensão	
Média	9,90
Moda	13,00
Mediana	11,00
Desvio padrão	3,30

Tabela 12: Respostas correctas na dimensão álcool no organismo.

Respostas correctas por dimensão	
Média	10,69
Moda	11,00
Mediana	11,00
Desvio padrão	3,54

Tabela 13: Respostas correctas na dimensão aspectos clínicos do consumo de álcool.

Respostas correctas por dimensão	
Média	10,00
Moda	9,00
Mediana	9,00
Desvio padrão	3,52

Tabela 14: Respostas correctas na dimensão falsos conceitos.

Respostas correctas por dimensão	
Média	10,27
Moda	13,00
Mediana	11,00
Desvio padrão	3,35

Tabela 15: Respostas correctas na dimensão repercussões individuais dos PLA: álcool no organismo, aspectos clínicos do consumo de álcool, falsos conceitos.

Respostas correctas por dimensão	
Média	15,00
Moda	16,00
Mediana	16,00
Desvio padrão	2,00

Tabela 16: Respostas correctas na dimensão repercussões sociais dos PLA.

APÊNDICE V

Aplicação de técnica de determinação de prioridades

TÉCNICA DE COMPARAÇÃO POR PARES

P1 - Ausência de conhecimento de estratégias de intervenção na educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes	P1 P2	P1 P3	2
P2 - Déficit de conhecimentos relativos à substância álcool e bebidas alcoólicas.	P2 P1	P2 P3	0
P3 - Déficit de conhecimentos relativos às repercussões individuais dos PLA	P3 P1	P3 P2	1

APÊNDICE VI

Inter-relação actividades/objectivos

Objectivo Geral

Promover a capacidade de um grupo de promotores da saúde desenvolver actividades de educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes, no território da Alta de Lisboa, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012.

Objectivos Operacionais

- Aumentar os conhecimentos, em 70% dos elementos do grupo de promotores da saúde, relativamente às consequências individuais do consumo de álcool.
- Aumentar os conhecimentos dos elementos do grupo de promotores da saúde, em 10%, na dimensão repercussões individuais dos PLA do QCAA.
- Aumentar os conhecimentos, em 70% dos elementos do grupo de promotores da saúde, relativamente à substância psicoactiva álcool e bebidas alcoólicas.
- Aumentar os conhecimentos dos elementos do grupo de promotores da saúde, em 10%, na dimensão álcool e bebidas alcoólicas do QCAA.
- Implementar pelo menos uma actividade de educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes, desenvolvida pelo grupo de promotores da saúde.

Actividades

Actividade 1

Actividade 2B

Actividade 1

Actividade 2B

Actividade 1

Actividade 2A

Actividade 1

Actividade 2A

Actividade 1

Actividade 2 A, B, C

Actividade 3

Actividade 4

Actividade 5

APÊNDICE VII

Cronograma de Gantt

	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
1. Criação do grupo de Promotores da Saúde	██████████			
2. Sessões Educativas -“O que precisas de saber sobre álcool e bebidas alcoólicas!” -“Beber pode parecer divertido, mas para decidires é preciso conheceres os riscos!” -“O educador sou eu, e agora?”		██████████ ██████████	██████████	
3. Elaboração de um Guia de Recursos Comunitários		██		
4. Supervisão da intervenção de educação para o consumo de álcool em adolescentes, implementada pelo grupo de Promotores da Saúde.			██	
5. Sensibilização dos profissionais da UCSP e ACES	██			

APÊNDICE VIII

Plano Operacional

ACTIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJECTIVOS	AVALIAÇÃO
<p align="center">1. Criação do grupo de Promotores da Saúde</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participantes; - Enf.^a Mestranda. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesa e cadeiras; - Papel; - Canetas. 	<p align="center">30 de Novembro de 2011</p>	<p align="center">Sala de uma associação comunitária da Alta de Lisboa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto com associações comunitárias e apresentação do projecto de intervenção comunitária; • Reunião com os participantes que aceitem constituir o grupo de promotores da saúde, onde se desenvolve: <ul style="list-style-type: none"> - apresentação do projecto, estratégias a desenvolver; - dinâmica de coesão de grupo; - evidência da problemática do consumo de álcool em Portugal, com destaque para os adolescentes; - clarificação do papel de Promotor da Saúde/Educador de Pares; • Criação de via de comunicação entre todos os participantes, entre si e com a Enf.^a Mestranda, através da troca de contacto, via e-mail. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a adesão dos elementos do grupo de promotores da saúde ao projecto de intervenção comunitária; • Sensibilizar os elementos do grupo de promotores da saúde para a problemática do consumo de álcool. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização efectiva da reunião; • Compromisso de adesão à intervenção comunitária.

ACTIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJECTIVOS	AVALIAÇÃO
<p>2. Sessões Educativas</p> <p><i>A - “O que precisas de saber sobre álcool e bebidas alcoólicas!”</i></p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participantes; - Enf.^a Mestranda. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesa e cadeiras; - Papel; - Canetas; - Material informativo impresso. 	<p>6 e 7 de Dezembro de 2011</p>	<p>Sala de uma associação comunitária da Alta de Lisboa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição oral de conteúdos, com apoio de material informativo impresso fornecido a todos os participantes; • Dinâmica de grupo; • Criação de espaço de esclarecimento de dúvidas e promoção da discussão dos conteúdos apresentados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar os elementos do grupo de promotores da saúde relativamente à substância álcool e bebidas alcoólicas; • Aumentar o nível de conhecimentos dos elementos do grupo de promotores da saúde relativamente à substância álcool e bebidas alcoólicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização efectiva da Sessão Educativa; • Taxa de participantes na actividade; • Taxa de participantes que avaliem de forma positiva os conteúdos transmitidos; • Taxa de participantes que aumentem a média dos resultados globais na dimensão álcool e bebidas alcoólicas do QCAA; • Taxa de respostas correctas na dimensão álcool e bebidas alcoólicas do QCAA.

<p>B - <i>“Beber pode parecer divertido, mas para decidires é preciso conheceres os riscos!”</i></p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participantes; - Enf.ª Mestranda. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesa e cadeiras; - Papel; - Canetas; - Material informativo impresso. 	<p>13 e 14 de Dezembro de 2011</p>	<p>Sala de uma associação comunitária da Alta de Lisboa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição oral de conteúdos, com apoio de material informativo impresso fornecido a todos os participantes; • Dinâmica de grupo; • Criação de espaço de esclarecimento de dúvidas e promoção da discussão dos conteúdos apresentados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar os elementos do GPS relativamente às consequências individuais do consumo de álcool e PLA; • Aumentar o nível de conhecimentos dos elementos do grupo de promotores da saúde relativamente às repercussões individuais dos PLA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização efectiva da Sessão Educativa; • Taxa de participantes na actividade; • Taxa de participantes que avaliem de forma positiva os conteúdos transmitidos; • Taxa de participantes que aumentem a média dos resultados globais na dimensão repercussões individuais do consumo de álcool do QCAA; • Taxa de respostas correctas na dimensão repercussões individuais do consumo de álcool do QCAA.
---	---	------------------------------------	---	---	---	--

<p>C - “O educador sou eu, e agora?”</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participantes; - Enf.ª Mestranda. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesa e cadeiras; - Papel; - Canetas; - Material informativo impresso. 	<p>17 e 18 de Janeiro de 2012</p>	<p>Sala de uma associação comunitária da Alta de Lisboa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição oral de conteúdos, com apoio de material informativo impresso fornecido a todos os participantes; • Dinâmica de grupo; • Criação de espaço de esclarecimento de dúvidas e promoção da discussão dos conteúdos apresentados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os elementos do grupo de promotores da saúde para a implementação de estratégias de educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização efectiva da Sessão Educativa; • Taxa de participantes na actividade; • Taxa de participantes que avaliem de forma positiva os conteúdos transmitidos; • Nº de actividades de educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes, desenvolvidas pelo grupo de promotores da saúde.
---	---	-----------------------------------	---	---	---	---

ACTIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJECTIVOS	AVALIAÇÃO
<p>3. Elaboração de um Guia de Recursos Comunitários</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participantes; - Enf.ª Mestranda; - Enf.ª da UCSP. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador. 	<p>01 de Dezembro de 2011 a 23 de Janeiro de 2012</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa junto das associações comunitárias inseridas no território da Alta de Lisboa; • Pesquisa de instituições que desenvolvam a sua actividade no âmbito da problemática do consumo de álcool e PLA, e da promoção da saúde. • Elaboração do Guia que compile a lista de associações e serviços identificados. • Distribuição do Guia de Recursos Comunitários, via e-mail. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar recursos de suporte do grupo de promotores da saúde no seio da sua comunidade, numa perspectiva de médio e longo prazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização efectiva do Guia de Recursos Comunitários; • Taxa de Guias de Recursos Comunitários distribuídos.

ACTIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJECTIVOS	AVALIAÇÃO
<p>4. Supervisão da intervenção de educação para o consumo de álcool em adolescentes, implementada pelo grupo de Promotores da Saúde</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participantes - Enf.ª Mestranda - População-alvo da intervenção do grupo de promotores da saúde; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesas e cadeiras; - Materiais didácticos impressos; - Outros considerados necessários pelo grupo de promotores da saúde. 	<p>23 de Janeiro de 2012 a 17 de Fevereiro de 2012</p>	<p>Associação comunitária</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer material didáctico diverso, bem como links de sites de internet úteis para a planificação da intervenção; • Reunir com o grupo de promotores da saúde para discutir as estratégias e actividades a implementar; • Seleccionar as actividades a implementar, planificando-as; • Supervisionar as actividades implementadas; • Estimular a reflexão e consolidação das aprendizagens e competências após a realização das mesmas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os elementos do grupo de promotores da saúde para a implementação de estratégias de educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de actividades de educação pelos pares no âmbito do consumo de álcool nos adolescentes, desenvolvidas pelo grupo de promotores da saúde.

ACTIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJECTIVOS	AVALIAÇÃO
<p style="text-align: center;">5. Sensibilização dos profissionais da UCSP e ACES</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enf.^a Mestranda; - Profissionais da UCSP; - Professora orientadora. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesas e cadeiras; - Computador; - Projector. 	Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012	Centro de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Contactos informais com profissionais da UCSP ao longo do desenvolvimento da intervenção comunitária; • Sessão Formal de divulgação da intervenção desenvolvida, a 16 de Fevereiro de 2012; • Fornecer documentos relativos ao planeamento, implementação e avaliação da intervenção comunitária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar o projecto de intervenção comunitária desenvolvido; • Promover a continuidade da intervenção comunitária; • Incentivar a discussão relativa à intervenção comunitária e de novas propostas e sugestões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização efectiva da sessão formal de sensibilização.

APÊNDICE IX

Plano de Sessão Educativa: O que precisamos de saber sobre bebidas
alcoólicas

PLANO DE SESSÃO EDUCATIVA A

Data: 6 e 7 de Dezembro de 2011.

Hora: 20h.

Duração: 60 minutos.

População-alvo: Grupo de promotores da saúde.

	Conteúdos	Métodos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos objectivos.	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo	5 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Exposição e discussão dos seguintes conteúdos:<ul style="list-style-type: none">- bebidas alcoólicas;- tipo de bebidas alcoólicas;- graduação das bebidas alcoólicas- taxa de alcoolemia;- factores que influenciam a taxa de alcoolemia;- curva de alcoolémia;- quem não pode beber bebidas alcoólicas;- incentivos ao consumo de álcool nos adolescentes.	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo• Interrogativo• Dinâmicas de grupo	40 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Resumo da sessão;• Espaço para esclarecimento de dúvidas e promoção da discussão dos conteúdos apresentados;• Aplicação do questionário de avaliação das sessões educativas.	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo• Interrogativo	15 min.

APÊNDICE X

Plano de Sessão Educativa: Beber pode parecer divertido, mas para decidires é preciso conhecer os riscos

PLANO DE SESSÃO EDUCATIVA B

Data: 13 e 14 de Dezembro de 2011.

Hora: 20h.

Duração: 60 minutos.

População-alvo: Grupo de promotores da saúde.

	Conteúdos	Métodos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">Validação dos conhecimentos transmitidos na sessão anterior;Apresentação dos objectivos.	<ul style="list-style-type: none">ExpositivoInterrogativo	8 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">Exposição e discussão dos seguintes conteúdos:<ul style="list-style-type: none">metabolismo do álcool;vulnerabilidades específicas do consumo de álcool;percurso do álcool no organismo;efeitos e curto, médio e longo prazo do consumo de álcool no organismo;a intoxicação alcoólica;actuação face à intoxicação alcoólica;falsos conceitos relativos aos efeitos do álcool no organismo;indicações para evitar os principais danos provocados pelo consumo de álcool (perspectiva de redução de riscos e minimização de danos).	<ul style="list-style-type: none">ExpositivoInterrogativoDinâmicas de grupo	40 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">Resumo da sessão;Espaço para esclarecimento de dúvidas e promoção da discussão dos conteúdos apresentados;Aplicação do questionário de avaliação das sessões educativas.	<ul style="list-style-type: none">ExpositivoInterrogativo	12 min.

APÊNDICE XI

Plano de Sessão Educativa: O educador sou eu, e agora?

PLANO DE SESSÃO EDUCATIVA C

Data: 17 e 18 de Janeiro de 2012.

Hora: 20h.

Duração: 70 minutos.

População-alvo: Grupo de promotores da saúde.

	Conteúdos	Métodos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">Validação dos conhecimentos transmitidos na sessão anterior;Apresentação dos objectivos	<ul style="list-style-type: none">ExpositivoInterrogativo	8 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">Exposição e discussão dos seguintes conteúdos:<ul style="list-style-type: none">elementos básicos do consumo de álcool;factores de risco e factores de protecção associados ao consumo de álcool, a nível individual, familiar, escolar e comunitário;comportamentos de risco dos adolescentes;a intervenção preventiva: definição, o que fazer, como fazer;obstáculos à comunicação;atitudes facilitadoras;a capacitação;planeamento de intervenções.	<ul style="list-style-type: none">ExpositivoInterrogativoDinâmicas de grupo	42 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">Resumo da sessão;Espaço para esclarecimento de dúvidas e promoção da discussão dos conteúdos apresentados;Aplicação do questionário de avaliação das sessões educativas;Aplicação do QCAA.	<ul style="list-style-type: none">ExpositivoInterrogativo	20 min.

APÊNDICE XII

Questionário de avaliação das Sessões Educativas

Avaliação da Sessão Educativa



Para uma evolução continua a nível formativo peço-te que preenchas este questionário, considerando a seguinte escala:

1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo parcialmente;
3 – Indiferente;
4 – Concordo parcialmente; 5 – Concordo totalmente

	CONTEÚDOS	1	2	3	4	5
A	Os conteúdos apresentados são do meu interesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Os conteúdos apresentados responderam às minhas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Compreendi os conteúdos apresentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Adquiri novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Os conhecimentos adquiridos têm aplicação futura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	MATERIAL	1	2	3	4	5
F	Documentação disponibilizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela tua colaboração,
Ana Murteiro

APÊNDICE XIII

Plano de Sessão Informativa dirigida aos profissionais da UCSP e ACES

PLANO DE SESSÃO INFORMATIVA

Data: 16 de Fevereiro de 2012.

Hora: 12h30.

Duração: 20 minutos.

População-alvo: Profissionais da UCSP e ACES

	Conteúdos	Métodos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos objectivos	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo	2 min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Exposição do projecto de intervenção comunitária:<ul style="list-style-type: none">- objectivos- população-alvo- percurso efectuado nas diferentes etapas do Planeamento em Saúde;- actividades desenvolvidas;- avaliação da intervenção;- competências desenvolvidas na área de especialização de enfermagem comunitária e de saúde pública;- incentivo à continuidade da intervenção comunitária;	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo• Interrogativo	12 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Resumo da sessão;• Espaço para esclarecimento de dúvidas e promoção da discussão de novas propostas e sugestões.	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo• Interrogativo	6 min.