



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

Brincar e Crescer no Mundo da Saúde – Os Riscos de Álcool

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau
de Mestre na especialidade de Enfermagem Comunitária**

Ana Rita Oliveira Ramos

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Irene Mendes Pedro Santos

Coorientadora: Prof.^a Maria Clara Martins Cunha André

Setembro, 2016

*“ Não é o desafio Que define quem somos
Nem o que somos capazes de fazer.
O que nos define é o modo Como enfrentamos o desafio:
Podemos deitar fogo às ruínas,
Ou construir um caminho através dela.”*

Richard Bach (2003)

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos avós Mário e Celeste que me viram crescer e me ensinaram que devia lutar pelos meus sonhos independentemente dos obstáculos que surgissem. Foi graças à força, determinação e amor que me transmitiram que sou o que sou. Aqui fica uma pequena dedicatória para as duas pessoas que nunca esquecerei e independentemente de já não estarem presentes é a elas que dedico esta vitória, pois vão-se tornando realidade os meu sonho de crianças que sempre tanto apoiaram.

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras o meu sincero e profundo agradecimento pelo conhecimento e elevada competência. À Professora Doutora Maria Irene Mendes Pedro Santos por todo o apoio, dedicação, disponibilidade, saber transmitido e colaboração no solucionar de dúvidas e problemas que surgiram ao longo da realização do relatório. À Professora Maria Clara Martins Cunha André por estar sempre disponível para ajudar, pelas aprendizagens que me permitiu fazer e pelos conselhos dados ao longo deste trabalho.

Aos meus pais, José e Cândida, por todo o carinho, amor e dedicação que têm dado ao longo da vida. Por todos os esforços que têm feito para que consiga concretizar os meus sonhos. Pela forma que me educaram e valores que me transmitiram, ou seja, por fazerem de mim a pessoa que sou. Sem eles este sonho não se tinha realizado.

À minha querida irmã Cláudia, ao lado de quem cresci, pelo amor, carinho e valores que me transmitiu ao longo destes anos. A confiança que me atribuiu e apoio incondicional ao longo deste percurso foram, sem dúvida, uma fonte de inspiração e persistência para alcançar esta meta.

À minha família, por ser tão especial e única. Sempre acreditaram que um dia ia conseguir concretizar este objetivo. O meu sincero obrigado por estarem sempre presentes e dispostos a ajudar.

Aos meus amigos, pela partilha de momentos inesquecíveis, pelo companheirismo, preocupação, força ânimo e por acreditarem nas minhas capacidades durante este processo moroso e exigente.

Aos meus colegas do Serviço de Urgência do Hospital de Vila Franca de Xira onde tenho o maior orgulho de trabalhar e onde evoluo todos os dias como pessoa e como profissional.

Às orientadoras da UCC do Cartaxo por terem permitido a concretização de um estágio rico e cheio de ensinamentos. Obrigado pelo apoio, saberes transmitidos e partilhados e pela confiança demonstrada.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

A intervenção do estágio a que se refere este relatório foi realizada com crianças que frequentavam o 3º ano de escolaridade.

A iniciação das crianças no mundo do álcool é um dos principais problemas da sociedade moderna, podendo levar a um uso descontrolado destas substâncias e tornar-se um dos principais problemas de saúde pública.

O tema da prevenção do consumo do álcool nesta faixa etária surgiu, numa primeira fase, da necessidade reportada pelos professores, os quais referem que tanto rapazes como raparigas iniciam o consumo de bebidas alcoólicas entre os 10 e os 13 anos de idade. A atualização do diagnóstico de situação já existente neste contexto confirmou esta realidade.

Tendo por base a revisão da literatura, desenvolveu-se um programa de educação para a saúde com as crianças em contexto escolar.

A avaliação da intervenção sugere a importância da estratégia da EpS na prevenção do consumo do álcool na infância e a relevância da precocidade da mesma.

Palavras-chave: Criança; Consumo de álcool; Educação para a Saúde; Prevenção.

ABSTRACT

The traineeship intervention referred on this report was conducted with children attending the 3rd grade.

The initiation of children into the world of alcohol is one of the main problems of modern society and can lead to uncontrolled use of these substances and evolve into a major public health problem.

The issue of the prevention of alcohol consumption in this age group came, initially, from the need reported by teachers who observed that both boys and girls start the consumption of alcoholic beverages between the ages of 10 and 13 years old. Updating the diagnosis of the existing situation in this context confirmed this reality.

Based on the literature review, a health education program for school children was developed.

The evaluation of the intervention suggests the importance of the EpS strategy in the prevention of childhood alcohol consumption and the importance of its precocity.

Keywords: Child; alcohol consumption; Health Education; Prevention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 - A PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DO ÁLCOOL NA INFÂNCIA	14
1.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	17
1.2 - FATORES QUE INFLUENCIAM O INÍCIO DO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	23
2 - O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	26
3 - UM OLHAR DE ENFERMAGEM: O MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN.....	29
4 - PREVENÇÃO DO CONSUMO DO ÁLCOOL NA INFÂNCIA	34
5 – REFLEXÃO SOBRE A AÇÃO COM BASE NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA ENCONTRADA.....	44
5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: ROTEIRO DE PESQUISA	44
5.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DOS RESULTADOS	45
6. CONCLUSÃO.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	55
ANEXO I – PROJETO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO I.....	64
ANEXO II – ENTREVISTA À PROFESSORA – INFORMANTE-CHAVE	101
ANEXO III – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	103
ANEXO IV – PANFLETO ENTREGUE ÀS CRIANÇAS NO DIA DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	124
ANEXO V – LIMITADORES DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS	126
ANEXO VI – RESULTADO DA PESQUISA NAS BASES DE DADOS	128
ANEXO VII - – ESCALA DE CARACTERIZAÇÃO DE ESTUDOS SEGUNDO O GRAU DE EVIDÊNCIA	130
ANEXO VIII – ARTIGO E FICHA DE LEITURA RELATIVA À SUA ANÁLISE	132
ANEXO IX – ARTIGO E FICHA DE LEITURA RELATIVA À SUA ANÁLISE	135

LISTA DE ABREVIATURAS

ADH - Enzima Álcool Desidrogenase

ALDH - Enzima Aldeído Desidrogenase

CARN - Centro Alcoologia da Região Norte

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CPCJ - Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco

DGIDC - Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECATD – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas

ECATD-CAD – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas e outros Comportamentos Aditivo e Dependências

EIA - Encontro Internacional de Alcoologia

EpS - Educação para a Saúde

ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

EUA – Estados Unidos da América

GABA - Gamma-AminoButyric Acid

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar

MENESR - Ministère de L'Éducation National de L'enseignement Supérieur et de la Recherche

NES - Núcleo de Educação para a Saúde

MMH - The Michigan Model for Health

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

PN – Project Northland

PNRPLA – Plano Nacional Redução Problemas Ligados ao Álcool

PNS – Plano Nacional de Saúde

PS – Promoção da Saúde

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

TAS – Taxa de Alcoolemia no Sangue

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

1º CEB – 1º Ciclo do Ensino Básico

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo adaptado de Betty Neuman (2011)	30
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Elementos da pergunta PI[C]O	44
Quadro 2 - Critérios de inclusão / exclusão	45

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do IP Santarém e reflete o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, no período compreendido entre fevereiro a julho de 2013. O estágio decorreu na UCC na cidade do Cartaxo, instituição cuja identificação divulgamos, em virtude de nos ter sido concedida a respetiva autorização, por parte da enfermeira cooperante e dos informantes chave deste relatório.

O relatório apresenta o processo e o resultado de uma caminhada que engloba todo o trabalho prático e teórico desenvolvido ao longo do curso de Mestrado, aliado às competências académicas e pessoais entretanto construídas.

Uma reflexão global sobre a importância da prática profissional de um enfermeiro é fundamental, dado que todas as profissões necessitam de uma base de sustentação, assente em princípios metodológicos e científicos que lhe confirmam objetividade, especificidade e rigor. A reflexão de e sobre a prática de enfermagem é muito importante para que o desempenho destes profissionais vá ao encontro das necessidades concretas sentidas pelos pacientes, a sua família e respetiva comunidade. Sendo a enfermagem uma ciência viva é fundamental que os enfermeiros acompanhem as mudanças que se vão operando à medida que esta ciência evolui (Bessa, 1994).

O enfermeiro é o profissional de saúde que privilegia de um maior contacto com o individuo ao longo do ciclo de vida do mesmo e, por isso, assume um papel preponderante na tomada de decisões relativamente à adoção de comportamentos/estilos de vida saudáveis, na manutenção da sua saúde e na recuperação/readaptação funcional do paciente.

O tema da prevenção do consumo do álcool na infância surgiu, numa primeira fase, da necessidade sentida pelas professoras do 1º CEB do concelho do Cartaxo, que se coaduna com o interesse pessoal da autora por esse tema e que é corroborado pelo diagnóstico social que foi realizado no Cartaxo em 2006. Este refere que cerca de 40% dos jovens, tanto os rapazes como as raparigas, se iniciam no consumo de bebidas alcoólicas entre os 10 e os 13 anos de idade. Estes resultados demonstram a importância de alertar as crianças, desde cedo, sobre os perigos do álcool.

De realçar que apesar deste diagnóstico ter sido realizado no ano de 2006 e o estágio ter sido realizado em 2013, o problema ainda se mantinha e as escolas continuavam a solicitar uma intervenção junto dos profissionais de saúde da UCC. Para a realização deste estágio e respetivo relatório foram tidos em consideração todos os aspetos éticos e morais a ele inerentes, tendo sido

solicitada autorização da enfermeira cooperante e da professora que foi a informante chave para que o nome do Agrupamento de Escolas pudesse ser revelado.

A prevenção do consumo de álcool exige programas eficazes e que sejam implementados antes de se iniciar o seu consumo, já que estes apresentam, quase sempre, melhores resultados do que aqueles que se destinam a pessoas que já são consumidoras (White *et al.*, 2004).

Com base no Plano de Ação da UCC, decidiu-se delinear como estratégia de intervenção a elaboração de um plano centrado nas crianças do 1º CEB, do 3º ano de escolaridade do Agrupamento de Escolas Joaquim Mesquita do Cartaxo, o qual contempla uma resposta adequada aos problemas/necessidades já identificadas no diagnóstico de enfermagem. Este diagnóstico foi elaborado tendo como ponto de partida a necessidade sentida pelas professoras do primeiro ciclo, que referem que as crianças iniciam os seus primeiros consumos entre os 10 e os 13 anos. Tal necessidade foi corroborada pelos informantes chave e pelas enfermeiras cooperantes. Foi também levado em consideração o diagnóstico social existente.

O álcool é uma substância psicotrópica lícita que está enraizada na nossa cultura, disponível em variadíssimos locais, possuindo uma grande aceitação social. A precocidade do início do seu consumo, assim como o consumo excessivo do mesmo tornou-se um problema transversal a toda a população.

A questão do uso do álcool tem ultrapassado as esferas pessoais, familiares, profissionais e sociais de um número expressivo de pessoas. Tal como acontece em outros países do mundo, o uso do álcool e os problemas ligados ao seu consumo excessivo são um grave problema de saúde pública em Portugal (Gomes, 2012).

Portugal tem uma herança cultural relacionada com o álcool, que vai desde rituais religiosos e sagrados, até festivais. A história do consumo de álcool desde sempre acompanhou a história do homem, dado que as bebidas alcoólicas são conhecidas há milhares de anos e existem indícios da sua utilização desde a Pré-História (Gomes, 2012)

Quanto mais precoce é o contacto com o álcool, maior a possibilidade de o relacionamento com a bebida evoluir para um padrão nocivo, aumentando o risco de dependência e de, posteriormente, se vir a tornar numa doença crónica (Alves, 2010).

O consumo do álcool é, desde tenra idade, inculcido na população por razões de natureza cultural e socioeconómica. O uso do álcool na infância é um problema social que deve ser prevenido por todos. Embora se saiba que a grande maioria dos casos ocorra por influência de amigos e colegas de escola, deve levar-se também em consideração o próprio ambiente familiar, pois o uso abusivo do álcool pelos familiares poderá ser um modelo a seguir pela criança (Gomes, 2012).

Perante estes dados, que irão ser abordados e discutidos nos capítulos seguintes do relatório, importa referir quais os objetivos que estiveram presentes na sua elaboração:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários à ação de enfermagem baseada na evidência;

- Fundamentar as competências construídas no sentido de uma enfermagem avançada e inventariar a sua natureza;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação / intervenção de enfermagem.

Baseando-se nos objetivos delineados pela escola e tendo em conta toda a pesquisa realizada acerca do tema do consumo de bebidas alcoólicas e a sua prevenção, foram elaborados os seguintes objetivos pessoais que se pretendem atingir:

- Apresentar as atividades desenvolvidas durante o estágio;
- Refletir de forma crítica sobre todo o processo que foi realizado.

Procedeu-se à revisão da literatura sobre a problemática que se pretendia abordar, tendo-se delineado a estratégia que se considerou mais adequada no sentido de atingir os objetivos. Esta estratégia incluiu a realização de uma sessão de educação para a saúde em cada uma das turmas visadas. Foram desenvolvidas 7 sessões, envolvendo um total de 159 alunos e 7 professores.

As sessões foram planeadas tendo em conta o desenvolvimento de estratégias adequadas à faixa etária presente. Assim, durante cada sessão, foram desenvolvidos jogos que estimulassem o interesse da criança, havendo sempre espaço e abertura para as crianças exporem as suas ideias, tirarem dúvidas e contarem as suas experiências pessoais. Posteriormente, realizou-se uma experiência que simulava o efeito prejudicial do álcool sobre o fígado e, finalmente, foram entregues a cada criança um balão e panfletos que continham informações sobre os riscos do álcool e as possíveis consequências do seu consumo (anexo V).

A estruturação das sessões de educação para a saúde foi baseada na teoria behaviorista, nomeadamente o condicionamento operante de Skinner, que defende que os comportamentos são apreendidos em função, não só dos estímulos antecedentes, mas também e, sobretudo, dos estímulos consequentes, numa relação contingencial. Ou seja, os comportamentos saem fortalecidos se as consequências foram positivas (Reforços) (Moreira, 2009).

O modelo teórico de Betty Neuman constituiu o referencial teórico do estágio.

Do ponto de vista estrutural, este relatório enquadra seis pontos fundamentais: a problemática do consumo do álcool na infância; o desenvolvimento da criança; a prevenção do consumo do álcool na infância; a revisão sistemática da literatura; a reflexão sobre a ação e, por último, a conclusão.

1 - A PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DO ÁLCOOL NA INFÂNCIA

De acordo com Pinto (2001), o álcool está enraizado desde há muitos séculos na cultura ocidental, existindo diversos elementos arqueológicos e historiográficos que fazem referência ao seu consumo. São exemplo disso as referências ao culto a Dionísio, o Deus da vinha e do vinho, que podem ser encontradas na mitologia grega, assim como certas passagens da Bíblia Sagrada, onde são feitas referências ao consumo de álcool, como por exemplo, nas Bodas de Canaá onde Jesus fez o primeiro milagre, transformando a água em vinho, a plantação da primeira vinha por Noé e a embriaguez deste, ou ainda, o célebre episódio da Última Ceia, onde o vinho é transportado à dimensão divina, transformando-se no sangue de Cristo (Pinto, 2001).

Portugal é um país de longa tradição vitivinícola, estando o consumo de vinho incorporado nos nossos rituais e tradições. O vinho exerce também uma poderosa influência em diversos setores económicos de grande importância como o turismo, a restauração, o divertimento e a indústria (Pinto, 2001).

Em Portugal, no que respeita ao consumo de álcool, em geral, prevalece um aumento crescente do consumo de cerveja e de bebidas destiladas, em detrimento do vinho, sobretudo por parte dos jovens, notando-se uma maior concentração dos consumos aos fins de semana (Mello, Barrias e Breda, 2001). Ferreira-Borges define o álcool como uma:

[...] substância incolor, que se apresenta no estado líquido à temperatura ambiente, de cheiro e gosto ardentes. É um solvente de largo espectro que se mistura com a água em qualquer grau de concentração, podendo este grau ser expresso em percentagem de volume ou peso e, pode separar-se da água por destilação (Ferreira-Borges, 2004 citado por Rodrigues, 2008:21).

Depois de ingerido, o álcool é rapidamente absorvido no estômago e intestino e distribui-se por todo o corpo. Devido à sua elevada solubilidade nos lípidos, rapidamente penetra no sistema nervoso central. Em condições normais, cerca de 98% do álcool ingerido é oxidado em acetaldeído, principalmente pela enzima álcool desidrogenase (ADH), presente no estômago e fígado. O restante é eliminado pelos rins e por uma forma específica da enzima citocromo P450 (CYP2E1) presente no fígado. A quantidade desta enzima é estimulada com o consumo crónico de álcool, levando a que a percentagem de álcool oxidado por esta via seja maior (Zeigler *et al.*, 2005). À medida que o etanol é metabolizado no fígado, formam-se subprodutos potencialmente perigosos como o acetaldeído e os radicais livres. O acetaldeído é muito tóxico para o organismo, mesmo em baixas concentrações, pelo que a enzima aldeído desidrogenase (ALDH) rapidamente o oxida em acetato. As consequências do consumo de álcool no fígado são sequencialmente

fígado gordo, hepatite alcoólica e cirrose. No entanto, para que surjam estes sintomas, é necessário um consumo crónico, uma vez que o fígado possui uma grande capacidade de se autorregenerar (Maher, 1997).

Não existe uma definição unânime entre os diversos autores que caracterize o padrão de consumo do álcool. Assim sendo, optou-se pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992) que considera as categorias de “*consumo de risco*”, “*consumo nocivo*” e “*dependência*”:

- **Consumo de risco** corresponde a um tipo ou a um padrão de consumo que provoca danos, caso o consumo persista. Beber até à intoxicação aguda (embriaguez) produz como consequência uma deterioração nas capacidades cognitivas, na tomada de decisões e na capacidade de autocontrolo. Dentro deste tipo de consumos, pode ainda referir-se o *Binge drinking*, que corresponde ao consumo ocasional de risco ou esporádico, e diz respeito ao consumo ocasional de mais de cinco unidades (supera 50g de etanol) de qualquer bebida no homem, numa única ocasião, e quatro unidades na mulher (40gr de álcool), numa única ocasião, três ou mais vezes no último mês (IAS, 2004).

- **Consumo nocivo** é definido como um padrão de consumo que provoca danos à saúde tanto física como mental. Todavia ainda não existem critérios de dependência.

- **Dependência** define-se por um conjunto de problemas fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após o consumo diário de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação do consumo independentemente das consequências, uma alta prioridade dada ao consumo em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.

Na sociedade atual, o consumo de bebidas alcoólicas tem merecido uma preocupação crescente à medida que são conhecidas as suas consequências. Este facto tem conduzido a que as situações relacionadas com o seu consumo excessivo sejam cada vez menos toleradas, o que se tem traduzido, a nível político, pela adoção de legislação mais restritiva em diversos países, incluindo Portugal. Por outro lado, a maior visibilidade da problemática do consumo de álcool e de outras substâncias aditivas conduz à perceção comum de que os jovens adotam cada vez mais comportamentos de risco para a saúde (Mello et al, 2001).

Segundo Barroso. (2012) as expectativas acerca do álcool são adquiridas precocemente, mesmo antes das experiências de consumo, sendo estas importantes mediadores não só do início, como da manutenção deste consumo.

Esta afirmação é corroborada por Ferigolo *et al* (2004) que destacam que quanto mais cedo se inicia o consumo de álcool e tabaco, maior o risco de se desenvolver o abuso e a dependência das mesmas substâncias e, concomitantemente, o uso de drogas ilícitas.

Barroso *et al* (2012), referem que a intensa investigação que se tem realizado nas últimas décadas evidencia que o consumo de álcool é influenciado por um largo espectro de fatores, tanto pessoais, como ambientais e sócio culturais. Sendo que a interação entre estes fatores adquire particular relevância na infância.

Heim e Artur (2008) referem que a ingestão de álcool na infância é hoje um tema importante, dado o consumo cada vez mais frequente desta substância por parte dessa população.

O facto de o consumo de bebidas alcoólicas como prática social, ser aceite pela sociedade portuguesa, faz com que o álcool seja a substância psicoativa mais consumida pelos jovens portugueses. Enquanto o Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de janeiro estabelecia a proibição de venda e de consumo de qualquer tipo de bebida alcoólica a menores de 16 anos de idade, o Decreto-Lei n.º 50/2013, de 16 de abril, veio revogar o anterior com exceção do art.º 9.º, mantendo essa proibição, mas passando o consumo de bebidas espirituosas para os 18 anos de idade. A cerveja e o vinho são considerados bebidas não espirituosas, podendo ser consumidas indiscriminadamente por jovens maiores de 16 anos. O quadro legal continuava, desta forma, a mostrar que as bebidas alcoólicas não são substâncias psicoativas.

Dois anos mais tarde, com o Decreto-Lei n.º 106/2015, de 16 de junho, procedeu-se à primeira alteração ao Decreto-lei anterior, estabelecendo o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público e proibindo a prática destas atividades relativamente a menores de idade. Segundo esse diploma, a evidência científica veio demonstrar a existência de padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e o consumo ocasional excessivo, também designado por “binge drinking”, especialmente em adolescentes e jovens adultos, revelando igualmente que a experimentação do álcool é cada vez mais precoce em crianças.

De salientar que no artigo 12º do Decreto-lei n.º 50/2013, de 16 de abril, tinha ficado desde logo previsto a realização, por parte do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), de um estudo sobre a aplicação do regime previsto naquele diploma, com vista à avaliação dos padrões de consumo de álcool, por parte dos jovens em geral e por adolescentes em particular.

O referido estudo concluiu que continuam a existir elevados níveis de comportamentos de risco e de excesso de consumo, com consequências nefastas para os mais jovens (Carapinha et al., 2014). Verificou-se que, no ano subsequente à entrada em vigor desta lei, não ocorreram alterações relevantes quer no padrão de consumo, quer no nível de consumo nocivo por parte dos jovens. De salientar ainda, que foram os jovens de 16 anos, em particular, os que mais mencionaram ter havido um aumento da facilidade de acesso a bebidas alcoólicas.

Neste sentido, considerou-se necessária a implementação de melhores medidas de proteção dos menores, no que toca ao acesso a bebidas alcoólicas. O atual Decreto-Lei salienta ainda que o objetivo primordial das alterações realizadas não pretende penalizar ou sancionar comportamentos, mas sim, de forma progressiva, minimizar o consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes, através do aumento da idade mínima de acesso e correspondente proibição de venda, tal como é recomendado pelos organismos especializados nacionais e internacionais, como a OMS.

1.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

De acordo com o III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, realizado em 2012 pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) antes designado por Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), os diferentes indicadores de prevalência dos consumos estimados para 2012 (consumos ao longo da vida, no último ano e no último mês) situam-se abaixo do observado em 2007. Esse estudo tinha apresentado um aumento das prevalências do consumo face aos valores registados no primeiro estudo em 2001. Assim, a tendência da evolução dos consumos no decorrer dos últimos dez anos está marcada, num primeiro momento, por um aumento de 7,8% para 12% entre 2001 e 2007, enquanto, num segundo momento, estes baixam para 9,5% em 2012. Não obstante podem ser observadas algumas subidas pontuais no caso de alguns indicadores ou de algumas populações específicas.

O mesmo estudo refere, ainda que, se as prevalências de consumo podem ser consideradas relativamente baixas no conjunto da população em geral, estas podem ser consideradas elevadas em certos grupos populacionais. Os consumos são particularmente elevados entre a população jovem adulta e são também significativamente mais elevados nos homens do que nas mulheres, tendências essas que se mantêm em relação aos estudos anteriores. De assinalar que em 2012 houve um aumento do consumo entre os inquiridos femininos e uma descida entre os inquiridos masculinos, o que faz com que as diferenças entre os dois grupos se atenuem.

O início do consumo de bebidas alcoólicas, situa-se, segundo os resultados obtidos através deste inquérito, entre os 14 e os 20 anos, sendo que a idade média se centra nos 18 anos de idade. De uma forma geral, constatou-se que, pelo menos uma vez na vida, 74% dos inquiridos consumiu bebidas com teor alcoólico: 15% afirma ter apenas experimentado, 35% apresenta um consumo ocasional e o consumo regular é de cerca de 24% da população. A proporção de inquiridos que nunca consumiu bebidas alcoólicas atinge os 26% da população. Em termos de caracterização sociodemográfica constatou-se que a proporção de indivíduos do género masculino que ingeriu bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida é superior à do género feminino (85% e 63% respetivamente).

Importa, ainda, assinalar que de entre as razões apontadas para o consumo de bebidas alcoólicas, as mais frequentemente referidas pelos consumidores foram o facto de a substância ajudar a relaxar, a necessidade de se sentir alegre, por ajudar a reduzir inibições ou timidez, assim como a necessidade de ser mais sociável. Por outro lado, melhorar o raciocínio, atingir dimensões espirituais e melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais, foram as mais apontadas como pouco ou nada importantes.

O Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) é um estudo periódico, realizado pelo SICAD de cinco em cinco anos, tendo sido aplicado pela primeira vez em 2001. Incide sobre alunos do 3.º Ciclo e do Ensino Secundário. Tem como objetivo a caracterização, quer do consumo de substâncias psicoativas, quer dos respetivos consumidores. Este inquérito tem

conclusões diferentes do abordado anteriormente, algo que se poderá explicar tendo em conta a diferença de idades dos inquiridos, uma vez que o inquérito abordado anteriormente se destinava à população em geral e este é mais específico, focando apenas os alunos do 3º ano do Ensino Básico e os alunos do ensino secundário das escolas nacionais públicas.

Segundo o INME (2011) nos últimos dez anos, o consumo de álcool apresenta algumas variações ao nível da sua experimentação. As mais relevantes traduzem descidas, seguidas de subidas em relação ao consumo de bebidas alcoólicas.

De acordo com os dados obtidos para o 3º Ciclo e tendo em conta a prevalência ao longo da vida, verifica-se uma pequena diminuição da experimentação dos consumos de 2001 para 2006 (de 67 para 60%), voltando a subir em 2011 (67%). No Ensino Secundário verifica-se uma pequena diminuição da experimentação do consumo de 2001 para 2006 (de 91% para 87%), voltando a aumentar em 2011 (93%).

O Health Behavior in School-aged Children (HBSC/WHO) é um estudo da OMS que se baseia num questionário aplicado a alunos do 6.º, 8.º e 10.º ano. Segundo os resultados do *HBSC/WHO (2010)*, 26% dos adolescentes portugueses referem ter consumido álcool pela primeira vez antes dos 11 anos de idade e cerca de 10% refere que se embriagou pela primeira vez com a mesma idade.

Outro estudo relevante é o intitulado *Os Jovens, o Álcool e a Lei. Consumos, atitudes e legislação*, levado a cabo, mais uma vez pelo SICAD. Tem como principal objetivo a caracterização de padrões de consumo de bebidas alcoólicas em jovens com idade compreendidas entre os 10 e os 24 anos de idade (Carapinha et al., 2014).

“O início do consumo de bebidas alcoólicas tende a ser precoce e abaixo da idade mínima legal, sobretudo entre os 13 e os 15 anos (44%). De salientar que 19% dos jovens referem ter experimentado bebidas alcoólicas pela primeira vez com 12 anos ou menos. O consumo é assumido pelos jovens como uma experiência natural, isto é, expectável para um jovem. Contudo, esta é amiúde caracterizada como desagradável, sendo necessário alguma persistência no consumo para a aquisição do gosto. A noção de que a relação com as bebidas alcoólicas se constitui como um processo de aprendizagem está presente nos jovens entrevistados, nomeadamente quando se referem ao consumo de bebidas alcoólicas com o intuito de ficarem “alegres” sem ficarem “embriagados” ou em “coma alcoólico”. Tanto a “embriaguez” como o “coma alcoólico” são considerados efeitos indesejados, não só pela experiência desagradável, mas também por prejudicarem a diversão” (Carapinha et al., 2014: 10).

No grupo de jovens entre os 10 e os 15 anos, aos quais não é permitido, quer no atual quadro legal, quer no anterior, consumir/adquirir bebidas alcoólicas em locais públicos/abertos ao público, 62% já tomaram bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida. Praticamente um terço desses jovens refere já ter bebido até ficar “alegre”, 24% já tiveram um consumo de tipo “binge drink” e 18% já ficaram embriagados.

Refletindo, o estudo refere que o consumo de bebidas alcoólicas é uma prática com início precoce e que estes jovens apresentam percepções fortes quanto à nocividade da ingestão de álcool por crianças, mesmo em pequenas quantidades, mas demonstram alguma indecisão quanto a este caráter nocivo para os adolescentes, categoria com que provavelmente se identificam. Por outro lado, a maioria é da opinião de que o álcool é uma droga, sendo que, porventura, esta conotação não tem associada a ideia de nocividade. Isto porque os motivos de saúde constam entre os menos mencionados para a diminuição da frequência de ingestão de bebidas alcoólicas.

Ao analisarmos estes resultados podemos concluir que é imprescindível informar desde cedo toda a população sobre os riscos do consumo de bebidas alcoólicas. Nesse sentido, torna-se importante que a prevenção dos consumos seja iniciada precocemente. Daí a importância da criação de programas de intervenção precoces junto às crianças, programas esses que têm de ser apelativos, eficazes e, como já foi referido anteriormente, que sejam implementados antes de se iniciar o consumo, uma vez que estes apresentam, quase sempre, melhores resultados do que aqueles que se destinam a pessoas que já são consumidoras (White *et al.*, 2004).

Para Sarmento (2004) a forma de encarar as crianças sofreu grandes modificações ao longo do tempo, levando à inclusão da infância como uma fase importante do desenvolvimento humano. A infância é entendida como uma fase onde as crianças necessitam de proteção e prevenção, uma vez que, comparativamente aos adultos, têm menos conhecimentos, força e maturidade (Fontes, 2007). A mesma autora alerta-nos para, se por um lado, a criação de uma infância global trouxe benefícios visíveis, por outro, veio potenciar desigualdades inerentes à condição social, ao sexo, à etnia, ao local de nascimento e residência e ao subgrupo etário a que cada criança pertence. Ou seja, a forma como a criança vive este período é determinada tanto por condições sociais, como por tempos e espaços sociais próprios de cada contexto.

Na Carta Europeia sobre o Álcool, a OMS (1995) estabelece que:

- Todas as pessoas têm direito a uma informação e educação imparciais, iniciadas tão cedo quanto possível, sobre as consequências do consumo do álcool na saúde, na família e na sociedade.
- Todas as crianças e adolescentes têm o direito a crescer num ambiente protegido das consequências negativas do consumo de álcool.
- Todas as pessoas que não consomem álcool por escolha pessoal ou por razões de saúde têm o direito de ser protegidas da pressão para beber, de publicidade agressiva e devem ser apoiadas ativamente na sua decisão.

A Direção-Geral de Saúde (DGS) (2008) é perentória ao afirmar que o consumo de bebidas alcoólicas é totalmente desaconselhado a crianças e jovens.

Na criança e no jovem os efeitos do álcool são mais prejudiciais e afetam seriamente o corpo e a mente. De acordo com Cabral (2007), as repercussões psíquicas começam por uma modificação da personalidade, com o aumento da emotividade, irritabilidade, impulsividade, ciúme, instabilidade de humor e com frequentes crises depressivas. Adicionalmente verificam-se transformações a nível intelectual que podem conduzir a um decréscimo no rendimento de trabalho, dificuldades a nível da concentração e da gestão dos processos intelectuais e cognitivos.

Com frequência, surgem ainda tendências egoístas, diminuição no sentido ético e responsabilidades, bem como despreocupação e indiferença relativamente à família.

Segundo João Breda (2010) a taxa de incidência do consumo regular de bebidas alcoólicas abrange mais de 60% dos jovens na faixa etária dos 12 aos 16 anos, e acima dos 16 anos, essa percentagem ultrapassa os 70%. Assim, pese embora o facto de o consumo de álcool ter vindo a diminuir na Europa, nos últimos anos têm-se verificado, em muitos países, um aumento no número de jovens que consome de forma excessiva.

Na sua dissertação de mestrado Pereira (2003) levou a cabo um estudo destinado a encontrar a relação entre o padrão de consumo de álcool por parte dos adolescentes e o relacionamento parental. Entre os resultados que obteve foi possível concluir que a idade média do início do consumo de álcool se situava nos 10 anos. No que respeita ao género, as raparigas consumiam menos do que os rapazes, sendo que era também entre o género feminino que se podia encontrar um maior número de não consumidores, consumidores ocasionais e consumidores ligeiros. Quanto ao local onde esse consumo tinha inicialmente ocorrido, verificou-se ter sido em bares e em casa. No que respeita aos fatores que desencadearam o início do consumo, Pereira (2003) refere que cerca de 57,8% dos inquiridos disseram ter sido por iniciativa própria, 22,3% por influência dos amigos e 19,9% começaram a consumir devido à exposição ao modelo familiar de consumo de álcool, ou seja, porque o comportamento dos pais influenciou essa decisão de começar a beber. De salientar que os não consumidores e os consumidores ocasionais têm melhor ambiente familiar e melhor relação com os pais, sendo estes mais tolerantes e consistentes do que os pais dos adolescentes que apresentavam um nível de consumo de álcool moderado ou excessivo (Pereira, 2003).

Estas conclusões estão em consonância com o estudo levado a cabo por Coleman e Carter (2003) que situa entre os 8 e os 12 anos, a idade em que habitualmente ocorrem as primeiras experiências de crianças com o consumo de bebidas alcoólicas, e com o estudo apresentado pela Direção Geral de Saúde (2002) que aponta para os 11 anos, a idade do primeiro contato da maior parte dos jovens com bebidas alcoólicas. Esta constatação é preocupante na medida em que quanto mais precoce for o início do consumo de álcool e drogas, maior é o risco para a saúde da criança e maiores são as probabilidades de ela vir a desenvolver, na idade adulta, comportamentos dependentes e abusivos em relação ao consumo de substâncias (Newbury-Birch, 2009).

Segundo dados recolhidos por Schmid e Gabhainn (2004) cerca de 5% dos adolescentes europeus com 11 anos consomem regularmente álcool, entendendo-se aqui como consumo regular o facto de beberem pelo menos uma vez por semana.

Por outro lado, Fontes (2007) refere que os jovens entre os 15 e os 24 anos preferem consumir cerveja e bebidas destiladas. Esse consumo verifica-se fora das refeições, sendo uma prática social, quando se encontram com amigos, e tem uma frequência de cerca de duas a três vezes por semana.

O European School Survey on Alcohol and other Drugs (ESPAD) é um inquérito a nível europeu que, desde 1995 se realiza anualmente. Este inquérito conta com a participação de 39

países, sendo adotada uma metodologia normalizada, com o objetivo de possibilitar uma comparação o mais aproximada possível entre os resultados dos diversos países participantes. Este inquérito destina-se a recolher dados sobre a evolução dos consumos de substâncias psicoativas, entre os alunos que completam 16 anos de idade no ano do estudo, sendo posteriormente feita uma análise comparativa dos resultados obtidos. Com exceção da Islândia, os resultados obtidos em todos os países participantes no ESPAD, revelaram que cerca de 70% dos alunos ingeriram álcool pelo menos uma vez ao longo da vida. Apesar de não existir um padrão geográfico claro, é sobretudo entre os países nórdicos e dos Balcãs que se encontram as mais reduzidas percentagens de consumidores.

Os valores nacionais médios relativos às prevalências ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias são praticamente idênticos para rapazes e raparigas. Contudo, quando existem diferenças, a prevalência é quase sempre mais elevada entre rapazes.

Em média, quase seis em dez alunos tinham ingerido, pelo menos, um copo de uma bebida alcoólica aos 13 anos de idade ou mais novos e 12% ter-se-iam embriagado com essa idade. Esta resposta foi dada, em média, por mais rapazes do que raparigas, uma tendência que se verificou em quase todos os países.

Alguns alunos afirmaram ter tido problemas relacionados com o consumo de álcool, nos últimos 12 meses. Os tipos de problemas mais referidos foram “mau desempenho na escola ou no trabalho” (13%) e “problemas graves com os pais ou amigos” (12% em ambos os casos). De salientar que Portugal não se encontram entre os países com maior número de alunos que referiram este problema. Este relatório refere que os países que, frequentemente, se situam próximo da média são Portugal e Espanha.

No caso do consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, registou-se uma ligeira redução desde 2003. É visível, contudo, uma tendência ascendente no consumo episódico excessivo de álcool ao longo do período de 1995-2007, o que se explica, em grande medida, pelos níveis de prevalência crescente referidos pelas raparigas em vários países. Todavia, essa tendência parece ter estabilizado, uma vez que os números de 2011 revelam ligeiras reduções tanto entre os rapazes, como as raparigas.

Não estando completamente de acordo com estes resultados, o Relatório Mundial sobre Álcool e Saúde de 2014 refere que cada português bebe em média 12,9 litros de álcool por ano, mais dois litros do que a média europeia. Apesar de estar abaixo do consumo registado em 2003, que correspondia a uma média de 14,4 litros, Portugal ocupa o 10º lugar entre 53 países da Europa nos mais apreciadores de bebidas alcoólicas. A prevalência de episódios de consumo exagerado de álcool nos jovens portugueses entre os 15 e os 19 anos é de 29,2%, percentagem que, apesar de elevada, está longe de refletir o comportamento abusivo dos adolescentes alemães (50,6%). Ainda assim, 5,8% da população portuguesa com mais de 15 anos manifesta distúrbios ligados ao álcool e 3,1% sofre de dependência.

Em Portugal, desde 2003, o SICAD optou por realizar o Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco e Drogas e outros Comportamento Aditivos e Dependências (ECATD-CAD). Este é realizado não só aos alunos de 16 anos, mas também em cada um dos grupos etários dos 13 aos

18 anos. O último foi realizado em 2015 e ainda não existe o relatório final, mas já foram publicados os resultados preliminares.

Dos resultados preliminares do estudo relativamente aos consumos de substâncias psicoativas pelos alunos do ensino público, que completaram 13 a 18 anos, em 2015, destaca-se que as substâncias com maior número de consumidores, continuaram a ser por ordem decrescente: álcool, tabaco, droga e medicamentos.

O estudo refere ainda que, ao longo da vida, 71% dos alunos já consumiram pelo menos uma vez bebidas alcoólicas, qualquer uma, sendo 72% do sexo masculino e 70% do sexo feminino. Ao longo dos últimos 12 meses 62% consumiram álcool e nos últimos 30 dias esse valor desce para 42%.

Há grandes diferenças entre as percentagens de alunos que já experimentaram, pelo menos uma vez, bebidas alcoólicas e estas variam de 31% nos alunos de 13 anos para 91% nos alunos de 18 anos.

De salientar que aos 13 anos o consumo de cerveja é superior nos rapazes, enquanto que as bebidas brancas, as bebidas destiladas e os *alcopops* são superiores nas raparigas e o vinho é igual em ambos os sexos.

A percentagem de alunos que se embriagou nos últimos 12 meses foi entre os 3% aos 13 anos e os 43% aos 18 anos e nos últimos 30 dias entre os 2% aos 13 anos e 22% aos 18 anos. Em relação às diferenças de género, de referir que quer nos últimos 12 meses, quer nos últimos 30 dias, nos alunos de 13 anos existem mais raparigas a consumir bebidas alcoólicas e nos alunos de 17 e 18 anos existem mais rapazes a consumir essas bebidas.

Assim, o estudo refere que os resultados preliminares permitem caracterizar situações que emergem ou que reforçam algumas tendências que o estudo de 2001 já antevia, nomeadamente, que continua a existir uma acentuada progressão dos níveis de consumo de bebidas alcoólicas com o avançar da idade e que as percentagens de adolescentes com elevadas frequências de consumo de algumas substâncias continuam muito elevadas e, portanto, passíveis de causar danos (exemplo: embriaguez e binge drink).

Em relação às diferenças das percentagens de consumidores entre rapazes e raparigas estas tendem a desaparecer. Relativamente à evolução de 2011 para 2015, as prevalências do consumo de álcool diminuíram para quase todos os grupos etários, com exceção dos 17 e 18 anos em que há estabilidade.

Comparando os resultados obtidos no ESPAD-Portugal/2015, com as metas definidas para serem alcançadas em 2016, no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependência 2013-2020, para o álcool e droga, constata-se que para o álcool a meta definida foi “atingir para os últimos 12 meses (consumo recente) o valor de 26% em 2016” e o valor obtido em 2015 foi 22%. Portanto, em 2015 foi ultrapassada esta meta. Contudo continuam a existir níveis preocupantes de consumo de várias substâncias para muitos alunos dos diversos grupos etários, que exigem a continuação do empenho de todos até que seja possível erradicar ou minimizar ao máximo esse consumo, de forma a que não prejudique a saúde dos adolescentes.

1.2 - FATORES QUE INFLUENCIAM O INÍCIO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

A crescente preocupação que se tem registado no âmbito dos fenómenos aditivos tem gerado uma multiplicidade de estudos que têm uma forte influência na análise do uso, abuso, consequências e tratamento do álcool. Surgiram, assim, novos conhecimentos tentando conhecer as razões que levam as pessoas a iniciar, a continuar a beber e os diferentes modos de que se reveste essa prática (Cabral, 2007).

A mesma autora salienta que atualmente se admite que na origem desta problemática não está uma causa única. Assim, uma multiplicidade de fatores pode contribuir para o desenvolvimento deste consumo, sendo difícil diferenciar qual deles é o mais importante ou o iniciador. No que respeita aos fatores psicossociais é analisada a importância da família, do grupo de pares, a perceção do risco e as expectativas em relação ao álcool.

Habitualmente, o início do consumo de álcool ocorre no seio familiar, principalmente em festas, tais como aniversários, casamentos e batizados. No entanto, existem uma série de circunstâncias que podem determinar a continuação desse comportamento. Alguns investigadores que se debruçaram sobre a problemática da influência familiar no consumo do álcool na infância concluíram que esta é determinante para que esse consumo se prolongue durante a adolescência. Segundo Settertobulte, Jensen & Hurrelmann (2001) se os pais consomem álcool, esse fator pode ser determinante para que as crianças sintam curiosidade em fazê-lo e iniciem o seu consumo, o qual é facilitado pelo facto de que, nestes casos, usualmente existem bebidas alcoólicas em casa. Assim, a facilidade de acesso ao álcool acaba incentivando as crianças a experimentá-lo.

Estas conclusões são corroboradas pelos estudos de White, Johnson e Buyske (2000) que salientam ainda que os padrões de consumo dos pais influenciam também o comportamento da criança no que respeita à quantidade e frequência desse consumo. À medida que a criança cresce a influência dos pais decresce e os padrões de consumo podem alterar-se. No entanto, os pais deveriam representar um modelo positivo para o desenvolvimento dos jovens, protegendo-os e ensinando-lhe a adotarem comportamentos que não pudessem constituir um risco para si e para os outros. Este estudo concluiu também que quando as crianças têm um bom ambiente familiar, pautado pelo carinho, pela sinceridade e pelo respeito mútuo as hipóteses de virem a desenvolver comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool na infância, são mais reduzidas em relação às famílias destruídas, onde se vive um ambiente perturbado marcado pela negligência parental ou até mesmo pela violência doméstica (Matos, 2008; Settertobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001; White & Jackson, 2005).

Quando a criança se torna adolescente os amigos começam a ter uma maior influência no comportamento dos jovens do que os pais. O consumo do álcool está fortemente enraizado nas práticas sociais dos adultos, cujo modelo os jovens procuram imitar (Settertobulte, Jensen & Hurrelmann, 2001). Por esse motivo, à medida que os adolescentes procuram desenvolver a sua identidade, processo para o qual é fundamental a socialização com os seus pares, o álcool surge naturalmente como parte das atividades sociais onde os jovens interagem (Matos, 2008).

Lundborg & Lindgren (2002) obtiveram como resultados do seu estudo em relação à percepção que se tem na infância sobre o consumo de álcool, o fato de que com o avançar da idade os jovens não se sentiram vulneráveis às consequências negativas que podem decorrer do consumo de álcool, tais como acidentes de viação, comportamentos sexuais de risco ou até a dependência do álcool. Como tal, os jovens estão mais suscetíveis a correr riscos e a beber excessivamente.

Por outro lado, Goldberg, Halpern-Felsher e Millstein (2002) salientam que, pese embora os jovens tenham consciência dos riscos que o consumo do álcool envolve, a expectativa da sensação de prazer e bem-estar decorrente da sua ingestão acaba influenciando fortemente a sua decisão de beber.

Portugal tem uma forte tradição de consumo de álcool, o qual, e em especial o vinho se encontra fortemente enraizado na sua cultura. Para além da tradicional tolerância ao álcool, presente na cultura portuguesa, concorrem para o seu consumo um conjunto de mitos, completamente desprovidos de evidência científica. Michel (2000) enumera alguns desses mitos, que se relacionam com certos efeitos que lhe são atribuídos. Um desses efeitos é o de que o álcool aquece. Na realidade a sensação de calor que a ingestão do álcool provoca deve-se à afluência de sangue à superfície da pele. No entanto, esse fluxo sanguíneo origina uma perda de calor, que pode comprometer o normal funcionamento dos órgãos internos (Michel, 2002).

Outro dos mitos é o de que o álcool é um fortificante. A ilusão de que o álcool dá força deve-se à sua ação estimulante. O álcool provoca uma sensação de euforia a qual poderá dissimular temporariamente o cansaço físico e a fadiga intelectual. Contudo, essa sensação de súbita energia desaparece rapidamente, causando uma fadiga maior do que a inicial, pois o processo de metabolização do álcool no fígado provoca também, por si só, um dispêndio de energia. Assim, as calorias contidas no álcool não são utilizadas pelos músculos, pelo que o seu consumo não dá energia para trabalhar (Michel, 2002).

Socialmente existe uma prática fortemente enraizada de consumir “digestivos”. Estes “digestivos” são na realidade bebidas alcoólicas, sobretudo bebidas destiladas, as quais estão associadas a outro dos mitos do álcool, que é o de que este facilita a digestão. Na realidade o efeito provocado pelo álcool no estômago impele ao esvaziamento gástrico, ou seja, o álcool “empurra” os alimentos para o intestino, sem que estes se encontrem totalmente digeridos, provocando a ocorrência de gastrites erosivas e úlceras (Michel, 2002).

A noção de que o álcool mata a sede está também errada, pois o seu efeito é precisamente o contrário. A ingestão de álcool provoca a necessidade de urinar e subsequentemente a eliminação de uma considerável quantidade de água, fundamental para o organismo, provocando desidratação e aumentando a sede (Michel, 2002).

Tal como referido atrás as calorias contidas no álcool não são utilizadas pelos músculos, motivo pelo qual o mito de que o álcool alimenta também é totalmente desprovido de fundamento. Segundo Shils (2003) o álcool contém poucos elementos nutritivo, pois a quantidade de vitaminas e proteínas é extremamente baixa, enquanto que os valores de ferro, chumbo ou cobalto são muitas vezes nocivos.

Os mitos de que o álcool pode ser um medicamento e de que torna as pessoas mais alegres, melhorando a sua vida sexual, estão relacionados com os seus efeitos estimulantes e euforizantes. O álcool exerce um efeito anestésico sobre o córtex cerebral diminuindo o controlo do indivíduo sobre as suas ações, o que provoca a desinibição de sujeitos habitualmente tímidos e reservados e aumentando a sua rapidez de reação. No entanto, este diminuiu as suas capacidades intelectuais. Por outro lado, os efeitos do álcool podem servir também para camuflar os sintomas de algumas patologias, mas diminuem as suas defesas e as resistências do organismo, pelo que após o seu efeito passar os indivíduos sentem-se pior do que antes (Michel, 2002).

O acesso às bebidas alcoólicas vai ficando facilitado com o crescimento dos jovens, aumentando também os estímulos para o seu consumo. Exemplo, disso são as festas de estudantes, onde prolifera o álcool, muitas vezes patrocinadas por marcas de cerveja ou outras bebidas alcoólicas, com ofertas de produtos de *merchandising*, como bonés e t-shirts, ou bebidas a preços baixos. A publicidade dirigida aos jovens por parte da indústria do álcool e tabaco tem sido motivo para preocupação por parte da comunidade médica mundial, devido à influência perniciosa que esta exerce sobre o seu comportamento numa fase da sua vida em que estes são facilmente tentados por estilos de vida associados ao *glamour*, a festas e popularidade (Alves, 2010).

2 - O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

O presente capítulo vai centrar-se no desenvolvimento pessoal e cognitivo da criança durante a infância, nomeadamente na faixa etária dos sete e oito anos de idade, sendo imprescindível referir que os vários estádios de desenvolvimento pelos quais a criança irá passar desde a nascença até à idade adulta não são independentes uns dos outros, estando sempre interligados. O motivo da opção por esta faixa etária prende-se, com o facto do estudo da prevenção do consumo do álcool na infância estar focado nas crianças do 1º CEB, mais concretamente no 3º ano de escolaridade.

A mente e o corpo funcionam em conjunto e estão intimamente inter-relacionados, assim sendo, não se pode separar o desenvolvimento da personalidade do desenvolvimento cognitivo. Dado que uma parte básica da personalidade reside no conceito que temos de nós próprios, ou seja, a forma como percebemos e o que pensamos sobre nós afeta inevitavelmente o nosso desenvolvimento pessoal (Sprinthall e Sprinthall, 1997).

O conceito de desenvolvimento é aqui entendido como uma evolução progressiva da estrutura / personalidade do sujeito no tempo, ao longo de diferentes estádios de diferenciação (mais ou menos estruturados e específicos) através de transformações que se efetuam e autorregulam dentro do próprio sistema da estrutura da pessoa (Tavares e Alarcão, 2005).

Para apresentar as ideias sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança, baseámo-nos, sobretudo, nos estudos desenvolvidos por Erikson que foram baseados no trabalho original de Sigmund Freud. Erikson transformou as teorias de Freud sobre o desenvolvimento emocional num esquema de desenvolvimento, como meio de compreender o processo de desenvolvimento pessoal e cognitivo saudável.

Em relação ao desenvolvimento da personalidade, Erikson reconheceu a importância atribuída por Freud às pulsões instintivas e às fases do desenvolvimento psicossocial caracterizadas pela predominância da respetiva zona erógena, mas veio pôr a tónica as interações da criança com o ambiente. Na linha dos neofreudianos veio a comprovar-se que o pensamento é uma vertente mais social ou uma maior impregnação cultural, libertando-o um pouco mais das condicionantes intrapsíquicas de base biológica (Veríssimo, 2002).

Segundo Sprinthall e Sprinthall (1997), Erikson fez mais do que qualquer outro teórico pela modernização da teoria freudiana, tornando-a numa teoria do desenvolvimento da criança e do adolescente mais completa. Segundo Freud, por volta dos seis ou sete anos o desenvolvimento do Ser Humano praticamente acabou e, segundo o mesmo autor, as estruturas básicas da personalidade já estão estabelecidas. Erikson prolongou a ideia de estádios de desenvolvimento para um quadro de referência mais lato, ou seja, ao longo de todo o ciclo de vida. Não querendo

com isto dizer que existe uma negação da importância dos estádios infantis, mas Erikson observa que o que se constrói na infância, em termos de personalidade, não é totalmente fixo e pode ser parcialmente modificado por experiências posteriores.

Hall et al. (2000) referem que Erikson construiu a sua teoria do desenvolvimento humano tendo como referência o Ser Humano como um ser social, antes de tudo, ou seja, um ser que vive em grupo e que sofre a pressão e a influência deste. A cada etapa, o indivíduo cresce a partir das exigências internas do seu ego, mas também das exigências do meio em que vive, sendo, portanto, essencial a análise cultural e social do meio em que este se encontra inserido.

A teoria de Erikson fundamenta-se no princípio epigenético, ou seja, no conceito de epigénese, termo esse que advém da embriologia. O princípio epigenético sustenta que o desenvolvimento ocorre em estádios sequenciais e claramente definidos. Cada um desses estádios deve ser satisfatoriamente resolvido para que o desenvolvimento avance, caso contrário, todos os estádios subsequentes refletirão uma falha, na forma de um desajuste físico, cognitivo, social ou emocional (Rabello, 2001).

Erikson (1987) defende que a energia ativadora do comportamento é de natureza psicossocial, integrando não apenas fatores pulsionais biológicos e inatos, como a libido, mas também fatores sociais aprendidos em contextos histórico-culturais específicos.

Nesta linha de pensamento, o autor defende que o processo de desenvolvimento da personalidade ocorre por meio de três processos:

- Processo biológico: organização dos sistemas orgânicos que constituem o corpo;
- Processo psíquico: organização dos traços da experiência individual de síntese do ego;
- Processo social: organização cultural e interdependência da pessoa.

O desenvolvimento psicossocial, para o autor, é sinónimo de desenvolvimento da personalidade e decorre ao longo de oito estádios que, no seu conjunto, constituem o ciclo da vida. Cada estágio corresponde à formação de um aspeto, em particular, da personalidade.

O estágio que vai ser abordado neste relatório, é aquele que tem relevância para o mesmo, ou seja, o quarto estágio (Mestria vs Inferioridade) que decorre dos seis aos doze anos de idade e mostra as competências que a criança tem de adquirir para enfrentar o futuro de forma positiva e adequada.

Erikson (1987) deu um destaque importantíssimo a esta fase que, contraditoriamente, foi a menos explorada por Freud. Para Erikson (1987), este período é marcado pelo controlo da atividade, tanto física como intelectual, no sentido de equilibrá-la às regras do método de aprendizagem formal, já que o principal contacto social se dá na escola ou em outro meio de convívio mais amplo do que o familiar.

Com a educação formal, além do desempenho das funções intelectuais, a criança aprende o que é valorizado no mundo adulto e tenta adaptar-se a ele. Da ideia de propósito, ela passa à ideia de perseverança, ou seja, a criança aprende a valorizar e, até mesmo, a reconhecer que podem existir recompensas a longo prazo das suas atitudes atuais, fazendo surgir um interesse pelo futuro (Erikson, 1987).

Erikson (1987) refere que o desenvolvimento pessoal e emocional se vira para o exterior durante os anos correspondentes ao 1º e 2º CEB. As crianças entram para um novo mundo: a sala de aula, a vizinhança e o grupo de pares. Estas passam a ser as suas arenas de desenvolvimento em detrimento do lar. O lar continua a ser uma importante base de operações, mas as outras arenas têm um significado especial. Em termos de número de horas, as crianças passam agora mais tempo do que nunca fora de casa. Como crianças mais velhas que são já participam plenamente como membros de um grupo de jovens do mesmo sexo.

Na perspetiva deste autor, os grupos da vizinhança e da sala de aula tornam-se os principais agentes socializadores. Em oposição aos clãs de adolescentes, estes grupos da infância são quase sempre exclusivamente constituídos apenas por rapazes ou por raparigas, ou seja, este mundo atual divide-se em dois campos, rapazes por um lado e raparigas por outro. Nesta fase de desenvolvimento, as crianças encaram os mais novos como “bebés” e os adultos têm sempre razão (incluindo todos os professores).

Para Piaget, esta fase refere-se ao estágio do pensamento concreto. Do ponto de vista pessoal, este fator proporciona um período de estabilidade emocional considerável. Os adultos não estão excessivamente preocupados com o desempenho escolar, embora, nesta idade as crianças estejam interessadas em aprender muitas das competências que lhes são ensinadas. A um nível concreto e funcional é divertido decifrar letras, aprender a escrever, a somar e a subtrair, pois cada uma destas competências dá acesso a um novo conjunto de aptidões disponíveis, como ler, escrever recados, fazer contas, entre outras (Rabello, 2001).

Nesta fase começam a revelar interesse por instrumentos de trabalho, pois estes remetem para a questão da competência. A criança nesta idade sente que adquiriu competência ao dedicar-se e concluir uma tarefa e sente que adquiriu habilidade se tal tarefa foi realizada satisfatoriamente. Este prazer de realização é o que dá força para o ego não regredir. Se ocorrerem falhas seguidas, seja por falta de ajuda ou por excesso de exigência, o ego pode sentir-se levemente inferior e regredir, retornando às fantasias da fase anterior ou simplesmente entrando em inércia (Erikson, 1987).

Faz todo o sentido, quando o mesmo autor referencia que se não se encorajar a criança a envolver-se ativamente com o meio circundante, o seu sentido de mestria será substituído pelo de inferioridade pessoal.

O desenvolvimento pessoal e emocional dos seis aos doze anos ocorre em larga escala na escola. Nesta idade as crianças passam mais tempo na escola do que em qualquer outro lugar. Assim, a situação da sala de aula constitui uma influência determinante no seu desenvolvimento (Rabello, 2001).

Ao dar mais ênfase ao fazer do que ao ouvir, a escola ativa promove no aluno um sentido de mestria pessoal. Para Erikson (1987) a tarefa dos professores e dos educadores é responder à criança nos seus moldes e consoante as suas necessidades, tendo em atenção o formalismo, ou seja, a repetição obsessiva de formalidades sem sentido algum para determinadas ocasiões, o que empobrece a personalidade e prejudica as relações sociais da criança.

3 - UM OLHAR DE ENFERMAGEM: O MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

No sentido de oferecer um olhar específico de enfermagem, ao longo do estágio, surgiu a necessidade de adotar uma concepção teórica de enfermagem, que se tornasse um guia orientador do trabalho a desenvolver. Assim, foi utilizada para o efeito a teoria dos sistemas preconizada por Neuman.

Adaptando o esquema do modelo de Betty Neuman, onde se enquadra a criança como um ser social inserido numa comunidade e cabendo à enfermagem identificar os stressores e as linhas de defesa a que as crianças estão sujeitas, identificaram-se como stressores os modelos de consumo da família, a pressão exercida pelo grupo de pares, a não percepção do risco pelas crianças, as falsas expectativas acerca do álcool e a sua fácil acessibilidade. Sendo as linhas de defesa, a educação para a saúde, o desenvolvimento de mecanismos de defesa para resistir a pressões e a capacitação das crianças sobre competências de comunicação, nomeadamente na assertividade e na tomada de decisão e a nova lei do álcool, o Decreto-lei nº 106/2015, de 16 de junho. Este modelo defende uma visão holística da pessoa, perspetivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de stress.

O sistema é conceptualizado enquanto indivíduo, família ou comunidade. Neste modelo, analisar os contextos Intra, Inter e Extrasistémicos é fundamental para determinar o impacto dos stressores, assim como para avaliar a força das suas linhas de resistência frente aos stressores e a sua capacidade de reconstituição quando necessária. Basta que um stressor afete uma parte do sistema para que todos os outros sejam influenciados (Neuman 2011).

Neste sentido surgiu a necessidade de adaptar o modelo teórico de Neuman ao estágio que foi desenvolvido, emergindo assim a figura 1, abaixo explicada.

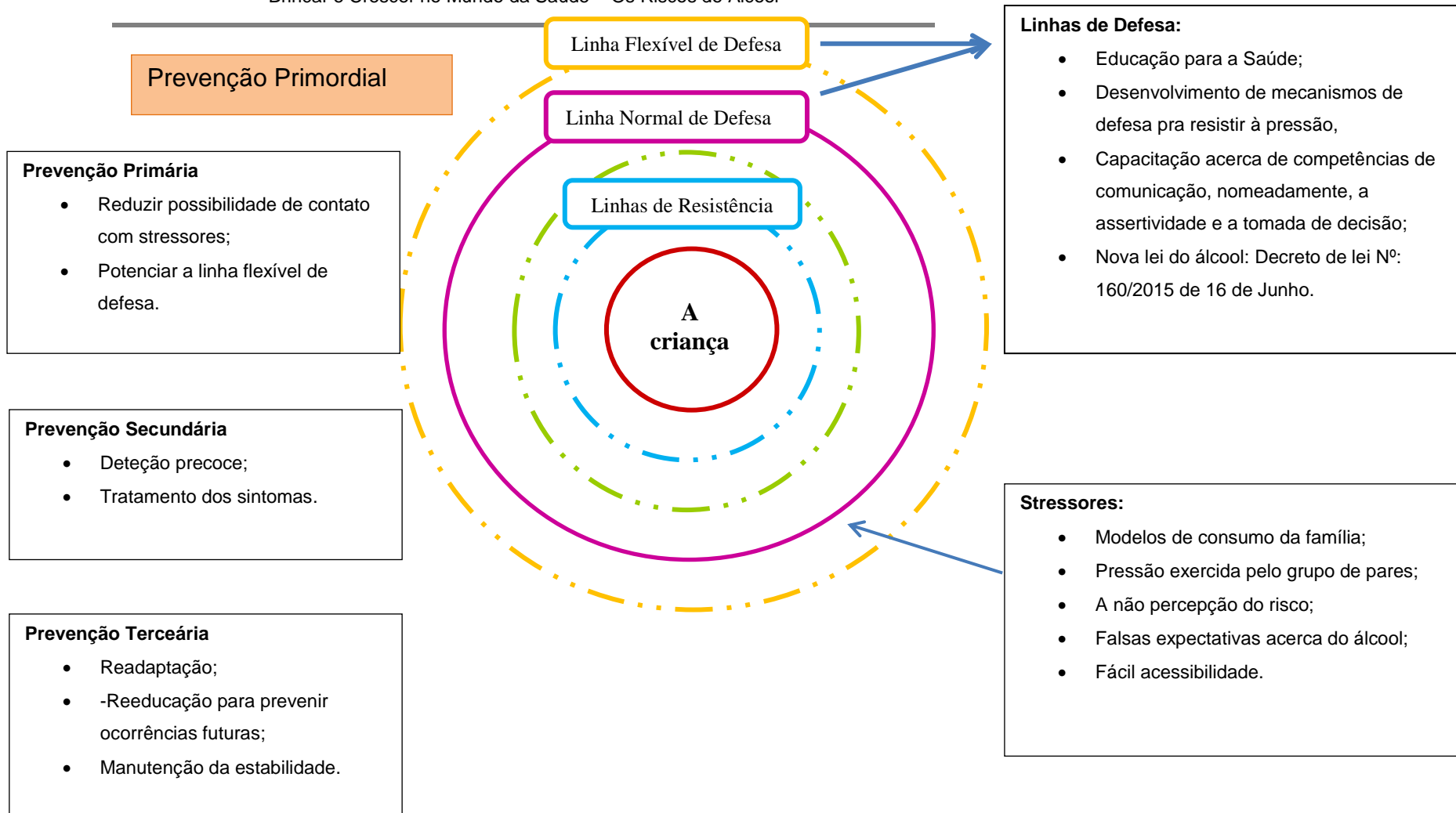


Figura 1 – Modelo adaptado de Betty Neuman (Neuman, 2011)

De acordo com os pressupostos do modelo teórico de Betty Neuman a Enfermagem “ (...) é a uma profissão interessada no modo como as diferentes variáveis afetam os clientes no seu ambiente” (Neuman 2011). Neste contexto o enfermeiro atua como um mediador que usa os conhecimentos científicos que adquiriu ao longo da sua formação e os aplica no dia-a-dia para melhorar a vida das pessoas.

Segundo a mesma concepção, o metaparadigma de enfermagem é perspectivado da seguinte forma: **saúde** é um estado dinâmico de bem-estar ou de doença, determinada por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. A **pessoa** é abordada de uma forma global incluindo indivíduos, famílias/grupos e comunidade e é vista como um ser total, nas suas várias dimensões, em constante e dinâmica interação com o que a rodeia, tendo sempre em conta os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Tomey e Alligood, 2004). O **ambiente** são todos os fatores ou influências, internas e externas, que circundam o cliente ou o seu sistema, que afetam ou são afetados por este, sendo a variação dependente das necessidades e motivações individuais (George, 1993). A **enfermagem** é definida como uma “profissão única” que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de stress. O principal objetivo da enfermagem é prestar assistência à pessoa de modo a reter e a obter a estabilidade do seu sistema, obtendo um nível máximo de bem-estar. Para atingir esse bem-estar são realizadas intervenções intencionais com vista à redução dos fatores de stress e condições adversas que podem afetar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a pessoa. (George, 1993). Os cuidados de enfermagem são perspectivados como intervenções que visam a integridade da pessoa e todas as variáveis que têm efeito sobre a sua resposta aos agentes de stress, com o objetivo de lhes reduzir o efeito.

A autora entende saúde como um *continuum* e não como uma dicotomia de bem-estar e doença. O grande objetivo dos cuidados de enfermagem é a manutenção da saúde da pessoa. As intervenções de enfermagem, segundo Neuman, incluem a prevenção primária (evitando processos de desadaptação), secundária (recuperação da adaptação) e terciária (através da manutenção da adaptação) (Neuman, 2011). A mesma defende, ainda, que é na prevenção primária que o stressor é identificado e usado de forma positiva, pois são fortalecidas linhas de defesa, através do uso de ferramentas como a educação. (George, 2000).

A educação para a saúde pode (e deve) ocorrer nos diferentes níveis de prevenção em saúde. Em relação aos níveis de prevenção, são atualmente aceites quatro níveis, no meio científico, acrescentando-se o nível de prevenção primordial aos três classicamente considerados. Este foi o nível de prevenção em que se atuou durante o estágio, nomeadamente através da realização das sessões de educação para a saúde, através das quais se pretendeu contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis (Almeida, 2005).

Este autor refere-se à prevenção primordial como um nível básico, associada à prevenção de estilos de vida que comprovadamente potenciam o desenvolvimento de doenças crónico-degenerativas, isto é, em que o mesmo determinante ou comportamento tem efeitos múltiplos na saúde, como o alcoolismo, o tabagismo, a alimentação desequilibrada ou a falta de exercício físico regular. Como exemplo deste tipo de prevenção pode citar-se o Plano Nacional de Saúde Escolar,

a legislação sobre a proibição do consumo de álcool a jovens ou sobre a comercialização de alimentos em contexto escolar. A este nível, a educação para a saúde procura atuar na população antes dos “determinantes negativos” estarem instalados.

Assim sendo, fará todo o sentido atuar a este nível de prevenção, uma vez que nestas idades, em princípio, ainda não se iniciaram os consumos de bebidas alcoólicas, sendo por isso uma excelente altura para se iniciar as medidas preventivas. Através da implementação destas medidas as expectativas são de que o impacto na saúde da sociedade seja significativo, já que os programas e políticas têm como alvo um grande número de indivíduos e porque um mesmo “determinante positivo” ou comportamento saudável tem múltiplos efeitos na saúde, nomeadamente na prevenção de várias doenças.

O Modelo de Neuman explica o processo de enfermagem como um instrumento que visa orientar o profissional de enfermagem, fazendo a ligação entre a teoria e a prática. Os diagnósticos de enfermagem consistem em determinar quais os fatores de stress ou variáveis que põem em risco a estabilidade do cliente, tendo em conta as percepções quer do cliente, quer do enfermeiro. Ao planear metas de enfermagem estabelecem-se prioridades e objetivos a curto e a longo prazo, que incluem as negociações entre o enfermeiro e o cliente, assim como as estratégias de intervenção para manter, reter e atingir a estabilidade do sistema do cliente. A avaliação é feita confirmando se a mudança desejada ocorreu ou (re)formulando novas estratégias (Tomey e Alligood, 2004).

Sistematizando a ideia proposta pelo Modelo de Betty Neuman, o esquema representa o indivíduo envolvido, por círculos concêntricos denominados pela autora por “linhas”. A primeira delas, a linha normal de defesa é concebida como um nível de saúde desenvolvido e adaptado através do tempo considerado normal para um indivíduo. É considerada a linha normal de defesa no sentido de ser o padrão próprio do homem, não é mais do que o relacionamento das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento do indivíduo. A seguinte, em redor da primeira, é a linha flexível de defesa que é um mecanismo protetor que rodeia e protege a linha normal da invasão de qualquer “invasor”, desenvolve possibilidades de resposta às reações do ambiente. Quanto maior a expansividade desta linha, maior é o grau de proteção do indivíduo. Quando ocorre a invasão, o indivíduo mobiliza a linha de resistência, composta por fatores de resistência interna, ativados para proteger e preservar a estrutura básica contra o agente invasor. Esses fatores diminuem a intensidade do grau de reação do invasor. O termo invasor utilizado caracteriza aquilo que é capaz de perturbar o equilíbrio da estrutura básica de energia do organismo de um indivíduo.

O grau de instabilidade do sistema, resultante da sua invasão é chamado de grau de reação. O retorno e a manutenção da estabilidade do sistema após a reação ocasionada pelo invasor, pode resultar num nível maior ou menor de bem-estar.

Os stressores, as reações e as forças de reconstituição podem ser, pela sua natureza, classificados como intra, inter ou extrapessoais. Fatores Intrapessoais são forças que ocorrem dentro do indivíduo, fatores interpessoais são forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos e os fatores extrapessoais são forças que ocorrem fora do indivíduo.

Assim, a mobilização da teoria acima apresentada permitiu olhar as crianças de uma forma holística, tendo por base a comunidade e o ambiente que as rodeia, aquilo que pode exercer a função de stressor e aquilo que pode exercer a função de linhas de defesa. É importante adaptar a nossa informação aos recetores, neste caso às crianças que queremos formar e informar e, desta forma, dar-lhes estratégias que as sensibilizem para a importância de se absterem de consumir álcool. Esperando mais, ou seja, que sejam elas próprias vetores de informação, aos pais,

4 - PREVENÇÃO DO CONSUMO DO ÁLCOOL NA INFÂNCIA

A intervenção a que se refere este relatório foi realizada, relembramos, no agrupamento de escolas Marcelino Mesquita do Cartaxo, com os alunos do 3º ano de escolaridade e decorreu durante o mês de maio, envolvendo um total de 159 alunos, de cinco escolas do 1º CEB que fazem parte desde agrupamento e 7 professores.

Por ser um processo de criação que obedece a um planeamento, o projeto foi elaborado de forma realista, adaptado às circunstâncias de tempo e espaço, de modo flexível e exequível. Constituiu um fio orientador da prática e permitiu, de forma lógica e organizada, levar a cabo a ação, com o recurso a um conjunto de objetivos individuais e respetivas atividades/estratégias que permitiram alcançá-los, seguindo a metodologia do planeamento em saúde.

Aquando da realização do diagnóstico de enfermagem, foi consultado o diagnóstico social existente, datado de 2006, onde se refere que tanto os rapazes como as raparigas se iniciam no consumo de bebidas alcoólicas entre os 10 e os 13 anos de idade (40% em ambos os sexos). No entanto, as raparigas iniciam os consumos na presença dos pais e os rapazes procuram os amigos, 5% dos rapazes iniciam os consumos em casa sem os pais saberem.

De ressaltar que 2% dos rapazes entre 12-14 anos assumem que bebem diariamente e tanto os rapazes como as raparigas acham que ingerem bebidas alcoólicas de forma normal para a sua idade.

Este diagnóstico social foi o ponto de partida para a elaboração do diagnóstico de enfermagem, tendo-se comparado as suas conclusões com os dados obtidos através de uma entrevista formal com a professora que solicitou a intervenção na escola (anexo I) e de várias entrevistas à enfermeira cooperante e aos restantes informantes chave, nomeadamente, outras enfermeiras da UCC e outras professoras do agrupamento.

Dos dados obtidos individualmente de cada uma das entidades, elaborou-se o diagnóstico de enfermagem, tendo-se concluído que o consumo de bebidas alcoólicas era um problema concreto daquela comunidade. Entenda-se comunidade como um Ser holístico, como um todo e não simplesmente a soma individual de cada indivíduo, ou seja, em que cada um dos seus membros influencia o outro e, assim, tal como refere Neuman, porque enfatiza uma abordagem da prática holística “na qual qualquer parte do sistema ou sub sistema pode organizar-se como um todo interrelacionado que idealmente funciona como um sistema total” (Neuman, 1995, p. 410).

A temática abordada neste trabalho, para além de constar do âmbito de interesses da autora, contou também com o impulso das professoras do 1º CEB do concelho do Cartaxo, as quais demonstraram o seu empenho em que essa problemática fosse abordada.

O desenvolvimento deste projeto visou, de uma forma geral:

- Diagnosticar a perceção que as crianças do 3º ano do 1º CEB têm sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

- Realizar um plano de intervenção com o objetivo de evitar o consumo do álcool nesta faixa etária.

Após ter sido levada a cabo uma revisão de literatura sobre o tema “prevenção do consumo de álcool na infância”, considerámos, levando em conta os dados obtidos, em conjunto com a enfermeira cooperante, que a melhor forma de conseguir fazer educação para saúde nas escolas, enquadrando um número máximo de crianças, seria através da elaboração de uma sessão de educação para a saúde destinada às crianças presentes nas sessões.

Foram desenvolvidas 7 sessões (1 sessão em cada turma), sendo que cada sessão de educação para a saúde foi estruturada e centrada na criança como pessoa em constante interação com o ambiente que a rodeia e sofrendo a influência de diversos stressores, pretendendo-se, assim, com estas sessões alertar as crianças para os perigos do consumo de álcool.

Planeamento da intervenção

A metodologia utilizada no desenvolvimento do estágio foi o planeamento em saúde, de acordo com as orientações da OE para o enfermeiro especialista em saúde comunitária.

O planeamento é, na sua essência, um modelo a adotar para a ação futura, no sentido de que a transformação da realidade se processe de forma mais eficiente (Tavares, 1990).

Para Tavares (1990), o planeamento é um processo que visa seleccionar, entre várias alternativas, um percurso de ação. Mas o planeamento não constitui um fim em si mesmo, ou seja, um plano não se resume a um documento lógico e bem-apresentado, o planeamento implica ação.

No planeamento da intervenção partiu-se de um problema identificado pelas enfermeiras cooperantes e pelos informantes chave daquela comunidade e que se veio a confirmar com a atualização do diagnóstico de enfermagem por nós realizado. Em simultâneo ocorreu o apelo formal por parte dos professores do agrupamento já mencionado anteriormente, para a intervenção dos serviços de saúde junto às crianças do 3º ano, uma vez que são os professores que contactam diariamente com crianças que já iniciaram a sua experiência com o álcool. Este pedido veio reforçar a necessidade de intervenção identificada através do diagnóstico de enfermagem.

A teoria de aprendizagem utilizada como referência no planeamento das sessões foi a teoria behaviorista, nomeadamente, a corrente de Skinner. Esta teoria sustenta uma perspetiva otimista e onipotente da educação, em que a base é a organização das situações, através da seleção e associação de estímulos. Ao nível do ensino, explicam as aquisições dos alunos a partir dos acontecimentos externos, como os métodos de ensino e as características estimuladoras do ambiente escolar e familiar. Colocam ainda em ênfase o reforço como determinante para a aprendizagem (Moreira, 2009).

Skinner demonstra uma preocupação com a preservação do mundo em que vivemos e com uma melhoria das condições de vida, defendendo que se deve dar mais importância a uma educação de qualidade, com resultados, e comprometida com a construção da vida.

Barrett et al. (1991), os quais são partidários da teoria behaviorista, apresentam a necessidade de ensinar pelo menos dois tipos de competências aos alunos: “ (...) As escolas são encarregues não apenas de transmitir habilidades específicas que possibilitem ao estudante agir com conhecimento em situações com as quais eles se podem confrontar depois que a educação formal terminar, mas, também, transmitindo condutas éticas e valores culturais duradouros que beneficiem tanto o indivíduo quanto a sociedade como um todo” (Barrett et al., 1991: 79).

Ao se proporem conteúdos de ensino-aprendizagem, o conhecimento do aluno e o contexto em que este está inserido deve ser tido em consideração, assim como é necessário serem ensinadas condutas éticas e valores culturais. Para Skinner (1978) o foco da atuação educacional é, claro, o indivíduo, mas transcende os seus interesses, por isso as escolhas educativas não se podem basear na vontade de alguém, quer sejam alunos, professores ou pais, nem se deve aprender somente aquilo de que se gosta, devendo, por outro lado, basear-se em diagnósticos que reflitam as necessidades educacionais específicas para cada caso.

Barrett et al. (1991) consideram que um bom professor ou um bom sistema educacional deve fazer com que o estudante aprenda mais rápido do que aprenderia sozinho e aquilo que foi aprendido deve beneficiar a si e a toda a sociedade. Ter o futuro como parâmetro é fundamental, porque muito do que se faz na escola não tem importância particular no momento e, se não tiver no futuro, então não há porque fazê-lo. Não se trata só de planejar o conteúdo que é ensinado, mas preocupar-se em como construir um repertório de comportamento que irá ter consequências reforçadas na vida diária e profissional do aluno e de todos que o cercam. A tarefa do professor é a de levar os estudantes a dizer e a fazer coisas que não diziam ou faziam antes da ação educativa e a de se preocuparem se no futuro tais comportamentos terão probabilidade de se manterem e serem úteis.

Com base no condicionamento operante, Skinner propôs uma revolução científica e tecnológica do ensino baseada na programação de sequências de aquisições, de forma a assegurar o mínimo de erros e o máximo de recompensas: apresentação gradual da matéria por aproximações sucessivas, para que se atinjam os objetivos; fornecimento imediato de *feedback*, com ênfase no reforço. O condicionamento operante baseia ainda a intervenção no sentido da modificação do comportamento, nomeadamente na sala de aula (Moreira, 2009).

Fleming e Robinson (2001) propõem que os educadores não devem restringir-se ao ensino de conhecimentos académicos e devem ensinar habilidades/conhecimentos sociais e pessoais que, igualmente, seriam produtivos para se alcançarem benefícios éticos, nomeadamente, dar-se bem com as pessoas, comunicar de forma eficaz, ser capaz de solucionar e prevenir problemas interpessoais e comportar-se em sociedade.

Fazendo um paralelismo com a teoria psicossocial de Erikson (1987), este considera que neste estágio a criança está a iniciar a alfabetização, ou seja ingressou no ensino escolar. Assim sendo, a criança passa a conviver com pessoas que não lhe são familiares, o que exigirá uma maior sociabilização, trabalho em conjunto, aprendizagens escolares, a testar os seus limites, a fazer aprendizagens sociais e a estabelecer os seus objetivos.

É nesta fase que a criança começa a construir-se, a ser construtiva e é importante que ela desenvolva esta capacidade, caso contrário sentir-se-á inferiorizada cada vez que alguém a critique ou contradiga. É importante promover um sentimento de competência para que o conflito interior desta idade seja bem resolvido e a entrada na adolescência esteja facilitada. Para que isto seja possível é necessário proteger a criança das críticas dos colegas não exigindo dela algo para o qual ainda não está preparada, propondo-lhe exercícios com um grau de complexidade adequada, de forma a que ela possa ver a sua própria evolução e sentir-se capaz, competente e com valor (Erikson, 1987).

Para o autor supracitado, a passagem por cada estágio é sucessiva mas não tem uma idade cronológica fixa, pois cada indivíduo tem o seu próprio ritmo de evolução. Cada estágio é marcado por uma "crise", que não tem necessariamente uma conotação dramática, apenas significa um ponto de passagem onde o desenvolvimento segue determinado rumo. A resolução destas crises vai reforçar ou enfraquecer o ego, definindo assim os traços positivos e negativos da nossa personalidade ao longo da vida.

Seguindo as teorias abordadas, foram definidos como objetivos da intervenção:

- Dar a conhecer às crianças do 3º ano quais os riscos do consumo do álcool na infância
- Avaliar se os conhecimentos foram adquiridos da forma correta.

No planeamento da intervenção a educação para a saúde assumiu-se com desempenhando um importante papel na prevenção do consumo do álcool.

A Carta de Ottawa veio lançar uma nova forma de encarar a saúde, dando especial ênfase à Promoção da Saúde (PS), com definição de políticas de saúde favorecedoras do bem-estar individual e coletivo (OMS, 1986). De acordo com a Carta de Ottawa, a promoção da saúde destina-se a iniciar e a conduzir processos de mudança, tendo em vista a melhoria das condições de trabalho e de vida e, em última instância, da saúde das pessoas. Orientadas por três princípios (capacitar, mediar e aconselhar), as atividades de promoção de saúde agrupam-se em quatro áreas fundamentais: construção de políticas públicas de saúde; criação de redes de apoio; fortalecimento da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde.

A Promoção da Saúde visa a melhoria das condições de trabalho e de vida conducentes à saúde. Sabe-se que as condições sociais e económicas são variáveis que condicionam o acesso à saúde. A qualidade de vida está relacionada com as condições ambientais, sociais e culturais e estas estão desigualmente distribuídas.

Schmid & Gabhainn (2004) defendem que os programas de Promoção da Saúde desenvolvidos nas escolas que incluem o treino de competências para lidar com as solicitações para consumos nocivos podem ser promissores, especialmente se combinados com políticas de intervenção comunitária (Fontes, 2007).

A Educação para a Saúde (EpS) é considerada, atualmente, um eixo prioritário de intervenção expresso no Plano Nacional de Saúde, especialmente no âmbito da saúde infantil, pelo que existe uma necessidade crescente de intervenção de EpS o mais precocemente possível, de forma a serem proporcionados ganhos a médio e a longo prazo (Fontes, 2007).

De acordo com a OMS (2005), a promoção da saúde e bem-estar nas crianças e adolescentes irá criar as bases para o futuro, pelo que é mais eficaz prevenir antecipadamente comportamentos prejudiciais do que tentar, posteriormente, implementar ações corretivas (Fontes, 2007).

Nesta conceção, a saúde é assumida como um processo dinâmico e proativo que responsabiliza cada um na construção de um bem-estar que favoreça o desenvolvimento do potencial de cada indivíduo e das próprias comunidades. A promoção da saúde é, assim, função dos diversos agentes que estão presentes e são responsáveis pelo crescimento dos indivíduos, dos quais se podem destacar a família e a escola, mas que implica necessariamente toda a comunidade (Santos et al., 2007).

A EpS em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento, para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências por parte das crianças e dos jovens permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, constroem um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A divulgação da EpS na escola tem, também, como missão, criar ambientes facilitadores dessas escolhas e despertar o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa.

O Ministério da Educação e o Ministério da Saúde desde há vários anos assumiram responsabilidades complementares face à Promoção da Saúde da comunidade educativa alargada, com a colaboração ativa de ambos os sectores.

No âmbito mais específico da Promoção da Saúde em meio escolar, a Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) através do seu Núcleo de Educação para a Saúde (NES), “assegura o acompanhamento, monitorização e desenvolvimento das atividades da saúde em meio escolar, nas vertentes da educação para a saúde e saúde escolar”. Desta forma, incumbe a este serviço do Ministério da Educação desenvolver e apoiar atividades de promoção da saúde em meio escolar que convergem no sentido da orientação para a adoção de estilos de vida saudáveis e/ou atitudes críticas face a contextos de risco.

A Escola, enquanto espaço de educação, proporciona um conjunto de atividades concretas que fornecem aos alunos uma experiência suscetível de favorecer o seu desenvolvimento intelectual, emocional, psicológico e físico. (Morel, 2001).

Para reforçar a eficácia dessas atividades e aprendizagens, os projetos de educação para a saúde na Escola devem continuar a privilegiar uma ação com um caráter de continuidade, integrada nas dinâmicas curriculares e organizacionais da mesma e enquadrada pelo seu projeto educativo. As escolas devem ainda contar com a participação ativa de toda a comunidade educativa, essencial na criação de condições que reforcem fatores de proteção: boa autoestima, competências de relacionamento interpessoal, famílias com envolvimento afetivo e padrões de comunicação claros, comunidades que promovam o fortalecimento dos laços entre os jovens e as instituições, entre outros (Santos et al, 2007). Fazendo o paralelismo com Neuman estes fatores servirão como linhas de defesa.

Na mesma ordem de ideias, a EpS nas escolas deve minimizar os fatores de risco, ou os stressores, de acordo com Neuman, como a baixa autoestima, a fraca tolerância à frustração, os problemas de saúde mental, a desvalorização das normas e regras, a pouca resistência à pressão de pares, o insucesso escolar, a fraca ligação à escola, as famílias com disfunções ao nível da comunicação afetivo-emocional, entre outros, por forma a reduzir vulnerabilidades pessoais e sociais e comportamentos desajustados (Santos et al, 2007).

Esta vinculação dos vários agentes educativos ao movimento de transformação dos saberes e das realidades pessoais e sociais é essencial ao sucesso da promoção da saúde e da adoção de estilos de vida saudáveis. Aspeto central é também a implicação direta dos jovens numa dinâmica interpares, em que através da troca de saberes e experiências se promova uma dinâmica de reflexão/ação conjunta sobre as questões que lhes dizem respeito. Na essência, pode dizer-se que promover a saúde na escola é ajudar a construir uma atitude de cidadania ativa (Santos et al., 2007).

Segundo Piaget (2003) é nesta idade (8 anos) que as crianças entram no estágio das operações concretas, ou seja, se até ao estágio anterior as crianças são sonhadoras, muito imaginativas e criativas, a partir de agora elas começam a ver o mundo com mais realismo, deixam de confundir o real com a fantasia. O pensamento é cada vez mais estruturado, devido ao desenvolvimento da linguagem e, progressivamente, a criança começa a desenvolver a capacidade de se colocar no ponto de vista do outro.

É então nestas idades que as aprendizagens que as crianças fazem começam a ser significativas, ou seja, é-lhes atribuído em significado, seja positivo ou negativo, logo é importante alertá-las, desde cedo, para o efeito nefasto do consumo do álcool e os riscos que esse acarreta. Esta precocidade impera dado que rapidamente estas crianças irão entrar na adolescência e ficam sujeitas a diversas pressões e é importante que elas tenham desenvolvido mecanismos de defesa para que possam resistir a essas pressões.

A EpS tem como função promover estilos de vida saudáveis, de forma consciente, tendo em conta alterações de comportamentos que possam prejudicar a saúde dos jovens, adotando estilos de vida saudáveis através de um processo interativo, reconhecido e aceite por todos os intervenientes, promovendo a liberdade e responsabilidade de cada indivíduo (Amorim, 1999).

Breda (1996) afirma ainda que a educação para a saúde irá fornecer elementos que possibilitem aos jovens o conhecimento e a compreensão necessária sobre os riscos do consumo do álcool, para que se sintam preparados para rejeitar a oferta de álcool.

Como elemento de uma equipa multidisciplinar o enfermeiro, pelo lugar de eleição que ocupa junto do indivíduo e da família, possui um papel extraordinariamente importante na prevenção do álcool (Pimentel, 2005).

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é essencial para a prevenção e diagnóstico precoce (Pimentel, 2005), sendo por isso, imprescindível o desenvolvimento de competências, nomeadamente:

- Proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
- Estabelecer as prioridades em saúde comunitária;

- Formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
- Estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
- Participar na coordenação, promoção e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Segundo Mather (1999), para poder educar para a saúde, o enfermeiro deverá reconhecer o conjunto de intervenções que combatam / diminuam o consumo de álcool. Estas intervenções passarão por atividades desenvolvidas e apoiadas na educação para a saúde, na vertente do ensino, do reforço de competências corretas e de tomada de decisão, sendo que estas servirão como base estrutural de ajuda para combater os prejuízos resultantes deste consumo. Estas intervenções devem iniciar-se na infância, para que o indivíduo cresça consciente das suas responsabilidades, quer pela sua saúde, quer face à comunidade onde está inserido, aprendendo desde cedo a dirigir a sua atenção para outras opções disponíveis.

Execução da Intervenção

Com base nos princípios acima citados, cada sessão, com uma duração de 45 minutos, desenrolou-se em 5 fases distintas.

1ª Fase: Tendo como base o diagnóstico de enfermagem foram colocadas duas questões às crianças. Estas tinham como intuito identificar as respostas dadas e pretendia-se que fossem as mesmas em todas as escolas onde foi implementado o projeto.

A primeira questão colocada era se o álcool fazia bem, mal ou se não tinha influência sobre a saúde das pessoas. Das respostas dadas, 98% das crianças acham que o álcool faz mal à saúde, 2% pensam que não influencia a saúde e nenhuma das crianças respondeu que o álcool fazia bem à saúde.

A questão seguinte pedia-lhes que justificassem a escolha feita anteriormente. Nesta questão a grande maioria das crianças referiu-se ao fato de o álcool causar doenças, dependência, violência e morte.

2ª Fase: Seguiu-se a exibição de uma apresentação em *power point*, onde foram abordadas diversas questões acerca do álcool, nomeadamente, o que é o álcool, as diversas bebidas alcoólicas existentes, quais as possíveis razões que levavam as pessoas a beberem, os efeitos do álcool, os vários mitos que existem sobre o álcool, desmistificando-os, e, por fim, as consequências do álcool na saúde, na família e na sociedade.

A apresentação foi desenvolvida com recurso a jogos que captassem a atenção das crianças. Para Piaget (1973) tanto a brincadeira como o jogo são essenciais para o processo de aprendizagem, uma vez que estas atividades tornam-se indispensáveis na educação, já que contribuem e enriquecem o desenvolvimento intelectual. Piaget refere que "os métodos ativos de educação das crianças exigem que se forneça às crianças um material conveniente, a fim de que

jogando, elas cheguem a assimilar a realidade intelectual que, sem isso, permanecem exteriores à inteligência infantil" (Piaget, 1973, P:160)

O autor defende que toda a atividade lúdica, nomeadamente o jogo, é importante na vida da criança, uma vez que influencia o seu desenvolvimento, já que quando as crianças jogam, assimilam e transformam a realidade.

3ª Fase: Na parte final da apresentação, houve espaço para a realização de uma experiência, que consistia em colocar álcool etílico a 70º graus numa gema de ovo (que simula o fígado), com o intuito de mostrar o estado de degradação em que fica o fígado após a ingestão de álcool.

4ª Fase: Por último, foi solicitado às crianças que escrevessem uma frase que representasse o significado do consumo de álcool. Algumas das frases que daí emergiram e a título exemplificativo serão expostas no parágrafo seguinte e serão comentadas à luz de diversos autores:

“O álcool é uma droga” – Cabral (2007) refere que o álcool é uma droga psicotrópica e que tem um efeito depressor no sistema nervoso central.

“Pode levar à morte” – Donaldson (2009) menciona que a iniciação do consumo de bebidas alcoólicas antes dos 14 anos de idade pode estar associada com um número de fatores de risco, incluindo as lesões cerebrais irreversíveis, o envolvimento em comportamentos violentos, a ideação suicida e as tentativas de suicídio.

“Causa danos à nossa saúde, principalmente ao fígado” – Gomes (2012) refere que o álcool é responsável por cerca de sessenta tipos diferentes de doenças e de problemas, incluindo perturbações mentais e comportamentais, problemas gastrointestinais, neoplasias, doenças cardiovasculares, perturbações imunológicas, doenças ósseas e musculares, perturbações reprodutivas e danos pré-natais.

“Causa dependência” - No contexto do consumo de álcool, a OMS (1992) define a dependência como um conjunto de problemas fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após o uso repetido de álcool.

“Uma pessoa bêbada perde a noção dos seus atos” – O alcoolismo pode ter severas repercussões no funcionamento de todo o sistema nervoso, particularmente no encéfalo. Os efeitos incluem alterações de emoções e de personalidade, assim como problemas de perceção, aprendizagem e memória. Os efeitos do álcool no cérebro ocorrem através de diferentes mecanismos, incluindo interferências nos canais iónicos, nos neurotransmissores e no sistema de sinalização celular. Assim, no sistema nervoso central, o álcool atua como depressor, potenciando a ação do ácido gama-aminobutírico (GABA), o maior inibidor do cérebro humano, e inibe a ação do glutamato, o maior excitador do cérebro. Este fato contribui para os efeitos depressivos sobre a cognição e as capacidades motoras (Zeigler *et al.*, 2005).

“Pode levar à violência contra os outros” – Cabral (2007) refere que uma das consequências do consumo excessivo de álcool são os comportamentos violentos, a delinquência, os suicídios e os acidentes rodoviários”.

5ª Fase: Foi entregue a todas as crianças um panfleto sobre a prevenção do consumo de álcool (que foi realizado por nós em colaboração com a enfermeira cooperante), que continha informações e jogos adaptados às idades das crianças.

Avaliação da Intervenção

Relativamente à avaliação da intervenção todo o seu processo foi bastante satisfatório pois durante as sessões as crianças demonstraram estar sempre interessadas e atentas ao tema exposto. O feedback recebido das crianças, ao longo da sessão, demonstrou que apreenderam as informações que lhe foram transmitidas.

Durante a realização das referidas sessões, o diálogo com as crianças esteve sempre presente, uma vez que estas puderam expor as suas dúvidas e contarem experiências vividas na primeira pessoa. Foram também realizados diversos jogos, por exemplo, na altura de falarmos sobre os mitos do álcool, as crianças tinham de acertar se aquilo que se dizia era verdade ou mentira. Estes jogos tiveram como objetivo facilitar a compreensão, por parte das crianças, dos efeitos nefastos do álcool no organismo e quais as consequências pessoais, sociais e familiares que o seu consumo irá provocar a curto e a longo prazo.

Nos seus estudos Vigotski (2000) refere a importância das brincadeiras e dos jogos na educação infantil e relata que estas atividades são a prática principal para a criança se desenvolver e revelar esse desenvolvimento.

A realização da experiência, em que o álcool a 70°C em contacto com a gema do ovo demonstra o efeito das bebidas alcoólicas no fígado, entusiasmou-as bastante, uma vez que se mostraram bastante surpreendidas pela observação desse efeito. Esta experiência foi bem sucedida porque, como refere Piaget (2003), nesta idade a criança já ultrapassou o estágio pré-operatório e, assim sendo, já consegue agir por simulação.

A avaliação foi também realizada através da leitura das frases que as crianças escreveram, no sentido de confrontar o que elas responderam nas primeiras questões com as frases que construíram. No final, concluiu-se que em todas as frases as crianças identificavam o álcool como algo nocivo para a sua saúde e para os que a rodeiam, nomeadamente os pais e, todas elas, continham conteúdos abordados durante a sessão.

Nesta perspetiva, pode-se afirmar que as crianças se interessaram pelo assunto em questão, assim como demonstraram motivação e conhecimentos sobre o mesmo. As aprendizagens foram significativas, pois partiu-se dos conhecimentos e experiências pessoais de cada criança, o que fez com que ficassem mais interessadas e empenhadas a aprender mais sobre o assunto.

Os objetivos da intervenção delineados no planeamento foram atingidos. Importa também salientar que as crianças pertencem a uma faixa etária bastante jovem e, como referido anteriormente, ainda estão sob uma forte influência do modelo parental, o que implica uma necessidade de trabalhar também com os pais e não só com as crianças. Nesse sentido, fica a sugestão para a UCC, de incluírem a participação dos pais em projetos futuros, para poderem dar

continuidade a este projeto de intervenção. O acompanhamento destas crianças pela UCC é muito importante, quer na perspectiva da continuidade educativa, quer na avaliação dos efeitos da intervenção.

5 – REFLEXÃO SOBRE A AÇÃO COM BASE NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA ENCONTRADA

Para suportar a reflexão sobre a prática procedeu-se à RSL, cujo roteiro de pesquisa se apresenta a seguir.

5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA: ROTEIRO DE PESQUISA

No sentido de saber qual o conhecimento existente sobre a importância da educação para a saúde, na prevenção do consumo do álcool na infância e de refletir sobre a ação, realizou-se um trabalho de pesquisa de acordo com os princípios metodológicos da revisão sistemática da literatura com base nas orientações de Cochrane (2009) (Anexo VII).

Foi utilizado o método PI[C]O, estabelecendo critérios de inclusão e critérios de exclusão e foi selecionado um friso cronológico de dez anos. (Quadro 1 e Quadro 2).

Partindo da análise dos pressupostos teóricos, definiu-se a seguinte questão:

Qual a importância da educação para a saúde (I) na prevenção do consumo de bebidas alcoólicas (O) na infância (P)?

	CONCEITOS	PALAVRAS-CHAVE
PARTICIPANTES (Quem foi estudado?)	Crianças	"Health education" "Alcohol drinking" "child" "nurs**"
INTERVENÇÃO (O que foi feito?)	Educação para a saúde	
(C) COMPARAÇÕES	_____	
OUTCOME (Resultados/ Efeitos/ Consequências)	Prevenção do consumo de bebidas alcoólicas	

Quadro 1- Elementos da pergunta PI[C]O

Partindo da pergunta foram definidos critérios para inclusão/exclusão de estudos na revisão sistemática de literatura:

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos/artigos escritos em Inglês, Português, Espanhol ou Francês. • Estudo de abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas da literatura, que contribuam para a evidência científica do estudo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos escritos noutras línguas que não as dos critérios de inclusão. • Artigos de enfermagem publicados que mencionem outros tipos de estudos.

Quadro 2 - Critérios de inclusão / exclusão

Isolaram-se os conceitos referentes aos participantes, à intervenção e ao desenho do estudo pretendido, de modo a definir um conjunto de termos relacionados que, por interseção, levaria à obtenção da expressão de pesquisa estabilizada.

Foram então definidas como palavras-chave: Health education; Alcohol drinking; Child; Nurs*, sendo que todas elas se encontram descritas na MeSH Browser.

De seguida, e de acordo com a concetualização, foi definida a hierarquização das palavras-chave e foi elaborado um roteiro de pesquisa com o conjunto de palavras-chave e os respetivos limitadores de pesquisa.

Realizou-se a pesquisa no dia 31 de dezembro de 2014, na plataforma EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedLatina. Foi utilizado um friso cronológico de dez anos que se mostrou pertinente na busca de artigos sobre a problemática em questão (Anexo V).

A pesquisa iniciou-se com cada palavra-chave individualmente, depois conjugando duas a duas, pela sequência da hierarquização, que produziu sempre resultados distribuídos pelas diferentes bases de dados (Anexo VI). A conjugação das quatro palavras-chave permitiu obter três artigos, aos quais foram aplicados os critérios de inclusão/exclusão definidos (Quadro 2), através de um processo de seleção dos mesmos.

Da leitura dos títulos e resumos dos três artigos encontrados foram selecionados dois para a leitura do texto integral, que veio a confirmar a pertinência para a problemática em estudo.

5.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DOS RESULTADOS

No que diz respeito aos dois artigos selecionados, tendo como objetivo a reflexão sobre a ação, realizou-se um quadro resumindo a informação recolhida, com referência ao estudo (título, autor, ano de publicação e país), desenho, participantes, intervenção (local e características),

medidas de avaliação e resultados encontrados (Anexo VIII e IX). A numeração atribuída aos artigos diz respeito a uma ordenação crescente da data de publicação dos mesmos.

Artigo 1 - “Project Northland in Croatia: results and lessons learned” – West et al., 2008. Split, Croácia

Artigo 2 - “Promoting Mental Health and Preventing Substance Abuse and Violence in Elementary Students: A Randomized Control Study of the Michigan Model for Health” – O’Neill et al., 2010. Michigan e Indiana

Recorreu-se à escala de Guyatt e Rennie (2002), de forma a caracterizar os estudos segundo o nível de evidência, sendo que ambos os estudos se situam no nível IV (Anexo IV).

A revisão sistemática da literatura aponta que o estudo sobre o consumo de bebidas alcoólicas e a sua implicação na infância possui uma heterogeneidade de temas, apesar de poucos estudos publicados incidirem nesta faixa etária específica. A grande maioria dos estudos realizados sobre o início do consumo de bebidas alcoólicas centram-se já na fase posterior à infância, ou seja, na adolescência.

O artigo 1 (West et al, 2008) pretendeu avaliar o impacto do Northland Project (PN) em Split, uma cidade da Croácia, onde foram aplicadas intervenções de prevenção do consumo de álcool. Estas intervenções foram projetadas em torno da discussão de um determinado tema, que levou em consideração o nível de desenvolvimento dos participantes.

Foram selecionadas treze escolas como grupo de controlo e outras treze como grupo experimental. Esta escolha foi feita de forma aleatória. A intervenção foi direcionada para três anos de escolaridade distintos, sendo que no primeiro ano foram incluídos todos os alunos da sexta série, no segundo ano todos os alunos da sétima série e no terceiro e, último ano, todos os alunos da oitava série. Um total de 948 estudantes receberam a intervenção e outros 1033 estudantes participaram como grupo controlo.

O PN foi lançado em 2002, após uma série de fóruns comunitários destinados a introduzir o conceito a professores, administradores e pais. Dois membros do corpo docente dos Estados Unidos da América (EUA) foram treinados no currículo do PN, a fim de serem capazes de treinar professores em Split e para fornecer assistência técnica para o projeto. Todos os materiais do PN foram traduzidos para a língua croata e, posteriormente, voltados a traduzir para a língua inglesa, para assegurar a sua validade e confiabilidade. Os materiais foram adaptados culturalmente com a ajuda de jovens da cidade, que também trabalharam com os pesquisadores na tradução dos mesmos. Após a sua tradução e adaptação cultural, foi realizado um teste piloto com uma pequena amostra de alunos de Split. O instrumento de avaliação utilizado neste projeto foi o mesmo instrumento usado por Perry e Williams para a sua avaliação original do PN, nos EUA (West et al., 2008).

Como referem West et al. (2008) a intervenção do PN incentiva tanto a comunicação entre pais e filhos como a interação entre pares, em torno de temas relacionados com o álcool, assim como se esforça para envolver a comunidade em todo este processo.

Segundo os autores, os pais identificaram como pontos fracos do PN o facto de sentirem que este teve um impacto mais evidente nas primeiras séries e que foi menos perceptível na oitava

série, altura em que os pais notaram os filhos mais entediados com o projeto. Segundo a opinião da maioria dos pais, o PN deveria ser iniciado mais cedo para que as crianças se sentissem menos tentadas a iniciar o consumo de bebidas alcoólicas. Em relação aos professores, quase todos sentiram que os seus alunos estavam prontos para o PN numa idade mais precoce, nomeadamente na quinta série. Referiram, também, que enquanto os alunos mais jovens estavam muito interessados, os alunos na oitava série já viam o programa como entediante, não tendo conseguido levá-lo a sério.

Em conclusão, West et al. (2008) mencionam que os dados mostraram que o PN teve como efeito adiar o consumo de álcool nos primeiros anos, mas não o fez em anos posteriores. A informação de jovens, pais e professores indicavam que o programa deveria ser mais eficaz e começar numa idade mais jovem.

No artigo de James et al. (2010) é apresentado o Michigan Model for Health (MMH) que foi implementado e avaliado para determinar o seu impacto em vários problemas de saúde, incluindo competências sociais e afetivas, comportamento pró-social e uso de drogas e agressão.

Desde o seu desenvolvimento em 1985, o MMH demonstrou eficácia na redução de uma variedade de problemas específicos e comportamentos de risco (abuso de drogas, álcool, má alimentação), bem como um ambiente escolar positivo ao ser implementada a formação sobre saúde.

James et al. (2010) referem que pesquisas anteriores demonstraram a eficácia do MMH para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis e de prevenção de tabaco, álcool e uso de drogas ilícitas, bem como outros problemas de comportamento. Mas este estudo estende essa pesquisa e fornece evidência empírica, pela primeira vez, a respeito da aplicação da MMH ou qualquer outro programa de educação integral de saúde para produzir mudanças significativas em vários âmbitos da saúde (habilidades, intenções comportamentais e comportamentos) através de uma variedade de áreas de saúde (sociais e saúde emocional, abuso de drogas e agressão) nos mesmos alunos.

Neste estudo foram selecionadas aleatoriamente 52 escolas, sendo que 25 escolas foram de intervenção e 27 de controlo. Os participantes receberam 24 aulas de nível 4 (mais de 12 semanas) e 28 aulas de nível 5 (mais de 14 semanas). Receberam, também, materiais informativos sobre a saúde social e emocional, comunicação interpessoal, pressão social, capacidade de resistência, prevenção do consumo de drogas e capacidade na resolução de conflitos. A média de idades dos participantes é de 9,56 anos.

Relativamente aos resultados, os alunos que receberam formação apresentavam melhores capacidades de comunicação interpessoais, habilidades sociais e emocionais e capacidades de assertividade na recusa ao consumo de drogas comparativamente com o grupo de controlo. Os alunos que receberam intervenção relataram menores intenções de consumir álcool e tabaco, menor uso dos mesmos iniciado durante o estudo e nos últimos 30 dias, assim como, redução dos níveis de agressão.

No que concerne à idade dos alunos sujeitos ao MMH, James et al. (2010) referem que embora a maioria dos programas de prevenção realizados nas escolas sejam, maioritariamente,

aplicados no secundário, os resultados deste estudo e de outros sugerem que as intervenções aplicadas no ensino básico melhoram os comportamentos de risco sobre a sua saúde e o seu desempenho escolar, do que aqueles que começam no ensino médio ou ensino secundário.

Os autores abordam ainda a importância da educação para a saúde em todo este processo, referindo que nas escolas lhe tem sido reconhecido um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença. Contudo, a EpS nas escolas continua a tentar encontrar um lugar no currículo dos alunos juntamente com a matemática, as ciências, as artes, entre outros. Diversos estudos verificaram que a EpS pode melhorar a saúde das crianças e o bem-estar em diferentes áreas. Em estudos de larga escala, os programas de educação para a saúde nas escolas registaram uma melhoria geral do conhecimento, atitude e prática dos estudantes numa variedade de tópicos relacionados com a saúde.

Através da análise dos resultados, pode afirmar-se que a EpS tem uma influência significativa e positiva nas crianças e jovens que dela usufruíram.

Como se conclui em ambos os estudos abordados anteriormente, a EpS demonstrou ser de grande importância na formação das crianças.

O conhecimento sobre a realidade do consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente o consumo de bebidas alcoólicas, em Portugal, e a sua evolução ao longo dos anos, permite-nos identificar as tendências e as necessidades de intervenção e orientar as opções estratégicas.

Relativamente ao consumo de substâncias psicoativas, têm sido elaborados estudos representativos da população portuguesa em geral e específicos para as populações escolares, onde são apresentadas prevalências de consumos. As prevalências permitem “*medir a extensão dos consumos*” (Balsa et al., 2007: 157) em diferentes contextos, bem como, através da recolha continuada ao longo dos anos acompanhar as tendências de progressão ou retrocesso.

No estudo “O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo 2001-2007” publicado em 2011, é referido que “Portugal surge reiteradamente entre os maiores consumidores de bebidas alcoólicas e de álcool a nível Europeu e Mundial, quando consultamos as estatísticas provenientes do comércio e da indústria.” (Balsa et al., 2011: 39). Segundo dados do *World Drink Trends 2005*, Portugal ocupava em 2003, o “8.º lugar do consumo mundial, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol per capita (...)” (IDT, I.P. 2010: 16).

Os últimos estudos realizados em meio escolar, ECADT e ESPAD – Portugal 2011, permitem observar a evolução do fenómeno em três períodos: 2003, 2007 e 2011, destacando-se os seguintes resultados:

- Desde 2003 até 2011 observou-se uma diminuição do número de consumidores de álcool em todas as idades, em ambos os sexos;
- Em 2011 verificou-se uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida, em todas as idades, quer dos rapazes como das raparigas, comparativamente a 2007 e 2003;

- Em 2011 as prevalências do consumo recente (últimos 12 meses) e do consumo atual (últimos 30 dias) também diminuíram em todas as idades, quer nos rapazes quer nas raparigas, comparativamente a 2007;
- Até 2011 verificou-se um aumento das prevalências das situações de embriaguez, ao longo da vida, em todas as faixas etárias, quer para os rapazes como para as raparigas;
- Até 2011 houve um aumento das prevalências e das situações de embriaguez, nos últimos 30 dias, entre os 16 e os 18 anos, quer para os rapazes como para as raparigas;
- Até 2011, aumentou o consumo de bebidas destiladas, entre os 15 e os 18 anos.

No seguimento destes resultados, o SICAD desenvolveu um plano estratégico para o ciclo de 2013-2015, onde delimita um conjunto de fatores que influenciam o aumento do consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente o álcool, e três estratégias que irão orientar toda a intervenção.

Neste sentido e fazendo um paralelismo com Betty Neuman, podem considerar-se os fatores que influenciam o consumo do álcool como stressores, nomeadamente os fatores políticos, económicos, socioculturais e tecnológicos e as estratégias ou as linhas de defesa, que são as seguintes: desenvolver o conhecimento, potenciar a comunicação e fomentar a interação e a intervenção.

No estudo realizado por James et al. (2008) um dos resultados da análise qualitativa, realizado com os pais dos alunos, era que a maioria dos pais sentira que o programa deveria ser iniciado em idades mais precoces, para que as crianças fossem menos propensas aos consumos em idades mais tardias. Em relação aos professores, estes tinham a mesma opinião, pois referiram sentir que as crianças mais novas já estariam preparadas para o PN, uma vez que eles observavam que enquanto os alunos da sexta série se mostravam muito interessados nos conteúdos apresentados, os alunos da oitava série demonstravam mais desinteresse.

No início do estágio, decidiu-se adotar como estratégia de ensino a realização de sessões de educação para a saúde que se centrassem na criança e nos efeitos nocivos que o álcool provoca.

Nesse sentido tornou-se necessário decidir que teoria de ensino/aprendizagem se iria seguir, tendo-se optado pela teoria behaviorista, na corrente de Skinner. O behaviorismo é uma teoria que descreve o “comportamento observado como uma resposta previsível face á experiência” (Skinner, 1978).

Os behavioristas defendem que “os seres humanos, em todas as idades, aprendem acerca do mundo: reagindo às condições ou aspetos do seu ambiente que acham agradáveis, dolorosos ou ameaçadores” (Skinner, 1978). A nossa escolha baseou-se nesta teoria, ou seja, as crianças têm expetativas sobre o álcool e muitas delas podem ter uma ideia positiva sobre o mesmo, pensando que este lhes possa provocar sensações agradáveis. É necessário que compreendam que o álcool tem consequências nefastas sobre si e sobre os outros e desmistificar a ideia de que o álcool é algo inofensivo.

Numa visão crítica da teoria behaviorista em que o estímulo é a resposta a um reforço (E-R) podemos referir que esta é uma visão demasiado redutora para explicar o comportamento humano. Skinner afirma que “os homens agem sobre o mundo, modificando-o e, por sua vez, são modificados pela consequência da sua ação” (Skinner, 1978), adotando-se assim o que ele chamou de comportamento operante, o qual influencia diretamente a continuação ou o abandono desse mesmo comportamento.

Para Skinner este é um conceito probabilístico, dado que desde que apresente resultados satisfatórios existem fortes probabilidades de se repetir, embora isso não seja uma certeza absoluta, como aconteceria se se tratasse de um conceito determinista (Moroz e Rubano, 2005).

De igual modo, aquilo que uma pessoa considera satisfatório poderá não sê-lo para outra, e o mesmo se passa com resultados desagradáveis, pois nem todos os indivíduos reagem da mesma maneira. Para Skinner o homem é um produto da filogénese, ou seja, da história da sua espécie, da antropogénese, que relata a sua história individual e da sua cultura. O cruzamento entre todos estes fatores molda os gostos e os valores pessoais individualmente (Moroz e Rubano, 2005).

Todo este processo de estágio e de revisão sistemática da literatura é importante para a enfermagem, tendo especial relevo aquando de uma formação complementar de alto rigor científico, que é a especialidade em enfermagem comunitária.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve ser capaz de elaborar um diagnóstico de saúde referente ao indivíduo, família e comunidade, identificar prioridades de atuação e definir e executar e avaliar projetos de intervenção comunitária. Para dar resposta a estas necessidades e atingir a proficiência a que o grau de especialista corresponde, foram estruturadas intervenções baseadas na prática de Enfermagem avançada, que foram realizadas de acordo com a realidade e os recursos disponíveis.

Após a análise crítica ou reflexiva do projeto implementado no decorrer do estágio, considera-se pertinente a sua conclusão com a identificação das competências desenvolvidas, tendo em conta o que foi definido no artigo 4º do Regulamento n.º 128/2011 publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro de 2011. Não sem antes referir que no decorrer do estágio existiram outras intervenções que foram proporcionadas pela enfermeira cooperante e por toda a equipa da UCC, que contribuíram para a aquisição das competências de enfermeiro especialista.

Antes de iniciar a discussão das competências adquiridas, é importante descrever que para cada competência vão ser relatadas, sumariamente, as atividades já anteriormente aprofundadas e concretizadas no estágio que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a aquisição de cada uma das competências:

1. Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

A concretização desta competência definida pela Ordem dos Enfermeiros envolve todo o processo de planeamento nas suas múltiplas etapas.

Procedeu-se, à atualização do diagnóstico, com identificação das necessidades, e seguiu-se a resposta a essas necessidades nomeadamente, a obrigatoriedade de tomar medidas de cariz preventivo no consumo de álcool na infância.

Neste sentido, foi elaborado um projeto de intervenção direcionado às crianças do 3º ano do 1º CEB, que implicou a realização de sessões de educação para a saúde, com a finalidade de prevenir o consumo de bebidas alcoólicas e de alertar para as consequências desse ato.

2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

A capacitação de grupos e comunidades entende-se como o empoderamento ou *empowerment* das populações. O seu objetivo é dar às populações os seus próprios meios para atuarem na gestão e controlo da sua saúde.

Considera-se que esta competência foi atingida, visto que se deu um contributo para a capacitação das crianças ao longo de todas as sessões de EpS realizadas. Estas formações tiveram como objetivo transmitir conhecimentos às crianças, de forma a que estas comecem a perceber o que é o álcool, o prejuízo que este pode trazer para a sua saúde e a desmascarar os mitos do álcool ainda enraizados nesta sociedade.

Tem-se consciência de que as crianças desta faixa etária ainda não têm a capacidade de pensar de forma crítica sobre este assunto, mas têm a capacidade de compreender do ponto de vista intelectual o que é o álcool e o que o seu uso implica, assim como de influenciar positivamente aqueles que as rodeiam, nomeadamente, os amigos e os próprios pais. Tal como refere Piaget (2003), é nesta idade que o indivíduo inicia o processo de reflexão, ou seja, pensa antes de agir, diferente do estágio pré-operatório em que o sujeito age por intuição.

3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

Os projetos de intervenção concretizados integraram-se na totalidade em Programas Nacionais, nomeadamente o Plano nacional de redução dos problemas ligados ao álcool (2009-2012), o Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências (2013-2020) e o Programa Nacional de Saúde Escolar 2013 (vigente na altura da realização do estágio).

Todo o processo de crescimento pessoal e profissional envolvendo a formação, no e para o contexto da prática, segundo Alarcão (2001) advém diretamente da construção do saber através da experiência.

Ao longo do caminho formativo tomar a liderança do processo, tendo como principal motor de crescimento a reflexão, a interação entre a teoria, no seu formato acadêmico e o contexto social, foi essencial para a construção de competências.

O percurso pautou-se pela metodologia do planeamento em saúde que permitiu desenvolver competências do domínio específico da área da Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Ao longo dos anos, os cuidados que os enfermeiros prestam têm em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas e visam um ou mais objetivos fundamentais desta profissão, nomeadamente, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação.

Para além da prestação de cuidados de enfermagem ao longo de todo o ciclo de vida das pessoas, os enfermeiros também prestam cuidados a famílias, grupos e comunidades. Tendo ainda a capacidade de adaptar o tipo e a forma de ensinar consoante o ciclo de vida da pessoa e as suas próprias características, adaptando sempre as decisões à pessoa com quem se pretende intervir. De forma a que todo o processo de ensino seja eficaz.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária transpõe a instituição onde trabalha, ou melhor, o local de trabalho do enfermeiro especialista é a própria comunidade. Isto para que possa adquirir conhecimentos, desenvolver competências e partilhar junto da população, nos bairros, nas escolas, nas empresas, o seu saber e o seu agir.

Os enfermeiros utilizam estratégias de intervenção na comunidade, com a comunidade e para a comunidade, capacitando-a cada vez mais na resolução dos seus próprios problemas/necessidades, recorrendo a instituições e estabelecendo relações de parcerias com as mesmas no contexto da promoção da saúde, na prevenção da doença e na aquisição de ganhos em saúde.

6. CONCLUSÃO

Este relatório apresenta o resultado de uma caminhada que englobou todo o trabalho teórico e clínico desenvolvido ao longo do curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária.

Na base da elaboração deste trabalho esteve a realização de um ensino clínico, que se constitui como uma etapa insubstituível para a formação dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária. Perante a análise reflexiva sobre o Estágio II, pode-se concluir, que este permitiu o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

Relativamente à problemática em questão, verificou-se que o consumo de álcool, como se pode verificar ao longo deste trabalho, é uma realidade dolorosamente presente, de tal modo que se tem tornado num verdadeiro problema de saúde pública que afeta a nossa sociedade.

Verificou-se também, através da revisão sistemática da literatura, que os projetos de educação para a saúde focados na prevenção do consumo do álcool deveriam iniciar-se antes da entrada na adolescência.

No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas por parte das crianças, bem como as suas estratégias de prevenção, a literatura é escassa. A maioria da evidência neste campo refere-se a uma faixa etária mais velha, principalmente, adolescentes e jovens adultos. Existe, na verdade, uma necessidade real de haver mais pesquisas relacionadas com crianças mais jovens, atendendo às alterações dos estilos de vida familiares que precipitam o consumo de álcool em idades mais precoces do que a adolescência.

Quando se iniciou este estágio o autor encontrava-se fortemente motivada pelo facto de poder trabalhar uma temática que desde sempre despertou o meu interesse. Ao longo de todo o estágio essa motivação não decresceu, tendo-se renovado continuamente à medida que ia adquirindo mais conhecimentos, demonstrando o quão gratificante pode ser o processo de aprendizagem numa área que nos apaixona. Para isso contribui também a excelência dos profissionais que me acompanharam, cujo auxílio foi precioso e a quem quero dirigir os meus mais sinceros agradecimentos.

Ao concluir este percurso, crê-se que as competências construídas nesta área da enfermagem irão permitir uma prática mais informada, até na relação com os pares, enfermeiros do serviço de urgência, onde o autor desempenha funções, alertando os colegas para a importância da educação para a saúde, a qual é passível de ser realizada nos mais diversos contextos e situações de saúde. A visibilidade da profissão deve ser construída e fundamentada através da construção de competências e de conhecimentos científicos atualizados, daí a importância da revisão sistemática da literatura a que se recorreu para este relatório, no sentido de

que com base na evidência científica se enquadre a prática clínica, visando a procura de um conhecimento cada vez mais atualizado.

Foram sentidas algumas dificuldades iniciais na elaboração deste documento, principalmente, por ser difícil resumir e descrever o essencial do trabalho desenvolvido ao longo de todo o estágio, mas, também, devido ao período que decorreu desde a realização do estágio à realização do relatório. Embora estas dificuldades tivessem estado presentes, as mesmas serviram como um incentivo na busca pelo conhecimento em relação a esta temática e, no final, considera-se que os objetivos inicialmente propostos na elaboração do relatório foram atingidos com sucesso. Muitos dos momentos vividos ao longo deste percurso são difíceis de descrever por palavras, pela sua intensidade e, por muitas vezes, estarem revestidos de imprevisibilidade. Procurou-se, ainda assim, apresentar e refletir, de forma clara e fundamentada, os objetivos propostos ao longo do estágio, bem como a descrição das atividades realizadas para os concretizar.

As conclusões deste processo permitem deixar algumas sugestões, as quais se pensa que poderão, de alguma forma, contribuir para melhorar os cuidados e a qualidade de vida da comunidade. Estas incluem a necessidade de promover, junto dos pais e de toda a comunidade, uma maior consciencialização do problema do consumo do álcool na infância, uma identificação mais precoce das crianças/jovens afetados, bem como a existência de equipas multidisciplinares devidamente capacitadas para colocar em prática intervenções eficazes e direcionadas especificamente para cada grupo alvo.

Todas as escolas deveriam ter projetos de educação para a saúde, direcionados para os problemas existentes nessa comunidade e com a capacidade de se articular com as diversas equipas multidisciplinares, nomeadamente, das áreas da saúde, da educação, do serviço social, das forças de segurança e das autarquias locais.

A última sugestão dirige-se a toda a comunidade académica e destina-se a alertar para a importância da investigação científica e da prática baseada na evidência. É fundamental continuar a investir nesta área e na divulgação dos seus resultados, pois só assim se poderão melhorar as práticas clínicas e formar profissionais de saúde dotados dos conhecimentos mais atualizados.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I. (2001.) Formação Reflexiva. *Revista Referência*, 6, pp.53-59.
- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23, pp. 91-96.
- Alves, H. (2010). Adolescência e álcool: não misture. *Revista Ser Médico*, 50, p. 22. Acedido em 7 de março de 2014 em <http://www.cremesp.com/?siteAcao=Revista&id=461>.
- Amorim, C. (1999). *Para a autonomia de opção*. *Revista Trajectos e Projectos*, 1, pp. 17-21.
- Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2013). *III Inquérito ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012* (Relatório preliminar). Disponível em http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2013/Relatorio%20Preliminar_06052013.pdf.
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. & Pascueiro, L. (2011). *O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: prevalências e padrões de consumo 2001 – 2007* (Coleção Estudos – Universidades). Lisboa: IDT, IP.
- Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2008). *II Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população em geral - 2007*. Lisboa: IDT, I.P.
- Balsa C, Vital C., Urbano C., Pascueiro, L., (2007). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na população em geral*. Universidade Nova de Lisboa. Colecção Estudos – Universidades. Portugal: Instituto da Droga e da Toxicodpendência.
- Barrett, B. H., et al. (1991). The right to effective education. *The behavior analyst*, 14, PP. 79-82
- Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso de álcool*. Loures: Lusociência.
- Bessa, M. (1994). Investigação em enfermagem. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 1, pp.7-14.

- Borges, S., Correia, Z. (2001). Álcool e Adolescência. *Revista Nascer & Crescer*, 4 (10), pp. 285-289.
- Breda, J. J. (2010). *Problemas Ligados ao Álcool em Portugal, contributos para uma estratégia compreensiva*. Dissertação de Doutoramento da Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação. Porto: Universidade do Porto.
- Breda, J. (1996). Bebidas alcoólicas e jovens; um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes. *Revista Sociedade Portuguesa de Alcoologia*. Vol. XI (nº3, Outubro/Março).
- Cabral, L. (2007). *Consumo de bebidas alcoólicas em rituais/praxes académicas*. Tese de doutoramento não publicada. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Cabral, L., Farate, C., Duarte, J. (2007). Representações sociais sobre o álcool em estudantes do Ensino Superior. *Revista Referência*, 2.
- Carapinha, L., Calado, V., Lavado, E., Dias, L. & Ribeiro, C. (2014) *Os Jovens, o Álcool e a Lei: Consumos, atitudes e legislação*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).
- Charlène, F. P. (2011). *Relatório De Estágio*. Dissertação de mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Dias, M. J. M. C. (1992). Conceitos dos Modelos Teóricos de Enfermagem baseados na abordagem sistémica. *Revista Enfermagem em Foco*, p. 46- 49.
- Decreto-Lei Nº106/2015 de 25 agosto. Diário da República N.º 165/2015 de 25 de agosto - 1.ª série. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Decreto-Lei Nº106/2013 de 16 junho. Diário da República N.º 115/2013 de 16 de junho - 1.ª série. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Decreto-Lei Nº50/2013 de 16 junho. Diário da República N.º 74/2015 de 16 de junho - 1.ª série. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Decreto-Lei Nº9/2002 de 24 janeiro. Diário da República N.º 20/2002 de 24 de janeiro - 1.ª série. Ministério da Saúde: Lisboa.

- Direção Geral De Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde Escolar 2013*. Lisboa.
- Direção Geral De Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2002). *Direção Geral de Saúde. Orientações Técnicas 12. Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação*. Lisboa, 2ª edição.
- Donaldson, L. (2009) *Guidance for health and social care professionals on the consumption of alcohol by children and young people*. Disponível em http://dera.ioe.ac.uk/872/1/dh_110256.pdf
- Erikson, E. H. (1987). *Infância e Sociedade*. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Feijão, F., & Lavado, E. (2003). *Os adolescentes e o álcool: Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e droga*. Disponível em http://www.idt.pt/media/relatorios/investigacao/ECATD/ecatd_Alcool.pdf
- Feijão, F. (2007). *Relatório ESPAD 2007*. IDT. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/ESPAD07.pdf>
- Feijão, F. (2006) *Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) – 2006. Consumo de Drogas e outras substâncias Psicoativas*. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/2008/04/18/inqueritoNacMeioEscolar.pdf>
- Feijão, F. (2006) *Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME) – 2011. Consumo de Drogas e outras substâncias Psicoativas*. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/2008/04/18/inqueritoNacMeioEscolar.pdf>
- Feijão, F. (2009). *ESPAD 2007 - European School Survey project on Alcohol and other Drugs*. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/ESPAD07.pdf>
- Feijão, F. (2010). Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Revista toxicodependências*, 16, 29-46. Acedido em 2 de Outubro de 2010 em http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Text3Vol16_n1E.pdf

- Feijão, F., Lavado, E. Calado, V. (2012). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas ECATD/ESPAD Portugal /2011*. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>.
- Fleming, S., Robinson, P. (2001). *Grief and cognitive-behavioral therapy: The reconstruction of meaning*. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Ed.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. American Psychological Association. pp. 647-671
- Fontes, R. (2007). *Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nas crianças e adolescentes. Estudo de impacto de um projeto de intervenção*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7267/2/xtese4.pdf>
- Goldberg, J. H., Halpern-Felsher, B. L., & Millstein, S. G. (2002). Beyond invulnerability: the importance of benefits in adolescents' decisions to drink alcohol and smoke marijuana. *Biennial Meeting of the Society for Research on Adolescence*. Acedido em 25 Junho, 2014, de http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/1a/01/ba.pdf.
- Gomes, T. M. C. (2012). *Consumo de Bebidas Alcoólicas em Crianças do 1º Ciclo e Seus Fatores Influenciadores*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Gonçalves, A. (2008). *Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares*. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança, Área de especialização em Saúde Infantil. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança.
- Grácio, J.C.G. (2009). *Determinantes do consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes do ensino superior de Coimbra*. Dissertação de mestrado em saúde pública. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Hall, C. et. al (2000). *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Higgins, J., Green, S. (20014) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2. The Cochrane Collaboration*. Disponível em www.cochrane-handbook.org.
- IAS (2004) *“Binge drinking”: Nature, Prevalence and Causes*. Institute of Alcohol Studies. Disponível em <http://www.ias.org.uk>.

- Instituto da Droga e Toxicodependência (2009). *Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2009 – 2012*. Lisboa
- Instituto da Droga e Toxicodependência (2010). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool*. Lisboa
- Instituto De Gestão Financeira Da Segurança Social, I. P. (2013). *Plano Estratégico 2013-2015 Revisão 1 – Dezembro 2013*
- James, I., Andershed, B., Gustavsson, B., & Ternstedt, B., (2010). Emotional knowing in nursing practice: In the encounter between life and death. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5, pp. 2
- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto de 1990, da República Portuguesa, a **Lei de Bases da Saúde**.
- Lundborg, P., & Lindgren, B. (2002). Risk perceptions and alcohol consumption among young people. *The Journal of Risk and Uncertainty*, 25(2)
- George, J. B. (1993). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maher, L. (1997). *Sexed work. Gender, race and resistance in a Brooklyn drug market*. New York: Oxford University Press.
- Mather, P. M. (1999). *Computer processing of remotely-sensed images: an introduction*. Chichester: John Wiley & Sons, 2ª edição.
- Marques, T. I. N. (2013). *A implementação e materiais pedagógicos no 1º Ciclo*. Dissertação de mestrado do ensino do 1º ciclo do ensino básico (Pré-Bolonha). Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.
- Matos, M. G. (2008). Adolescências e seus contextos: o Estudo HBSC/OMS. In M. G. Matos (Coord.) *Consumo de substâncias: estilo de vida? à procura de um estilo?* Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Matos, M. G. Diniz, J. Simões, C. (2011). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)–Dados Nacionais 2010*. Lisboa: Equipa do Projeto Aventura Social. Acedido a 28 de Julho de 2014 e disponível em http://aventurasocial.com/verartigo.php?article_id=66

- Mello, M. L. M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: prioridades para 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde
- MICHEL, O. R. (2002). *Álcool, drogas e alucinações: como tratar*. Rio de Janeiro : Editora Revinter.
- Moreira, M. A. (2009). *Teorias de Aprendizagem*. São Paulo: Epu.
- Moroz, M. & Rubano, D. R. (2005). Subjectividade: a interpretação do Behaviorismo Radical. *Psicologia da educação*, 20 (1).
- Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª ed.,. USA: Library of Congress.
- O'Neill, J.M.; Clark, J. K.; Jones, J. A. (2010). Promoting Mental Health and Preventing Substance Abuse and Violence in Elementary Students: A Randomized Control Study of the Michigan Model for Health. *Journal of School Health*; 81, pp 55-70.
- Ordem dos enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública*. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Organização Mundial Saúde (1986) *Carta de Ottawa*. Acedida em 8 de Agosto de 2014 e disponível em <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
- Organização Mundial Saúde (1995). *Carta Europeia do Álcool*. Acedido em 7 de Julho de 2014 e disponível em <http://saap.planetaclix.pt/saap/cartaeu.htm>
- Organização Mundial de Saúde (2005) *Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.
- Pereira, M. M. (2003). *Consumo de Álcool na Adolescência e Relações Parentais*. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos. Acedido em 8 de Setembro de 2014 e disponível em <http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/99/103>

- Piaget, J. (2003). *Seis estudos de psicologia*. Tradução Maria Alice Magalhães D' Amorim e Paulo Sergio Lima Silva. 24 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, Augustos F. P. (2001). Álcool, entre o gosto e o desgosto, o drama português. *Cadernos de Bioética*. Edição do Centro de Estudos de Bioética, 25, pp. 63-75.
- Pineault, R. & Daveluy, C. (1987) *La planificación Sanitária: Conceptos, Métodos, Estrategias*. 1.^a edição. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión.
- Rabello, E. T. (2001). *Personalidade: estrutura, dinâmica e formação – um recorte eriksoniano*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- Rodrigues, V. S. (2008). *Estudo das habilidades sociais em tabagistas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Faculdade de Psicologia PUCRS, Porto Alegre, Brasil. Disponível em <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4761/1/000410377-Texto%2bCompleto-0.pdf>
- Santos, F. R. C. (2010). *Legislação e Álcool. Opiniões e Contradições*. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Santos, C. C., Pimenta, C. A.; Nobre, M. C. (2007). The pico strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-americana. Enfermagem*, 15, pp. 508-511.
- Sarmiento, M. (2004). *As culturas da infância nas encruzilhadas da segunda modernidade. Crianças e miúdos - perspectivas sócio-pedagógicas da infância e educação*. Porto: Edições ASA.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Fórum Nacional Álcool e Saúde – Relatório 2010-2012*. Lisboa
- Settertobulte, W., Jensen, B., & Hurrelman, K. (2001). *European Ministerial Conference on Young People and Alcohol*. Acedido em 25 Julho, 20014, de <http://www.euro.who.int/document/E71921.pdf>.
- Skinner, B. F. (1978) *Can we profit from our discovery of behavioral science. - Reflections on Behaviorism and Society*. New Jersey: Prentice Hall.

- Sprinthall, N. A. & Sprinthall, R. C. (1997). *Psicologia educacional - Uma abordagem desenvolvimentista* (Cap. 21). Alfragide: McGraw-Hill de Portugal Lda.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tomey, M.; Alligood, M. (2004) *Teóricas de Enfermagem e a sua obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial: Erik Erickson*. 1ªed. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Vigotski, L.S. (2000). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- West, B.; Abatemarco, D.; Ohman-Strickland, P.; Zec, V.; Russo, A.; Milic, R. (2008). Project Northland In Croatia: Results And Lessons Learned. *J. Drug education*, Vol.38(1).
- White, H., & Jackson, K. (2005). Social and psychological influences on emerging adult drinking behavior. *Alcohol Research and Health*, 28(4).
- White, D., Buckley, E. & Hassan, J. (2004). *Literature Review of the Role of External Contributors in School Drug, Alcohol and Tobacco Education*. Nottingham: Staffordshire University.
- White HR, Johnson V, Buyske S. (2000). *Parental modeling and parenting behavior effects on offspring alcohol and cigarette use. A growth curve analysis*. *J Subst Abuse*
- World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health*. WHO Press.
- World Health Organization (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. WHO Press.
- World Health Organization (2010). *World health statistics 2010*. France: WHO Press.

- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Dis-orders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO.
- Zeigler, D. W., Wang, C., Yoast, C., Dickinson, B., McCaffree, M., Robinowitz, C., & Sterling, M., (2005). Os efeitos neurocognitivos do álcool nos adolescentes e estudantes universitários. *Revista Cérebro Toxicodependente*, 2, pp. 40-48.

ANEXO I – PROJETO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO I

“Brincar e Crescer no Mundo da Saúde – Os riscos de Álcool



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

3º CURSO DE PÓS LICENCIATURA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Unidade Curricular: Estágio I

“Brincar e Crescer no Mundo da Saúde – Os Riscos do Álcool”

Trabalho elaborado por:
Ana Rita Ramos

Professora Orientador:
Irene Santos
Enfermeiras orientadoras:
Albertina Mendonça
Corina Freire

“A educação de uma criança começa 100 anos antes dela nascer.”

Napoleão Bonaparte

ÍNDICE

ÍNDICE DE Quadros	4
CHAVE DE SIGLAS	5
INTRODUÇÃO	6
1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DO CONCELHO DO CARTAXO	8
2. ESTRUTURA ORGANICO FUNCIONAL DA UNIDADE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO	12
3. PROJECTO “BRINCAR E CRESCER NO MUNDO DA SAÚDE – O ÁLCOOL”	13
3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	13
3.1.1. PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL	18
3.1.2. PROBLEMA EM ESTUDO E RELEVÂNCIA DO PROJECTO	19
3.2. METODOLOGIA	21
3.2.1 – DESTINATÁRIOS DO PROJETO	22
3.2.2 – OBJECTIVOS	22
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	25

ÍNDICE DE Quadros

Quadro 1 – Número de estabelecimentos e níveis de ensino do concelho do Cartaxo 10

CHAVE DE SIGLAS

EpS – Educação para a Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados na comunidade

INTRODUÇÃO

Integrado na Unidade Curricular Estágio II, inserido no plano de estudos do 2º ano, 1º semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSH, pretende-se o desenvolvimento de um projecto de estágio que funcione como instrumento orientador e matriz de acompanhamento operacional, que avalie a cada momento o percurso desenvolvido.

Um projecto pressupõe uma margem considerável de iniciativa e autonomia por parte de quem realiza, tornando-se estes responsáveis pelo seu trabalho e pelas escolhas ao longo das sucessivas fases do seu desenvolvimento.

A saúde da comunidade tem sido objecto de estudo e de atenção por parte de diferentes intervenientes e sectores. Esta tendência tem-se acentuado ao longo das últimas décadas, fruto de se pretender conquistar mais saúde para todos ao longo do ciclo de vida.

A metodologia do Planeamento em Saúde permite dar resposta aos problemas/necessidades de saúde prioritários (Imperatori e Giraldes, 1993), sendo indispensável a mobilização das pessoas (utentes e profissionais) e dos serviços, de modo a melhorar a saúde das populações e reduzir os riscos existentes, adoptando uma filosofia com base no “empowerment” dos cidadãos, fazendo deles a força motriz para a mudança.

Nesta perspectiva, 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 (OE, 2010).

A abordagem teórica feita em unidades curriculares anteriores revelou o processo de empowerment como motor de forças do sistema familiar para enfrentar crises e transições, de uma forma autónoma, participativa e responsável. É então necessário identificar, avaliar e tornar explícitos esses recursos para estimular a emergência de novas forças e a gestão eficaz da saúde/doença.

O consumo de bebidas alcoólicas tem sido, manifestamente, muito bem tolerado pela sociedade portuguesa. É associado à diversão, a comemorações, a brindes, a

cerimónias religiosas, a hábitos sociais, a tradições, à medicina e até como fonte de inspiração. Pese embora o preceito legal que estabelece a proibição de venda e consumo de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos, a quem se apresente notoriamente embriagado ou a quem aparente possuir anomalia psíquica (Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro), o consumo de bebidas alcoólicas não é visto, pela mesma sociedade, como se de uma droga se tratasse (Tavares, 2011)

Consequentemente, não é difícil ao comum dos cidadãos observar a venda de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos, nos vários tipos de estabelecimentos comerciais, assim como notar alguma falta de fiscalização por parte das entidades competentes para a fazerem.

Por outro lado, hoje em dia ainda se encontra a ideia de que algumas pessoas são dependentes do consumo de bebidas alcoólicas mas, ainda assim, esta dependência é encarada como um estado de vontade, mais ou menos passageira, que pode vir a desaparecer apenas pela mudança de atitude. Não é comum associar-se esta dependência a um problema de saúde mental, quando de facto o é (Tavares, 2011).

Uma simples curiosidade ou um mero hábito social pode conduzir a estados de dependência, cujas consequências a nível biológico, social, psicológico, emocional, económico, conseguem condicionar todo o percurso de vida. Para além disso, o consumo está intimamente enraizado a determinados mitos e concepções alternativas acerca dos efeitos do álcool no organismo, que dificultam a mudança de mentalidades e de comportamentos.

A escola tem sido apontada como um dos locais privilegiados para trabalhar no âmbito da educação para a saúde, sendo esta, facilitadora da mudança de atitudes e de comportamentos face ao consumo de álcool. A escola pode e deve assumir-se como promotora de estilos de vida saudável, mas não pode nem deve fazê-lo sozinha, mas sim em parceria com os cuidados de saúde, nomeadamente com os enfermeiros especialistas em saúde comunitária.

É deste teor e da reflexão pessoal sobre toda esta temática, assim como o gosto, motivação e interesse pela melhoria da qualidade de vida do cidadão, conseguindo prevenir

comportamentos aditivos que podem provocar dependência e alterações graves numa vida futura, que se integra este projecto de estágio.

Importa referir que o presente documento deverá ser delineado no sentido de reflectir necessidades e objectivos pessoais, servindo de guia orientador pessoal ao longo do ensino clínico e de base no processo de reflexão crítica que culminará na elaboração do relatório final.

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DO CONCELHO DO CARTAXO

O Diagnóstico da Situação de Saúde de uma determinada comunidade consiste na identificação dos principais problemas/necessidades de saúde, que conduzem à identificação da sua situação de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Para um melhor entendimento e compreensão das necessidades de saúde da população abrangida pela UCC do Cartaxo é fundamental ter conhecimento do contexto socio-cultural da mesma como dos recursos existentes na comunidade, para que se possam planear com eficácia formas de intervenção.

O presente capítulo foi construído com base nos dados disponíveis no plano de acção da UCC do Cartaxo, no Diagnóstico Social do Cartaxo realizado em 2006 e pelas estatísticas do INE 2011. Esta agregação de dados foi preponderante para se identificarem alguns problemas, necessidades e vulnerabilidades do concelho e da sua população. Como tal, é inicialmente apresentada uma breve caracterização sócio demográfica do Concelho, seguida da descrição da orgânica física e funcional unidade.

O concelho do Cartaxo tem uma área aproximada de 158,28 km² sendo um dos vinte e um concelhos que constituem o distrito de Santarém. Está situado na margem direita do rio Tejo, é limitado a Norte pelo concelho de Santarém, a Sul pelos de Salvaterra de Magos e da Azambuja, a Este por Salvaterra de Magos e Almeirim e a Oeste pelo da Azambuja.

O desenvolvimento desta cidade deve-se sobretudo à vitivinicultura e à fama dos seus vinhos, quer em Portugal quer no estrangeiro. Este fato deve-se ao foral que fora concedido pelo Rei Lavrador, que determinava que se perdoavam determinadas contribuições a todos aqueles que plantassem vinhas. Segundo reza a lenda, a Rainha Santa Isabel quando se dirigia ao Mosteiro de Almoester em peregrinação passava sempre por aqui. De acordo com a tradição, foi esta rainha que principiou a chamar Cartaxo ao sítio onde se formou este lugar, em consequência de ali existir grande número de aves com o mesmo nome.

Atualmente o Cartaxo é constituído pelas freguesias do Cartaxo com 11370 residentes, Ereira com 636 residentes, Lapa com 1200 residentes, Pontével com 4614

residentes, Valada com 421 residentes, Vale da Pedra com 1755 residentes, Vale da Pinta com 1295 residentes e Vila Chã de Ourique, com 2771 residentes.

Dotado de elevada centralidade no espaço regional e nacional, o concelho revelou, na última década, uma relevante atractividade populacional dadas as boas condições de habitabilidade e qualidade de vida que tem vindo a oferecer.

O concelho do Cartaxo, embora mantendo ainda uma vocação agrícola importante assente na modernização da viticultura, registou nos últimos anos uma evolução interessante na sua base económica por influência dum processo crescente de integração metropolitana. A sua interdependência com os concelhos de Azambuja e Santarém, aliada a alguma dinâmica interna, tem contribuído para uma dinâmica demográfica forte e um desenvolvimento económico e social assinalável, apresentando por isso valores de poder de compra e de desenvolvimento social superiores à média regional.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, em 2001 a população residente do concelho era de 23389 habitantes, existiam 8894 famílias e 11295 alojamentos. Em 2011 assistiu-se a um aumento da população visto que, a população residente era de 24462 habitantes, existiam 9574 famílias e 13352 alojamentos.

No Município do Cartaxo existem estabelecimentos de ensino e educação que abrangem o ensino pré-escolar, o ensino básico e o ensino secundário:

- **Pré-escolar:** abrange os alunos dos 3 anos de idade até ao primeiro ano de ingresso no ensino básico (sendo a frequência deste nível facultativa, embora fundamental para o estímulo da capacidade dos discentes), estando presente nas oito freguesias através de seis estabelecimentos públicos e duas instituições particulares de solidariedade social;
- **1º Ciclo do Ensino Básico:** engloba quatro anos de escolaridade, procurando assegurar a formação integral dos alunos nas suas diversas dimensões, estando a oferta assegurada em catorze estabelecimentos públicos localizados nas oito freguesias do concelho;

- **2º e 3º Ciclos do Ensino Básico:** englobam cinco anos de escolaridade, que proporcionam a aquisição e desenvolvimento das competências e conhecimentos de base, sendo lecionados em duas escolas de tipologia EB 2,3, localizadas na cidade do Cartaxo e na vila de Pontével; o 3º ciclo é ainda ministrado na Escola Secundária com 3º Ciclo do Cartaxo;
- **Ensino Secundário:** os 10º, 11º e 12º anos de escolaridade de frequência, neste momento obrigatória, procuram dar sequência e aprofundar os objectivos do ensino básico preparando os jovens para o ensino superior e/ou para a inserção no mercado de trabalho, são leccionados na escola secundária localizada na sede de concelho.

Quadro 1 – Número de Estabelecimentos e Níveis de Ensino no Concelho do Cartaxo

FREGUESIA	PRÉ-ESCOLAR	1º CICLO (E. BÁSICO)	2º CICLO (E. BÁSICO)	3º CICLO (E. BÁSICO)	ENSINO SECUNDÁRIO	ENSINO PROFISSIONAL	ENSINO SUPERIOR
Cartaxo	1*	3	1	2	1	--	--
Ereira	1*	1	--	--	--	--	--
Lapa	1	1	--	--	--	--	--
Pontével	1	4	1	1	--	--	--
Valada	1	1	--	--	--	--	--
Vale da Pedra	1	1	--	--	--	--	--
Vale da Pinta	1	1	--	--	--	--	--
Vila Chã de Ourique	1	2	--	--	--	--	--
Total	8	14	2	3	1	0	0

* Estabelecimento da Rede de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

Fonte: Câmara Municipal do Cartaxo.

A distribuição territorial dos estabelecimentos de ensino no município do Cartaxo faz realçar a importância da cidade, uma vez que é aí que são ministrados todos os níveis de ensino, desde o pré-escolar ao secundário, passando pelos três níveis do ensino básico. A vila de Pontével apresenta também uma importância relevante, uma vez que constitui o

único centro (além da sede de concelho) onde os 2º e 3º ciclos do ensino básico são ministrados.

O concelho do Cartaxo tem a seguinte organização escolar:

- **Agrupamento vertical D. Sancho I**, englobando a escola sede EB 2/3 de Pontével, e integrando ainda as Escolas Básicas do 1º ciclo da freguesia de Pontével (Pontével, Casais Amendoeira, Casais Lagartos e Casais Penedos) e das freguesias de Vale da Pinta, Ereira, Lapa e Vale da Pedra. Este agrupamento engloba também os Jardins de Infância da rede pública localizados respectivamente em Pontével, Vale da Pinta, Lapa e Vale da Pedra.
- **Agrupamento Vertical Marcelino Mesquita** constituído pelas Escolas Básicas do 1º Ciclo da cidade do Cartaxo, Valada e Vila Chã de Ourique, pelos Jardins-de-Infância de Vila Chã de Ourique e Valada, a Escola Secundária do Cartaxo e ainda pela Escola Básica do 2 e 3º ciclos José Tagarro do Cartaxo, onde está sediado o agrupamento.

Importa referir que o presente projecto apenas vai incidir sobre as escolas do 1º ciclo do agrupamento de escolas Marcelino Mesquita, sendo estas:

- Escola Básica do 1.º Ciclo N.º 1 do Cartaxo
- Escola Básica do 1.º Ciclo N.º 2 do Cartaxo
- Escola Básica do 1.º Ciclo N.º 3 do Cartaxo
- Escola Básica do 1.º Ciclo N.º 1 de Vila Chã de Ourique
- Escola Básica do 1.º Ciclo de Valada

2. ESTRUTURA ORGANICO FUNCIONAL DA UNIDADE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CARTAXO

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Cartaxo, até á data, pertence ao agrupamento de centros de saúde (ACES) da Lezíria, este tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população dos concelhos de Azambuja, Cartaxo, Golegã, Rio Maior e Santarém, numa área territorial de 1.328,70 km² com quarenta e um locais de atendimento, visando a obtenção de ganhos em saúde para a população.

Por sua vez a UCC do Cartaxo tem por missão cooperar na melhoria do estado de saúde da população do concelho do cartaxo, visando obtenção de ganhos em saúde através da intervenção de uma Equipa Multidisciplinar que atua em parceria com várias entidades do concelho. A Equipa Multidisciplinar integra sete áreas profissionais: Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Medicina, Higiene Oral e Cardiopneumologia.

De acordo com o Projeto de Criação da Equipa de Cuidados Integrados (2008), a respetiva unidade abrange a população do Concelho do Cartaxo segundo critérios de inclusão sendo eles: a frequência de cuidados de saúde domiciliários, superior a uma vez por dia, a prestação de cuidados que exceda 1h e 30m por dia em pelo menos três dias por semana, a necessidade de cuidados domiciliários, para além dos dias úteis ou fora do horário compreendido entre as 8h e as 17h, a necessidade de cuidados que requeiram um grau de diferenciação que exceda as atividades da carteira básica das Unidades de Saúde Familiar (USF'S), nomeadamente nas áreas do Apoio Social da Fisioterapia, da Terapia Ocupacional, da Psicologa, da Higienista Oral, da Cardiopneumologista, entre outros e que devido à situação de dependência tenham de ser avaliados e/ou tratados no domicílio Importa referir também que, a carteira de serviços da Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo está divida por quatro grandes áreas sendo elas a equipa de cuidados continuados integrados, as classes de mobilidade, a parentalidade e a saúde escolar.

3. PROJECTO “BRINCAR E CRESCER NO MUNDO DA SAÚDE – O ÁLCOOL”

Conhecido o contexto físico e social do local de estágio, em anexo estão descritos os objectivos específicos elaborados, bem como as actividades propostas para a sua concretização, os quais partiram dos objectivos gerais definidos no guia orientador do ensino clínico (ANEXO I).

Como é possível verificar através do plano de actividades, o grande cerne do presente ensino clínico prende-se com o desenvolvimento de um projecto de intervenção, o qual parte de uma inquietação pessoal perante a temática escolhida indo, também, ao encontro de projectos previstos na UCC, conjugando assim necessidades de formação do aluno com o desenvolvimento da unidade funcional referida. Seguidamente, passa-se a descrever-se o projecto em questão, iniciando-se com um pequeno enquadramento teórico da área seleccionada.

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

No Ocidente, as substâncias consumidas em maior quantidade são o álcool, a nicotina e a cafeína, considerando-se o álcool a mais destrutiva de todas elas (Schuckit, 1998). Efectivamente, nas sociedades ocidentais, o êxito social e a procura de prazer tornam o álcool “o rei de todas as drogas” (Calafat, 2002), “a droga social por excelência”, estando presente em fins-de-semana e tempo livre, começando a deixar de estar associado à alimentação (Calafat & Munar, 1999).

Em países como a França, Portugal, Espanha, Itália, Hungria, Suíça e Roménia, o vinho é a bebida alcoólica preferida, enquanto em países como a Grã-Bretanha, Irlanda, Luxemburgo, Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Áustria, República Checa e Eslovénia a preferência recai sobre a cerveja e em países como a Noruega, Finlândia, Islândia, Holanda e Polónia a bebida que lidera as preferências são os licores (Pascual, 2002).

O consumo de álcool é um comportamento social, associado a tradições de convivialidade, pois as características psicotrópicas do etanol, em doses baixas, permitem uma feliz partilha, contudo, este consumo social não pode ser confundido com o consumo dependente, consistindo este último numa relação patológica com o álcool (Adès & Lejoyeux, 1997).

Apesar de se conhecerem, desde a Antiguidade, os efeitos do álcool e em diferentes obras literárias se fazer referência à necessidade de os evitar, só na segunda metade do século XIX surge o conceito de alcoolismo como doença (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Em 1952, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o alcoolismo como uma doença. No entanto com o aumento do consumo de álcool e as consequências daí resultantes, em 1977, a OMS apresenta-o não como uma doença definida, mas com todos os problemas que o consumo de álcool pode provocar no indivíduo, a nível físico e psíquico, e nas suas relações familiares, sociais e profissionais bem como as suas consequências legais, morais e económicas (Esquerdo, 2001).

Em 1979, o termo alcoolismo acaba por ser substituído pela designação Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA), a qual engloba toda a multiplicidade de problemas associados ao consumo excessivo de álcool (Esquerdo, 2001).

Essa definição não sendo considerada satisfatória, por se referir apenas à doença física, psíquica e social do indivíduo, a OMS, em 1980 apresenta a expressão Problemas Ligados ao Álcool (PLA), a qual representa uma perspectiva mais alargada das consequências associadas ao consumo de álcool, as quais atingem o indivíduo, a família e a comunidade em geral (Mello *et al.*, 2001).

Dado o consumo de álcool em doses excessivas e sem controlo poder vir a tornar-se uma grave dependência, é necessário iniciar uma intervenção precoce. Para isso, é de fulcral importância analisarem-se as particularidades da adolescência e quais os significados atribuídos pelos jovens ao consumo de álcool.

A adolescência é uma fase de grandes mudanças biológicas, psíquicas, sociais e simbólicas, onde os sonhos, desafios e a procura de novidade preenchem a imaginação do adolescente (Oliveira & Luís, 2005). É, ainda, caracterizada pela formação da identidade, pelo choque de valores e pela elevada sensibilidade à imagem e à reputação (Krugman *et al.*, 2005). Nesta fase crítica da vida, ocorre o desenvolvimento das relações familiares, interpessoais, institucionais e destaca-se a crescente importância dos contextos sociais extra familiares (Boardman *et Onge*, 2005).

Neste período, os jovens ainda são muito impressionáveis e vulneráveis aos múltiplos factores ambientais que, de uma forma positiva ou negativa, influenciam os seus comportamentos futuros (Fullerton e Ursano, 1994).

Os jovens são particularmente sensíveis à sua imagem e reputação e mais impressionáveis às promoções de estilos de vida, como o alcoolismo, que lhes surgem de uma maneira directa ou indirecta. Esses estilos de vida, em termos de imagem e de comportamento, são percebidos como corretos e conduzem os jovens a procurarem ativamente ajustamentos nas suas relações com os seus pares (Krugman *et al.*, 2005).

O esquema cognitivo dos adolescentes produz distorções. Uma primeira distorção é considerarem os outros como uma audiência invisível, acreditando que todos à sua volta estão constantemente a monitorizá-los. Este egocentrismo leva a uma segunda distorção: os jovens percebem que são únicos, que estão para além da vida vulgar dos pais e imunes a todos os males. Esta visão pode prolongar-se por toda a adolescência e conduzir os jovens a adotarem comportamentos de risco (Krugman *et al.*, 2005).

A adolescência é, então, uma fase privilegiada de aquisição de muitos dos hábitos de vida, saudáveis ou não e, representa, por isso, um momento fundamental para que se interfira no sentido preventivo, visando a promoção da saúde não só nesta fase, mas também na vida adulta. Para o sucesso das intervenções de prevenção dos comportamentos de risco, torna-se fundamental conhecer os seus factores determinantes (Simões, 2007).

As teorias da aprendizagem social defendem que os hábitos de consumo de álcool, na adolescência, são adquiridos, primariamente, a partir dos seus modelos mais próximos como os familiares e os pares (Duncan *et al.*, 2005). A escola, a facilidade de acesso, os *mass media*, o conhecimento, as percepções e a hereditariedade constituem, igualmente, factores que influenciam estes consumos. O hábito de consumir bebidas alcoólicas e a sua dependência são, então, consequência de uma complexa rede de influências biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

A família desempenha um papel muito importante na prevenção do consumo de bebidas alcoólicas. O clima familiar e as práticas parentais são decisivos na aquisição destes hábitos e de outros comportamentos de risco (Duncan *et al.*, 2005). De acordo com o modelo de Paterson (1992), referenciado por Duncan e colaboradores (2005), relativo aos factores de risco e aos problemas comportamentais, um baixo envolvimento familiar e fracas práticas parentais colocam as crianças em alto risco de engranar em problemas comportamentais.

Similarmente, na teoria da socialização familiar, a supervisão parental constitui uma dimensão chave nesta questão (Guilamo-Ramos *et al.*, 2004 *in* Duncan *et al.*, 2005). A investigação sugere que uma baixa monitorização e disciplina estão associadas aos

consumos de álcool em adolescentes. Por outro lado, a coesão familiar pode desempenhar um papel protector destes consumos nos adolescentes (Duncan *et al.*, 2005).

O papel da família é de particular importância, dado que na maioria dos casos a introdução ao álcool surge durante as festas de eventos familiares. O consumo continuado de álcool parece depender do padrão de consumo dos pais, que são o primeiro modelo de consumo dos jovens, e dos restantes familiares. Outras características familiares influenciam também o consumo de álcool: discussões familiares, dificuldades financeiras, desemprego, violência e agressões familiares, divórcio, falta de comunicação com os pais, permissividade e severidade dos pais. Quando os conflitos familiares são resolvidos na base de uma comunicação com respeito mútuo, sinceridade e de maneira construtiva, os jovens adquirem competências sociais e de gestão de conflitos que lhes possibilitarão lidar com os seus próprios problemas futuros (Settertobulte *et al.*, 2001).

Apesar da família influenciar grandemente os hábitos e comportamentos dos adolescentes, ela representa apenas um de entre vários dos contextos de interacção social que afectam o consumo de álcool e de outras substâncias aditivas (Conger, 1997 *in* Duncan *et al.*, 2005).

À medida que os jovens crescem, a família torna-se cada vez menos importante no processo de socialização, enquanto a influência do grupo de amigos aumenta (Settertobulte *et al.*, 2001). A influência dos pares aumenta com a idade e é particularmente preponderante nas fases iniciais de consumo de substâncias aditivas (Duncan *et al.*, 2005).

Enquanto que os pais desempenham uma influência mais intensa nos assuntos quotidianos, os amigos exercem um impacto maior na sua imagem e atitudes sociais (Krugman *et al.*, 2005).

A influência dos pares no hábito de consumir bebidas alcoólicas nos adolescentes é maior que o exercido pelos pais e irmãos, sendo essa influência mais normativa que coerciva. Os jovens escolhem estes consumos como uma estratégia para evitar a exclusão do grupo, para conquistar aceitação social, para favorecer oportunidades de iniciação de interacções sociais e para experimentar um sentimento de independência (Krugman *et al.*, 2005).

A escola é um local onde os jovens passam grande parte do seu tempo e, como tal, exerce uma grande influência nos seus comportamentos. Para além do ambiente familiar e do grupo de amigos, a escola, onde os amigos também poderão estar, constitui um dos mais importantes espaços para a socialização dos jovens (Settertobulte *et al.*, 2001). A

escola constitui-se assim, como um espaço único para intervir a nível da Educação para a Saúde.

A frequência e a intensidade do consumo de álcool são independentes da inteligência e das capacidades académicas dos adolescentes. No entanto, existe uma inequívoca relação entre o consumo de álcool e a fraca performance escolar (Hawkins, 1992). Neste contexto, o consumo de álcool poderá servir para compensar o *stress* emocional gerado pelo fraco desempenho escolar. Se por um lado, o consumo de álcool poderá ser consequência do insucesso escolar e dos conflitos familiares daí resultantes, por outro, poderá ser a causa do próprio insucesso escolar. Apesar do consumo de bebidas alcoólicas não ocorrer na escola, algumas variáveis escolares têm sido claramente associadas ao álcool. Assim, o consumo de álcool está fortemente associado a sentimentos de rejeição da escola, à rigidez das suas regras, à percepção de um tratamento injusto por parte dos professores e à percepção de elevadas expectativas dos professores. Deste modo, a escola, para além do processo ensino/ aprendizagem de EpS, pode contribuir decisivamente para a prevenção do consumo de álcool (Settortobulte *et al.*, 2001).

A escola é uma instituição fundamental para a obtenção de riqueza e de saúde das populações. A educação escolar é mesmo um fator primordial na diminuição do fosso entre ricos e pobres. Torna-se, por isso, vital que a escola prepare os alunos –futuros adultos– com uma elevada literacia para a saúde. Esta literacia compreende conhecimentos e competências que conduzam os jovens a serem participantes ativos e responsáveis pela sua saúde e pela saúde comunitária (St Leger, 2001). Deste modo, apesar de, actualmente, se defender que a EpS é da responsabilidade de toda a comunidade, a escola é um espaço excepcional para a sua consecução.

Esta situação resulta, por um lado, do fato de todas as crianças passarem pela escola, onde a EpS pode ser implementada, por outro lado, é na infância e na adolescência que os indivíduos, em fase de formação física, mental e social, adquirem os comportamentos e hábitos de saúde (Precioso, 2004a).

A EpS na escola visa incutir nos alunos atitudes, conhecimentos e hábitos positivos de saúde que favoreçam o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e a prevenção de doenças. Deve ainda torná-los responsáveis pela sua própria saúde e prepará-los para a vida em comunidade, adoptando um estilo de vida saudável e capacitando-os para influenciar positivamente a saúde dos outros (Precioso, 2004c).

Segundo Pavis et al (1997) as crianças com menos de 10 anos tendem a desaprovar o consumo de bebidas alcoólicas e a expressar opiniões desfavoráveis a este consumo, enquanto que os jovens com cerca de 14 anos tendem a modificar consideravelmente as suas atitudes, com muitos deles a expressarem opiniões favoráveis em relação ao álcool.

Para Gofton (1990), uma adequada compreensão dos padrões de consumo de álcool nos jovens envolve necessariamente os seus comportamentos e as suas perceções de lazer. Este autor sugere que, enquanto tradicionalmente o consumo de álcool servia para reforçar valores tais como o de comunidade, de masculinidade e de ordem social, os jovens de hoje entendem, cada vez mais, o álcool como ‘transformativo e mágico’. Ainda segundo o mesmo autor, muitos jovens percecionam o álcool como uma droga que promove a mudança de humor.

Apesar de investigações sugerirem que uma grande parte dos jovens estudantes coloca a sua saúde em risco, pelo consumo excessivo de álcool, estes parecem não reconhecer o problema. Para estes jovens, a ressaca parece ser o principal inconveniente do consumo de álcool. Por outro lado, o consumo excessivo de álcool está associado a relações sexuais não planeadas e desprotegidas, comportamentos agressivos, a lesões graves resultantes de acidentes de viação, diversos problemas sociais e psicológicos, aumento da vulnerabilidade a quedas, incêndios e violência doméstica (Oei *et Morawska*, 2004)

Contrariamente à crença de que os jovens rapidamente recuperam dos efeitos tóxicos do álcool, os indivíduos desta faixa etária sofrem, frequentemente, danos mais graves relativamente aos adultos, devido à menor massa corporal, ao padrão de consumo e, à inicial, ausência de tolerância e experiência no consumo de álcool. Esta situação leva a que o álcool seja um dos principais factores que contribuem para a morbilidade e mortalidade nos adolescentes (Zeigler *et al.*, 2005).

3.1.1. Programas de prevenção do consumo de álcool

Tal como outros problemas comportamentais, o consumo de álcool na adolescência envolvem a transgressão de normas sociais e legais, sendo que muitos dos comportamentos de risco estão interrelacionados e tendem a atuar cumulativamente (Paavola *et al.*, 2004).

Para Calafat e Juan (2003), esta situação está relacionada com a cultura recreativa da sociedade atual, que ocupa um papel central e se encontra em expansão. As actividades de ócio, de diversão e de busca do prazer são algumas das características que melhor definem a sociedade contemporânea. Esta cultura recreativa está relacionada, por um lado com a definição da identidade e do estatuto dos cidadãos, em especial dos jovens, por outro com o consumo de substâncias psicoativas. Deste modo, a prevenção do consumo destas substâncias, não pode estar desligada da compreensão desta cultura recreativa. Neste contexto, para o êxito dos esforços na prevenção e do consumo de álcool e de outras substâncias aditivas, as intervenções deverão ter a sua ação em duas frentes:

1. A redução do fornecimento ou a redução do acesso às substâncias
2. A redução da procura ou a diminuição da motivação para o consumo.

O endurecimento dos impostos e da legislação que regula o acesso a estes produtos, por parte dos jovens, é considerado como uma consequência da relativa ineficácia, a longo prazo, dos programas de prevenção escolares (Harrison *et al.*, 2000).

Lloyd e colaboradores (2000) citados por White *et al.*, (2004), concluem que a educação para a prevenção do consumo de substâncias aditivas deve iniciar-se no primeiro ciclo e prolongar-se até ao secundário. Por outro lado, as abordagens focadas no desenvolvimento de competências para a vida, as interactivas e as que se desenvolvem a longo prazo e intensivamente mostraram ser mais eficazes, e comparação com aquelas programas que utilizam conteúdos para intimidar os jovens, que fornecem informação e que apelaram à moralidade e à mudança de personalidade ou carácter, que são altamente ineficazes.

Para avaliar as intervenções, idealmente, os resultados deveriam ser determinados durante um longo período de tempo quer estas tenham sido de curta ou de longa duração. Os resultados relevantes das intervenções incluem os conhecimentos, as atitudes e as intenções futuras, assim como a aquisição de competências e a avaliação do comportamento actual.

Contudo, Ofsted (2002), citado por White *et al.*, (2004), refere que a maioria das escolas mede a eficácia dos programas de intervenção em termos de aquisição de conhecimentos. Por outro lado, esses programas são ineficientes no desenvolvimento de valores, atitudes e de competências pessoais dos alunos que lhes permita tomar decisões informadas (White *et al.*, 2004).

3.1.2. Problema em estudo e relevância do projecto

Na sociedade actual, o consumo de bebidas alcoólicas tem merecido uma preocupação crescente à medida que são melhor conhecidas as suas consequências. Este fato tem conduzido a que estas situações sejam menos toleradas, o que se tem traduzido, a nível político, pela adoção, em diversos países, de legislação mais restritiva. Por outro lado, a maior visibilidade da problemática dos consumos de álcool e de outras substâncias aditivas conduz à percepção comum de que os jovens adotam cada vez mais comportamentos de risco para a saúde.

É relativamente fácil encontrar jovens com menos de 16 anos a consumir bebidas alcoólicas em locais de divertimento e muitas vezes muito próximos das escolas, isto apesar de todas as campanhas oficiais e do incremento da EpS no currículo escolar. Esta constatação é apoiada em vários estudos internacionais e nacionais. "A Saúde dos Adolescentes Portugueses" - Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS (Matos *et al.*, 2003) é o mais completo a nível nacional.

O estudo de Matos *et al.* (2002) revela que ocorreu uma grande percentagem de jovens menores de 16 anos continua a consumir bebidas alcoólicas, com a agravante de o consumo de bebidas espirituosas, de maior teor alcoólico, ter aumentado em detrimento da cerveja. Outro facto relevante neste estudo é o aumento do alcoolismo agudo (embriaguez) juvenil. Depreende-se daqui que, aparentemente, nem as campanhas oficiais nem o incremento da EpS nas escolas parecem ter surtido efeito na prevenção do consumo de álcool.

De acordo com o diagnóstico social realizado no Cartaxo (2006) os rapazes e raparigas iniciam-se no consumo de bebidas alcoólicas entre os 10 e os 13 anos de idade (40% em ambos os sexos). Enquanto as raparigas iniciam os consumos na presença dos pais (28%), os rapazes procuram os amigos e 5% dos rapazes iniciam os consumos em casa sem os pais saberem.

Relativamente ao fator que os levou a ingerirem bebidas alcoólicas, a curiosidade foi o mais prevalente em ambos os géneros (40% nos rapazes e 30% nas raparigas), não esquecendo que 20% das raparigas lhes foi oferecido bebidas alcoólicas pelos pais ou família e costumam beber em contexto familiar.

Observa-se uma percentagem idêntica entre a opção de começar a beber relacionada com o paladar e para acompanhar os amigos e a diferença não é significativa entre os géneros (26% nas raparigas e 22% nos rapazes).

Apenas os rapazes preferem beber com os amigos. O efeito mais procurado através dos consumos é a descontração (rapazes 28% e raparigas 26%) e afirmam que não sentem qualquer efeito do álcool, mas 35% dos rapazes procura ficar moderadamente alegre.

De referir que 2% dos rapazes entre 12-14 anos assume que bebem diariamente.

Os jovens do sexo feminino (30%), preferem cocktails de bebidas alcoólicas e os rapazes preferem a cerveja (25%), só 15% dos rapazes ingerem cocktails de bebidas alcoólicas. Curiosamente a diferença entre o consumo de vinho é mínima (8% nos rapazes e 6% nas raparigas), apesar das raparigas mencionarem não gostar de vinho, mas sim de sangria.

Além disso tanto os rapazes como as raparigas acham que ingerem bebidas alcoólicas de forma normal para a sua idade.

A reflexão elaborada através destes resultados leva-nos a concluir que imprescindível encorajar os jovens a reflectirem de forma crítica sobre os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e seus riscos associados. A prevenção do consumo de álcool pelos jovens, exige programas mais eficazes e, como já foi referido anteriormente, que sejam implementados antes de se iniciar o consumo. Uma vez que, o fato dos programas de prevenção desenvolvidos antes de se iniciarem os consumos apresentam, quase sempre, melhores resultados do que aqueles que se destinam a pessoas que já são consumidoras.

Assim sendo e, após uma reflexão sobre este tema, foi elaborada a seguinte questão, que irá nortear o estudo:

Que estratégias se deverão implementar com os alunos do 1º ciclo para a prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente no consumo do álcool?

3.2. METODOLOGIA

Planeamento em Saúde torna-se cada vez mais um imperativo das sociedades actuais, quando ambicionamos alcançar ganhos em saúde.

O Planeamento em Saúde consiste na racionalização e utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos (Imperatori; Giraldes, 1993). Planear em saúde é uma atividade pertinente uma vez que permite gerir a escassez de recursos, intervir na origem do problema, estabelecer prioridades, evitar intervenções isoladas, possibilita a utilização polivalente de equipamentos/infra estruturas, permite a imperiosa competição com outras prioridades nacionais, considerando os rápidos progressos na saúde permite a integração célere de mudanças na prestação de cuidados (Imperatori; Giraldes, 1993).

Um projecto de intervenção em saúde é um roteiro detalhado das acções, devidamente fundamentadas, a serem desenvolvidas, que têm como objectivo responder às necessidades de saúde e que visam promover a qualidade de vida e aumentar o nível de saúde de uma população, através do reforço da participação comunitária na resolução dos problemas identificados. (Tavares, 1980).

Como estratégia de intervenção, de acordo com o previsto no Plano de Acção da UCC de Cartaxo, delineou-se a elaboração de um plano de intervenção centrado nas crianças do 1º ciclo, que contempla uma resposta adequada aos problemas/necessidades já identificadas no diagnóstico social realizado no Cartaxo (2006), na perspetiva da prevenção do comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool.

3.2.1 – Destinatários do Projeto

Este projeto pressupõe um acompanhamento mais próximo das crianças do 1º ciclo do concelho do Cartaxo de forma a capacitá-las de conhecimentos e habilidades, para prevenir o consumo abusivo de álcool, contribuindo, em ultima instancia, para ganhos em saúde da população, dado que as crianças de hoje serão os adultos do amanhã.

Assim sendo, este projecto destina-se a todos os alunos do 3º no de escolaridade do agrupamento de escolas Marcelino Mesquita do Cartaxo, envolvendo 159 alunos, de cinco escolas do 1º ciclo que fazem parte desde agrupamento e, oito professores, que leccionam estes alunos.

A escolha desta faixa etária baseou-se na análise do diagnóstico social do Cartaxo (2006), nomeadamente na precocidade do início dos comportamentos de risco, mais especificamente no consumo de álcool e, da necessidade da implementação de projectos de intervenção de início precoce, para a obtenção de melhores resultados, como já foi referido anteriormente.

3.2.2 – Objectivos

Numa perspectiva de integração no plano de acção da unidade onde decorre o presente estágio, este projecto visa, de uma forma geral:

- Caracterizar a percepção que as crianças do 3º ano do 1º ciclo têm sobre o consumo de bebidas alcoólicas.
- Propor um plano de intervenção para promover uma mudança de atitude face ao consumo do álcool.

Assim, elaboram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a opinião das crianças sobre o consumo de bebidas alcoólicas e suas possíveis consequências;
- Perceber quais as razões que as crianças identificam para se consumirem bebidas alcoólicas;
- Promover comportamentos de cooperação, solidariedade e respeito pelos outros;
- Capacitar as crianças ao nível das competências de tomada de decisão;
- Promover a aquisição de competências de comunicação, mais especificamente a assertividade,
- Dotar as crianças de capacidades para resistir às pressões dos pares;
- Potenciar um melhor ajustamento psicológico e níveis mais elevados de auto-estima e auto-confiança e adquirir capacidades de relacionamento interpessoal;
- Avaliar em que medida este projecto influenciou a visão das crianças sobre o álcool.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de álcool, fruto das suas características intrínsecas e extrínsecas, exige um olhar multidisciplinar.

É neste sentido que importa referir que faz parte das competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária, “Integrar nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências sociais e humanas” (OE, 2010)

A escola apresenta-se como um excelente espaço de atividades de prevenção ao consumo de álcool, pois é neste espaço que os alunos passam grande parte do seu tempo e, é aí, que eles devem reforçar regras, normas e valores sociais. Assim como munirem-se de toda a informação possível para terem uma vida regrada, com qualidade e sem vícios prejudiciais à sua saúde.

Com isso, entendemos que a promoção da saúde em espaços escolares é um projecto que tem um enorme potencial, dado que as escolas são, por excelência, locais de diálogo, troca de saberes e expressão da diversidade cultural.

O desenvolvimento de um projecto de intervenção, implica aquisições de competências científicas e técnicas, mas também relacionais e humanas. Não é fácil transmitir, na elaboração do mesmo, esta subtilidade de aquisições necessárias ao desenvolvimento profissional.

A realização de um projecto de intervenção, não se esgota na sua concretização inicial, ele é dinâmico e flexível, permitindo a adequação aos contextos e aos recursos existentes. Assim, o projecto, aqui apresentado, torna-se assim numa linha orientadora, que estará sujeita a transformações, avanços e retrocessos que serão analisados e reflectidos na avaliação do mesmo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calafat, A. (2002). Estrategias Preventivas del Abuso de Alcohol. *Adicciones*, 14 (Supl.1).
- Calafat, A. & Juan, M. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*. **15**(2): 271-287.
- Calafat, A. & Munar, M. A. (1999). *Actuar es posible: Educación sobre el alcohol*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Câmara Municipal do Cartaxo (2012), *Rede Social do Cartaxo e Entidades de Apoio Social no Concelho do Cartaxo*. Acedido a 1 de Março de 2013, disponível em <http://www.cm-cartaxo.pt>
- Duncan, S.; Duncan, T. & Strycker, L. (2005). Alcohol use from ages 9 to 16: A cohortsequential latent growth model. *Drug and Alcohol Dependence*. Nº 81.
- Esquerdo, T. (2001). *Os Custos Económicos e Sociais do Consumo Abusivo e Dependente do Álcool em Portugal, 1995*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho.
- Fortin, Marie-Fabienne (2003) *O processo de investigação : da concepção à realização*. 3.ª edição, Loures : Lusociência.
- Fullerton, C. & Ursano, R. (1994). Preadolescent peer friendships: a critical contribution to adult social relatedness. *Journal of Youth and Adolescence*, Nº23.

- Harrison, P.; Fulkerson, J. & Park, E. (2000). The Relative Importance of Social Versus Commercial Sources in Youth Access to Tobacco, Alcohol and Other Drugs. *Preventive Medicine*, N°31.
-
- Hawkins, J.; Catalano, R. & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early childhood: Implications for substance abuse prevention. *Psychology Bulletin*, n°112.
- Imperatori Emilio; Giraldes, Maria do Rosário (1993). *Metodologia do Paneamento da Saúde*. 3ª ed. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011. Acedido a 1 de Março de 2013 disponível em <http://www.ine.pt>
- Krugman, D.; Quinn, W.; Sung, Y. & Morrison, M. (2005). Understanding the Role of Cigarette Promotion and Youth Smoking in a Changing Marketing Environment. *Journal of Health Communication*, n°10.
- Matos, M. e Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Edições FMH: Lisboa.
- Mello, M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Paavola, M.; Vartiainen, E. & Haukkala, A. (2004). Smoking, Alcohol Use, and Physical Activity: A 13-Year Longitudinal Study Ranging from Adolescent into Adulthood. *Journal of Adolescent Health*, n°35.

- Pascual, F. (2002). Imagen Social de las Bebidas Alcohólicas. *Adicciones*, 14 (Supl. 1).
- Pavis, S.; Cunningham-Burley, S. & Amos, A. (1997). Alcohol consumption and young people: exploring meaning and social context. *Health Education Research*, nº12.
- Precioso, J. (2004a). Educação para a Saúde na Universidade- Um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciências*.
- Precioso, J. (2004c). Educação para a Saúde na Escola: um direito dos alunos que urge satisfazer. *O professor*, nº 85.
- Oei, T. & Morawska, A. (2004). A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive Behaviors*, nº29.
- Oliveira, M. & Luis, M. (2005). Factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos fiscales en la ciudad de La Paz – Bolivia (2003-2004). *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 13 (número especial).
- Schuckit, M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Settertobulte, W.; Jensen, B. & Hurrelmann, K. (2001). Drinking among Europeans. Health policy for children and adolescents (HEPCA) series Nº3. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Simões, M. (2007). *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tavares, A. (1980) *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*, Lisboa.
- Tavares, Teresa; Bonito, Jorge.; Oliveira, Manuela (2011). *O consumo de álcool pelos jovens dos ensinos básico e secundário no distrito de beja: contributos para a definição de um programa de prevenção selectiva*. Universidade de Évora.

- White, D.; Buckley, E. & Hassan, J. (2004). Literature Review on the Role of External Contributors in School Drug, Alcohol and Tobacco Education. *DfES Publications*. Staffordshire University. Nottingham.
- Zeigler, D.; Wang, C.; Yoast, R.; Dickinson, B.; McCaffree, M.; Robinowitz, C. & Sterling, M. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*, nº40.

ANEXOS

ANEXO I
PLANO DE ACTIVIDADES

PLANO DE ATIVIDADES

Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária

Objetivos Específicos	Atividades	Onde	Quem
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compreender a estrutura orgânica e funcional da UCC do Cartaxo; ✓ Integrar a equipa multidisciplinar da UCC do Cartaxo; ✓ Analisar criticamente os Programas de Saúde de âmbito comunitário da UCC do Cartaxo; ✓ Caracterizar sócio demograficamente a população do concelho do Cartaxo; ✓ Conhecer a comunidade da área de abrangência da UCC do Cartaxo, identificando as necessidades em cuidados especializados e recursos de saúde; ✓ Elaborar o projecto de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião com as enfermeiras cooperantes da UCC do Cartaxo (Enf^ª Albertina Mendonça e Enf^ª Corina Freire); ✓ Identificação e mobilização da literatura de suporte sobre o problema em estudo, no âmbito da enfermagem comunitária; ✓ Construção do projecto de estágio; ✓ Reunião com a professora orientadora (Prof^ª. Irene Santos). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ UCC do Cartaxo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enf^ª Rita Ramos ✓ Enf^ª Albertina Mendonça ✓ Enf^ª Corine Freire ✓ Prof^ª. Irene Santos
Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar			
Objetivos Específicos	Atividades	Onde	Quem

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver competências no âmbito da enfermagem comunitária, integrando projectos existentes na UCC, tendo em conta a população do Cartaxo, ✓ Conceber, planear, implementar e avaliar um projecto de intervenção em enfermagem comunitária, com base na metodologia do planeamento em saúde, com vista à consecução de projectos de saúde de grupos e/ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais; ✓ Participar em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social, em projetos de intervenção comunitária, dirigidos a grupos com maior vulnerabilidade; ✓ Refletir sobre estratégias de envolvimento da comunidade na construção/promoção da sua saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contactar com as actividades da equipa multidisciplinar da UCC do Cartaxo, no contexto da enfermagem comunitária; ✓ Implementar o projecto “Brincar e Crescer no Mundo da Saúde – O Álcool”, nas turmas do 3º ano do 1º ciclo do agrupamento de escolas Marcelino Mesquita do Cartaxo; ✓ Reunião com as professoras que lecionam estas turmas; ✓ Reunião com a equipa da UCC e enfermeiras cooperantes; ✓ Reunião com a professora orientadora; ✓ Participar no seminário intermédio, para partilha de informações e esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ UCC ✓ Escolas do 1º ciclo do agrupamento o Marcelino Mesquita no Cartaxo; ✓ ESSS 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfª Rita Ramos ✓ Enfª Albertina Mendonça ✓ Enfª Corina Freire ✓ Professoras dos alunos do 3º ano do 1º ciclo das escolas do agrupamento Marcelino Mesquita ✓ Profª Irene Santos
--	--	--	--

Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar

Objetivos Específicos	Atividades	Onde	Quem
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade da mudança, com recurso à revisão sistemática da literatura; ✓ Mobilizar as competências desenvolvidas em ação e os resultados do projecto desenvolvido, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada; ✓ Avaliar, registar e divulgar os resultados obtidos do projecto de intervenção; ✓ Refletir ética e criticamente o percurso desenvolvido, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspectiva de melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Divulgação dos resultados obtidos junto da comunidade; ✓ Participação no seminário final, dando globalmente conta das atividades desenvolvidas e identificando as mais-valias das intervenções especializadas da enfermagem comunitária; ✓ Elaboração e entrega do relatório final; ✓ Defesa pública. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ UCC ✓ ESSS 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enf^a Rita Ramos

ANEXO II
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DO ESTAGIO II

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ANO 2013

Mês	Fev.	Março				Abril				Maio				Junho				Julho		
Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª
Atividades																				
✓ Conhecer a organização, funcionamento, estratégias e carteira de serviços da UCC do Cartaxo																				
✓ Reunião com a professora orientadora e enfermeiras cooperantes, no sentido da definição do problema em estudo																				
✓ Revisão bibliográfica inicia (enquadramento do problema)																				
✓ Seleção da população alvo																				
✓ Elaboração do projecto																				
✓ Divulgação do projecto																				
✓ Reunião com as professoras que leccionam o 3º ano do 1º ciclo do agrupamento de escolas Marcelino Mesquita no Cartaxo																				
✓ Implementar o projecto “Brincar e Crescer no Mundo da Saude – o Alcool”																				
✓ Seminário intermédio																				
✓ Seminário Final																				
✓ Divulgação dos resultados junto da comunidade																				
✓ Identificação / mobilização de literatura de suporte																				
✓ Elaboração e entrega do relatório final																				

ANEXO II – ENTREVISTA À PROFESSORA – INFORMANTE-CHAVE

ENTREVISTA À PROFESSORA – INFORMANTE-CHAVE

A presente entrevista foi realizada no âmbito do projeto “Brincar e Crescer no Mundo da Saúde. Os Riscos do Álcool” integrado no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém e no estágio realizado na UCC do Cartaxo.

1- Porque motivo sentiu necessidade de solicitar apoio da UCC do Cartaxo para a realização de uma ação de sensibilização no âmbito do álcool?

2- Tendo por base o seu conhecimento, com que idade se inicia os primeiros consumos de álcool?

3 – Onde é que crianças tão novas conseguem obter o álcool?

4 – Alguma vez falou com os pais em relação ao consumo de álcool?

5 – O álcool é um tema constante na sala de aula?

6 – Acha que seria útil se fossem realizadas sessões de educação para a saúde? Porquê?

7 – O que gostaria que fosse abordado nessas sessões?

ANEXO III – SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
Apresentação do power point

“Brincar e Crescer no Mundo da Saúde - Riscos do Álcool”



O que é o Álcool?

Sabiam que:

- Que o álcool a droga mais comum em todo o mundo.

Tipos de Bebidas Alcoólicas



Vinho



Cerveja

Tipos de Bebidas Alcoólicas



Bebidas com alto teor alcoólico

O que é o Alcool?

Sabiam que:

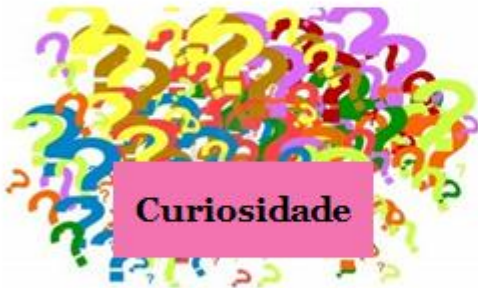
- Que o álcool a droga mais comum em todo o mundo.

Tipos de Bebidas Alcoólicas



Licores

Porque é que as pessoas bebem?



Porque é que as pessoas bebem?



Por que é que as pessoas bebem?



Para esquecer os problemas




Dificuldade e vergonha em dizer não

Por que é que as pessoas bebem?



Falta de informação

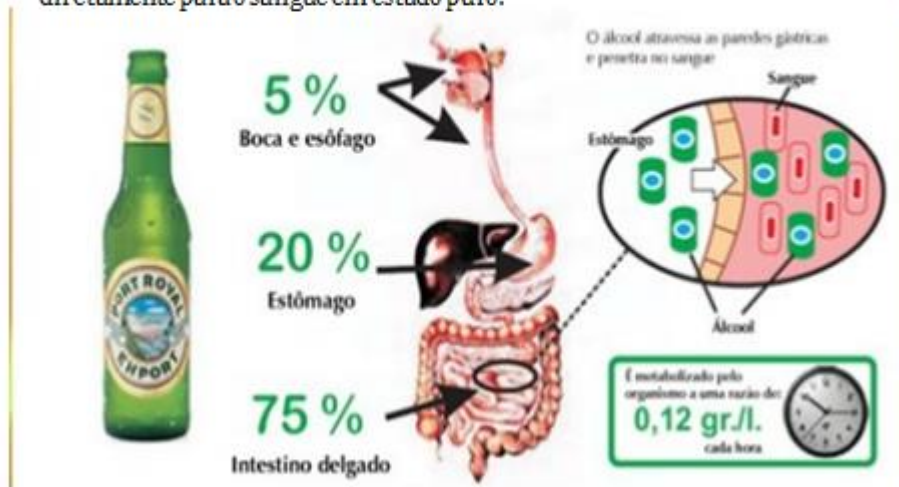


Qual a diferença entre **uso, **abuso** e **dependência** do álcool?**



Efeitos do Álcool

O álcool não é digerido, ele é absorvido pela mucosa dos órgãos e passa diretamente para o sangue em estado puro.



A rapidez dos efeitos do álcool está vinculada à forma “instantânea” que passa para o sangue.

Efeitos do Álcool



Cérebro:

- Dificuldade na concentração
- Perda de memória
- Alteração de humor
- Agressividade
- Dor de cabeça

Efeitos do Alcool



Mãos e Pés:

- Tremores
- Dificuldade em andar

Sistema Reprodutivo:

- Diminuição da fertilidade
- Diminuição do desempenho sexual dos homens.

Efeitos do Alcool



Cara:

- Olhos inchados
- Envelhecimento
- Cancro da boca

Estômago:

- Diarreia
- Vômitos

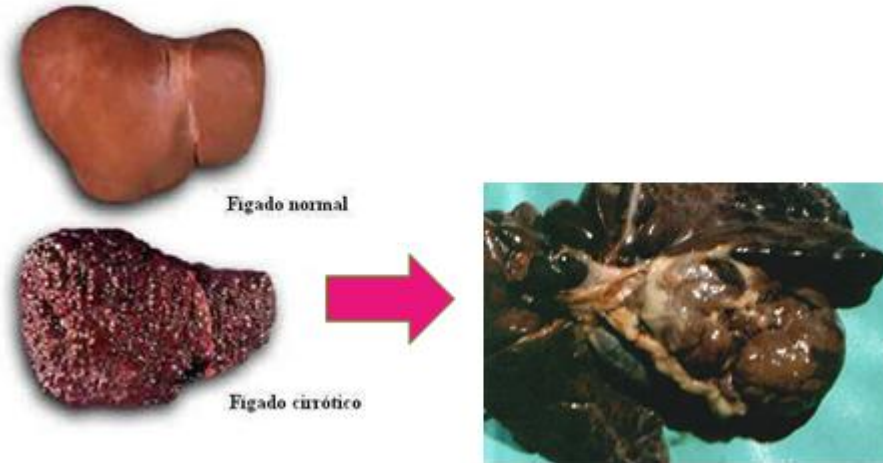
Doenças Provocadas pelo Alcool

- Uma das doenças mais causada pelo álcool é a **Cirrose Hepática.**

Cirrose Hepática



Cirrose Hepática



O que é a ressaca?

- É um mal estar generalizado, que aparece no dia seguinte ao excesso de bebidas alcoólicas.



- A ressaca surge após um intenso trabalho de limpeza feito pelo fígado.



Sintomas da ressaca?



Dor de Cabeça



Enjoos e Vômitos



Sede e Sensação de Boca Seca



Tonturas e Fraqueza nas pernas



Intolerância à Luz

Porque é que não se deve beber antes dos 18 anos?

O corpo de um jovem não está preparado para a ingestão de bebidas alcoólicas

- Em primeiro lugar, beber em excesso não faz bem para ninguém.
- Pior para os adolescentes, que estão a passar por um período de crescimento, em que todas as células do corpo se estão a desenvolver
- O álcool vai envenenar todas essas células e pode causar danos a todos os órgãos em formação

Quanto mais precoce o uso do álcool, maior o risco da dependência

Mitos sobre o Alcool

1. **Beber álcool só aos fins de semana não faz mal ao organismo.**



MENTIRA

Mitos sobre o Alcool

2. **Beber álcool aquece.**



MENTIRA

Mitos sobre o Alcool

3. O álcool é um alimento.



Mitos sobre o Alcool

5. O problema não é beber e sim misturar.



Mitos sobre o Alcool

6. A cerveja é mais fraca que outras bebidas



MENTIRA

Mitos sobre o Alcool

4. Aquele que mais aguenta o álcool é porque é mais forte!



MENTIRA

Mitos sobre o Alcool

- 7. Um banho de água fria, um café bem forte e ar fresco vão deixar-me sóbrio.**



MENTIRA

Mitos sobre o Alcool

- 8. Se eu bebo compenso conduzindo mais devagar e em segurança.**



MENTIRA

Mitos sobre o Alcool

9. Comer bem antes de beber vai impedir-me de ficar bêbado.



MENTIRA

Mitos sobre o Alcool

10. Cada um reage de maneira diferente ao consumo de álcool.



Verdade

Consequências do álcool

- Os efeitos do alcoolismo atingem não apenas a saúde da pessoa, mas também a comunidade em que ela vive e, especialmente, a sua família.

São de 3 tipos:

- Na saúde
- Na sociedade
- Na família

Na sociedade

- Aumenta o número de crimes



Na sociedade

- Aumenta os acidentes de trânsito
- Aumenta os despedimentos



Na Família

- A separação
- Aumenta a violência doméstica



Na Família

- Mau exemplo aos filhos



Experiência





**ANEXO IV – PANFLETO ENTREGUE ÀS CRIANÇAS NO DIA DE SESSÃO DE
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Sopa de Letras

Pinta a vermelho as bebidas alcoólicas e a verde as bebidas não alcoólicas.

D	T	I	S	A	A	R	E	S	S	A	C	A
G	O	Á	D	C	R	D	T	B	R	T	J	P
H	T	L	F	B	T	G	R	O	P	Q	W	L
J	R	C	A	U	E	I	V	I	N	H	O	M
O	L	O	I	L	S	O	O	Q	W	F	T	Z
L	A	O	V	I	H	L	L	R	E	D	E	P
R	U	L	H	C	O	M	I	C	T	A	I	V
S	T	L	K	R	T	I	L	E	I	T	E	X
U	M	A	Y	E	A	T	J	U	I	E	T	O
M	L	Q	O	S	T	E	A	I	O	R	L	N
O	E	E	R	S	U	C	E	R	V	E	J	A
T	R	E	A	L	M	A	I	E	R	F	T	O
A	I	D	Á	G	U	A	T	A	I	Q	G	M

Solução:

Ressaca, Alcool, Vinho, Licores, Leite, Sumo, Cerveja, Água.



Realizado por:
Enfª Rita Ramos

UCC do Cartaxo

Telefone: 243 750 290

E-mail: ucc@ccsartaxo.srssi.santarem.min-saude.pt

Riscos do álcool



UCC do Cartaxo



O que é o álcool?

- É uma droga.
- O álcool é um tóxico para o organismo, destruindo várias células.
- O abuso do álcool, com o decorrer dos anos, vai causando inúmeros desgastes na saúde.



RESSACA

- Mal estar em todo o corpo, que aparece no dia seguinte ao consumo de bebidas alcoólicas.

Exemplos:

- Dor de Cabeça
- Vômitos
- Sede
- Tonturas

Mitos do Álcool

O álcool não aquece... apenas dá a sensação de calor, provocando uma descida da temperatura interna, prejudicando o funcionamento de todos os órgãos do corpo.

O álcool não mata a sede... quando se toma uma bebida alcoólica aumentamos a necessidade de água no organismo, logo a sede vai aumentar.

O álcool não dá força... tem é uma ação excitante, ou seja, vai disfarçar o cansaço físico e intelectual, mas depois quando o efeito do álcool passa, o cansaço é a dobrar, porque o álcool gastou energias para ser "queimado" pelo fígado.

Faz a correta ligação entre as duas colunas



Bebidas alcoólicas



Bebidas não alcoólicas



ANEXO V – LIMITADORES DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS

LIMITADORES DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS

- Consulta a 31 de Dezembro de 2014
- Base de dados electrónica EBSCO (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedLatina.)
- Artigos científicos publicados em texto completam (PDF)
- Friso cronológico de 10 anos (Dezembro de 2004 a Dezembro 2014)
- Resumo disponível
- Prática baseada em evidência
- Qualquer autor é enfermeiro
- Validação dos descritores na MESH BROWSER

ANEXO VI – RESULTADO DA PESQUISA NAS BASES DE DADOS

RESULTADO DA PESQUISA NAS BASES DE DADOS

Número de artigos encontrados após a pesquisa na base de dados.

Palavra-chave	Nº de Artigos
1 – Health education	625771
2 – Alcohol drinking	11632
3 – Child	244267
4 - Nurs*	184367

Conjugação de palavras-chave	Nº de Artigos
1+2	252
1+3	3150
1+4	3304
2+3	1115
2+4	544
3+4	19970

Conjugação de palavras-chave	Nº de Artigos
1+2+3	39
1+2+3+4	3

**ANEXO VII - – ESCALA DE CARACTERIZAÇÃO DE ESTUDOS SEGUNDO O GRAU
DE EVIDÊNCIA**

GUYATT E RENNIE (2002)

Level I: Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews);

Level II: Single experimental study (RCTs);

Level III: Quasi-experimental studies;

Level IV: Non-experimental studies;

Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews;

Level VI: Opinions of respected authorities/Consensus panels.

ANEXO VIII – ARTIGO E FICHA DE LEITURA RELATIVA À SUA ANÁLISE

“Project northland in Croatia: results and lessons learned”

ARTIGO SELECIONADO – FICHA DE LEITURA (Artigo 1)

TITULO	Project Northland in Croatia: results and lessons learned
Autor	Bernadette West; Diane Abatemarc; Pamela A. Ohman-Strickland; Vezna Zec; Andrea Russo; Ranko Milic
Ano	2008
País	Split, Croácia
Objectivo	Em Split, na Croácia, foi desenvolvido uma parceria de saúde pública em 2001, designado Northland Project, que tem como objetivo desenvolver uma intervenção de prevenção do consumo de álcool em 13 escolas.
Orientação Metodológica	Artigo de natureza quasi-experimental, qualitativo e quantitativo.
Resultados e discussão	<p>O Northlan Project foi projetado para os alunos que frequentavam a sexta, sétima e oitava série do ensino Croata, tendo os jovens idades compreendias entre os 10 e os 14 anos.</p> <p>Foram selecionados dois grupos, um experimental composto por 13 escolas e outro de controlo composto igualmente por outras 13 escolas.</p> <p>Em cada ano, a intervenção é projetada em torno de um determinado tema, que tem em linha de conta o nível de desenvolvimento dos jovens.</p> <p>Na sexta série, os estudantes usam o “Slick Tracy Home Team”, em que estes trabalham em conjunto com os pais depois da escola, onde realizam atividades onde é promovido o debate entre o aluno e a sua família, em torno de questões relacionadas com o álcool.</p> <p>Na sétima série, os estudantes usam o “Amazing Alternatives!”, onde os alunos praticam habilidades de recusa e identificam alternativas seguras ao uso de álcool.</p> <p>Na oitava série, os estudantes utilizam as “Power Lines”, onde se pretende expandir o programa para toda a comunidade, sendo o aluno um vetor de mudança de comportamentos na comunidade onde está inserido.</p> <p>O projeto de avaliação inclui métodos quantitativos e qualitativos.</p> <p>Relativamente ao método quantitativo, foi utilizado um instrumento desenvolvido e validado por Peerry e Wiliams designado por “Tendency to use”, que pretendia avaliar conhecimentos, atitudes e habilidades relacionadas com o uso de álcool.</p> <p>Cada inquérito foi preenchido no início do estudo e após a conclusão de cada ano curricular. No que respeita ao método qualitativo, foram realizados três grupos focais com professores e pais que participaram no estudo, onde identificaram os pontos fortes e fracos do programa e sugeriram formas de melhorar futuramente o programa. Os alunos apresentaram os seus comentários sobre a sua experiência numa conferência apresentada a toda a cidade.</p> <p>No que diz respeito aos resultados da análise quantitativa, chegou-se à conclusão que o efeito da intervenção foi globalmente significativo. A tendência para o uso de álcool foi significativamente menor no grupo de intervenção, quando comparado com o grupo de controlo no ano 2. Mas embora tenha havido uma diferença semelhante para os aumentos desde o início até ao ano 3, essa diferença não foi significativa. A intervenção não afetou significativamente os alunos do sexo masculino, mas afetou significativamente as alunas do sexo feminino.</p> <p>Em relação à análise quantitativa no grupo focal dos pais, estes identificaram como pontos fortes o fato do programa ter incentivado mais as discussões entre pais e filho sobre o assunto do álcool, bem como</p>

	<p>outros assuntos, o fato de o filho agora fazer pressão sobre os pais para que estes não bebam e os próprios pais referem sentir-se mais relutantes para beberem em frente dos filhos. No que diz respeito aos pontos fracos, os pais sentiram que o programa teve um impacto mais evidente nas crianças mais jovens e que este foi ficando menos perceptível à medida que as crianças cresciam. Muitos dos pais referiram sentir o seu filho mais entediado na oitava série. Os mesmos também falaram sobre os desafios da prevenção do uso de álcool dentro da cultura croata, dado que o álcool desempenha um papel de relevo na maioria dos eventos sociais e ser amplamente promovido pelos media. Em relação às recomendações para melhorar o programa, a maioria dos pais referem que o programa deveria ser iniciado mais cedo, assim como também sugerem que abranjam outras áreas temáticas.</p> <p>Em relação aos professores, estes identificaram como principais pontos fortes, o reforço da comunicação entre professor e aluno, o incremento da aprendizagem ativa em oposição à aprendizagem passiva, a integração da comunidade no plano de trabalho das escolas e o fato de se ter gerado um sentimento antiálcool entre os estudantes. Os pontos fracos referem-se ao fato de os professores sentirem que os alunos já estavam preparados para a implementação desde projeto na quinta série, pois enquanto os alunos da sexta série eram seduzidos pelos conteúdos do programa, os alunos da oitava série mostravam-se entediados pelo mesmo, não o levando a sério. Muitos professores também referiram que as meninas pareciam mais interessadas no programa do que os meninos. Assim como os pais, os professores também recomendaram que o programa se inicie em idades mais precoces.</p>
Nível de evidência	Nível IV

ANEXO IX – ARTIGO E FICHA DE LEITURA RELATIVA À SUA ANÁLISE

“Promoting Mental Health and Preventing Substance Abuse and Violence in Elementary Students:
A Randomized Control Study of the Michigan Model for Health”

ARTIGO SELECIONADO – FICHA DE LEITURA (Artigo 2)

TÍTULO	Promoting mental health and preventing substance abuse and violence in elementary students: a randomized control study of the Michigan model for health
Autor Ano País	James M. O'Neill; Jeffrey K. Clark; James A. Jones 2010 Michigan e Indiana
Objectivo	O principal objetivo deste estudo consistiu em avaliar um programa universal de educação para a saúde que visa aumentar as capacidades dos alunos para a promoção da saúde, comportamentos pró-sociais, bem como reduzir ou prevenir a violência/agressão e consumo de substâncias.
Orientação Metodológica	Artigo de natureza quasi-experimental
Resultados e discussão	<p>A educação para a saúde nas escolas tem sido reconhecida como tendo um papel fundamental na promoção e prevenção da saúde e doença. Contudo, a educação para a saúde nas escolas continua a luta para encontrar um lugar no currículo dos alunos juntamente com a matemática, as ciências, as artes, entre outros. Diversos estudos verificaram que a educação escolar para a saúde pode melhorar a saúde das crianças e o bem-estar em diferentes áreas. Em estudos de larga escala, os programas de educação para a saúde nas escolas registaram uma melhoria geral do conhecimento, atitude e prática dos estudantes numa variedade de tópicos relacionados com a saúde.</p> <p>Desde o seu desenvolvimento (1985), o Modelo de Michigan para a Saúde demonstrou eficácia na redução de uma variedade de problemas específicos e comportamentos de risco (como o abuso de álcool e de drogas), bem como um ambiente escolar positivo ao implementar a formação sobre saúde nas aulas.</p> <p>Foram selecionadas aleatoriamente 52 escolas. Os participantes receberam 24 aulas de nível 4 (mais de 12 semanas) e 28 aulas de nível 5 (mais de 14 semanas). Receberam, também, materiais informativos sobre a saúde social e emocional, comunicação interpessoal, pressão social, capacidade de resistência, prevenção do consumo de drogas e álcool e capacidades na resolução de conflitos.</p> <p>Comparativamente com os indivíduos do grupo de controlo, os alunos que passaram pela intervenção nas escolas demonstraram melhores competências sociais e emocionais, habilidades interpessoais e assertividade na recusa de álcool e drogas. Além disso, demonstraram, também, níveis mais baixos de agressividade e interesse no consumo de álcool e drogas.</p>
Nível de evidência	Nível IV