



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Prevenção do consumo de álcool nos adolescentes do 3º ciclo do ensino básico

Tânia Patrícia Cabo Relíquias

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção do consumo de álcool nos adolescentes do 3º ciclo do ensino básico

Tânia Patrícia Cabo Relíquias

Orientação: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente
Caldeira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“Nós nem sempre podemos construir o futuro para a nossa juventude,
mas podemos construir a nossa juventude para o futuro.”

Franklin Roosevelt

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Ermelinda Caldeira, o meu reconhecimento e gratidão pela constante disponibilidade, orientação, interesse e incentivo ao longo deste percurso.

À Enfermeira Rita Leão, pela forma como me recebeu, pela sua disponibilidade, apoio, otimismo e perseverança ao longo deste trajeto. Pela sua dedicação e interesse no projeto.

A todos os que direta ou indiretamente colaboraram na concretização deste projeto.

À Professora Paula Paquete pelo interesse demonstrado e inteira disponibilidade. Sem ela este projeto teria sido irrealizável.

A todos os adolescentes da Escola Secundária Gabriel Pereira que participaram no projeto.

Aos professores da Escola Secundária Gabriel Pereira, nomeadamente aos professores Helena Carola, Justa Arromba, Helena Coelho e André Barreto, pela dedicação, diligência e interesse demonstrados, colaboração na recolha dos dados na fase de diagnóstico de situação, envolvimento e disponibilização das suas aulas para a implementação do projeto.

Aos meus companheiros nesta viagem Carmen Agostinho, Susana Valido, Ricardo Jorge, Inês Frederico, Patrícia Silva e Dina Morganheira. Obrigada por todos os momentos partilhados, amizade e apoio. Juntos fomos mais fortes!

E, sendo que os últimos são os primeiros, á minha família e amigos pelo seu apoio incondicional e suporte ao longo deste percurso.

Ao meu marido, Davide Mira, sem ele todo este processo teria sido completamente impossível. Obrigada por me apoiares nos momentos em que fui literalmente abaixo e por celebrares comigo os momentos vitoriosos. Obrigada por me amparares nas minhas dúvidas e dificuldades, e por estares sempre ao meu lado. Obrigada pela tua paciência e pelo teu incentivo. E, acima de tudo, obrigada por me amares e receberes o meu amor em troca.

E, como não podia deixar de ser, o meu muito obrigado aos meus filhotes, Davide e Maria Clara, pela sua alegria e amor incondicional. Estarei sempre aqui para vos ver crescer e para aprender convosco. Estarei sempre aqui para vos amar e proteger.

RESUMO

Prevenção do consumo de álcool nos adolescentes do 3º ciclo do ensino básico

A adolescência é uma fase de descoberta e transformação, onde a procura de novas sensações se pode revelar preponderante na adoção de comportamentos de risco, de entre os quais o consumo de álcool.

Foram identificados como problemas prioritários: início precoce, consumo regular e excessivo de álcool pelos adolescentes, défice de conhecimentos acerca do tema e, consumo de álcool incentivado e tolerado pelos pais/família.

Considerando a pertinência da temática foi elaborado e implementado o projeto “Aprende, Pensa e Decide” no âmbito da saúde escolar de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde. Este projeto tem como objetivo reduzir a prevalência do consumo de álcool, nos adolescentes que frequentam o 9º ano, de uma escola em Évora.

Foram definidas estratégias de intervenção, possibilitando o envolvimento dos adolescentes, pais/família e comunidade escolar, visando a prevenção de comportamentos nocivos. A avaliação intermédia indica que as intervenções efetuadas vão de encontro aos objetivos propostos.

Palavras-chave: Álcool, Adolescente, Promoção da Saúde.

Prevention of alcohol consumption in adolescents in the 3rd cycle of basic school

Adolescence is a phase of discovery and transformation, where the search for new sensations may be preponderant in the adoption of risk behaviours, among which alcohol consumption.

Priority problems were identified as: early start, regular and excessive consumption of alcohol by adolescents, lack of knowledge about the topic and alcohol consumption encouraged and tolerated by parents / family.

Considering the pertinence of the theme, the "Learn, Think and Decide" project was elaborated and implemented in the field of school health according to the methodology of Health Planning. This project aims to reduce the prevalence of alcohol consumption in adolescents who attend the 9th year, of a school in Évora.

Intervention strategies were defined, allowing the involvement of adolescents, parents / family and school community, aiming at the prevention of harmful behaviours. The mid-term evaluation indicates that the interventions carried out are in line with the proposed objectives.

Key Words: Alcohol, Adolescent, Health Promotion.

LISTA DE SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo

CME – Câmara Municipal de Évora

DGE – Direção Geral da Educação

DGESTE-DSRA – Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares-Direção de Serviços da Região do Alentejo

DGS – Direção Geral da Saúde

ECADT_CAD - Estudo sobre Consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências

EPRAL – Escola Profissional da Região Alentejo

HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

INE – Instituto Nacional de Estatística

IREFREA - European Institute of Studies on Prevention

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PSP – Polícia de Segurança Pública

QCaA - Questionário de Avaliação de Conhecimentos acerca do álcool

SAAP – Sociedade Antialcoólica Portuguesa

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UEVORA – Universidade de Évora

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	15
2 – ANÁLISE DO CONTEXTO	20
2.1 – Caracterização do ambiente de realização do estágio final	20
2.2 – Caracterização dos recursos humanos e materiais	27
3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	28
3.1 – Caracterização geral da população	28
3.2 – Cuidados e necessidades específicas da população	30
3.3 – Estudos sobre programas de intervenção com a população alvo	41
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	47
5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	51
5.1 – Metodologias	51
5.2 – Fundamentação das intervenções	55
5.3 – Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas	65
5.4 – Recursos materiais e humanos envolvidos	72
5.5 – Contactos desenvolvidos entidades envolvidas	73
5.6 – Análise da estratégia orçamental	75
5.7 – Cumprimento do cronograma	75
5.8 – Comunicação e divulgação do projeto	76
6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	78
6.1 – Avaliação dos objetivos	78
6.2 – Avaliação da implementação do projeto	81
6.3 – Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas	84
7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	91
CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

ANEXOS

Anexo 1 – Número de alunos por agrupamento de escolas	110
Anexo 2 - Questionário Adolescentes “<i>European Family Empowerment</i>”	113
Anexo 3 - Questionário de Conhecimentos acerca do álcool	125
Anexo 4 – Parecer Comissão de Ética da Área da Saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora	128
Anexo 5 – Parecer Comissão Nacional de Proteção de Dados	130
Anexo 6 – Autorização da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC)	133
Anexo 7 – Poema escrito para o Jantar Literário	135

APÊNDICES

Apêndice 1 – Análise Escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima	138
Apêndice 2 – Análise dados QCaA	144
Apêndice 3 – Objetivo geral, objetivos específicos e metas definidas	147
Apêndice 4 – Operacionalização das variáveis em estudo	150
Apêndice 5 – Pedido de autorização para utilização dos questionários	157
Apêndice 6 - Pedido de autorização diretor agrupamento	161
Apêndice 7 - Consentimento informado pais	163
Apêndice 8 – Questionário avaliação projeto - professores	166
Apêndice 9 - Questionário avaliação projeto - alunos	168
Apêndice 10 - Planos de Sessão das atividades/intervenções planeadas	170
Apêndice 11 - Cronograma de atividades	179
Apêndice 12 – Logotipo do projeto “Aprende, Pensa e Decide”	181
Apêndice 13 – Folheto informativo para os pais	183
Apêndice 14 – Cartaz de divulgação da Atividade 2	186
Apêndice 15 – Cartaz São Martinho	188
Apêndice 16 – Cartaz de promoção do projeto “Aprende, Pensa e Decide”	190
Apêndice 17 – Convite aos pais para Encontro temático	192
Apêndice 18 – Artigo científico	194
Apêndice 19 – Avaliação do projeto - Alunos	219

INDICE DE MAPAS

Mapa 1- Concelho de Évora	22
Mapa 2 - Agrupamentos de escolas no Concelho de Évora	26

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População residente: total e por grandes grupos etários Évora 2016	23
Gráfico 2 - População residente por grupo etário Évora 2016	23
Gráfico 3 - População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%) 2011	25
Gráfico 4 - Gráfico de frequência do consumo de álcool	30
Gráfico 5 - Idade em que bebeu 1ª bebida alcoólica	31
Gráfico 6 - Correlação entre a idade em que bebeu 1ª bebida alcoólica e o género	31
Gráfico 7 - Correlação entre “frequência do consumo” e “com quem estavas quando bebeste a 1ª vez?”	32
Gráfico 8 - Quantas vezes acham que o pai/mãe ou educadores bebem álcool	34
Gráfico 9 - Consentimento dos pais para o consumo de substâncias aditivas	36
Gráfico 10 - “Quantas vezes conversas com os teus pais/educadores sobre...”	37
Gráfico 11 - Comparação dos conhecimentos acerca do álcool na avaliação inicial e avaliação intermédia	86
Gráfico 12 - Comparação da frequência do consumo de bebidas alcoólicas na avaliação inicial e avaliação intermédia	89

INDICE DE FIGURAS

Figura 1- Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde	51
---	----

INDICE DE QUADROS

Quadro 1- Indicadores demográficos de Envelhecimento	24
Quadro 2 - Caracterização da amostra relativamente às características sociodemográficas	29
Quadro 3 - Apresentação dos resultados da variável “Acontecimentos vivenciados nos últimos 6 meses”	35
Quadro 4 - Análise dos dados relativos às variáveis “Os meus pais falam comigo sobre...”	36
Quadro 5 - Apresentação resultados variável “O que é que achas que vai acontecer no futuro?”	38
Quadro 6 - Inter-relação entre os objetivos e as atividades propostas	64
Quadro 7 - Orçamento do projeto	75
Quadro 8 – Indicadores de avaliação	79
Quadro 9 - Avaliação das metas definidas para o objetivo específico 1.1	80
Quadro 10 - Avaliação das metas definidas para o objetivo específico 1.2	80
Quadro 11 - Avaliação das metas definidas para o objetivo específico 1.3	81
Quadro 12 - Matriz de Análise SWOT – avaliação do projeto efetuada pelos professores envolvidos	83
Quadro 13 - Comparação dos conhecimentos acerca do álcool na avaliação inicial e avaliação intermédia	85
Quadro 14 - Comparação do consumo de álcool na avaliação inicial e avaliação intermédia	87
Quadro 15 - Comparação da ocorrência de episódios de embriaguez na avaliação inicial e avaliação intermédia	87
Quadro 16 - Comparação da frequência do consumo de cerveja na avaliação inicial e avaliação intermédia	87
Quadro 17 - Comparação da frequência do consumo de cidra na avaliação inicial e avaliação intermédia	88
Quadro 18 - Comparação da frequência do consumo de alcopops na avaliação inicial e avaliação intermédia	88

Quadro 19 - Comparação da frequência do consumo de vinho na avaliação inicial e avaliação intermédia	88
Quadro 20 - Comparação da frequência do consumo de bebidas espirituosas na avaliação inicial e avaliação intermédia	89
Quadro 21 - Comparação da frequência do consumo de álcool na avaliação inicial e avaliação intermédia	90

1 - INTRODUÇÃO

A adolescência é “uma fase marcada por grandes descobertas e instabilidade emocional, período crítico para o desenvolvimento de competências sociais e interpessoais, aquisição de habilidades para aturar e tomar decisões, consubstanciando a personalidade” (Paiva et al, 2015, p.3428). Caracterizada por uma “multiplicidade de condutas, de tentativas e erros, que determina a socialização e individualização nesta faixa etária” (Cabral, 2004, p.181). Sendo a adolescência uma fase de construção de uma identidade, de transformação, de descoberta, por vezes turbulenta e conflituosa, é comum a procura de novas experiências e sensações. A curiosidade exala os seus sentidos. Todas as alterações físicas, hormonais, psíquicas, emocionais, cognitivas e sociais a que os adolescentes estão sujeitos podem cooperar para a adoção de comportamentos de risco pelos mesmos, de entre os quais o consumo de álcool.

Todo este processo sofre a influência de múltiplos fatores, tais como: a personalidade do próprio indivíduo, os pais, a família, os amigos, a comunidade em geral, o ambiente e cultura onde o adolescente está inserido. O consumo de álcool não é uma prática recente na sociedade, podendo afirmar-se que esta é uma prática milenar, que acompanha o homem desde os primórdios da humanidade. Muitas vezes desvalorizado pela nossa sociedade, aceite socioculturalmente, associado à diversão, momentos de lazer, cerimónias religiosas, utilizado para celebrar os bons momentos, mas também para ajudar a ultrapassar os menos bons, o álcool não é visto, pela grande maioria dos cidadãos, como uma droga, sendo conseqüentemente o seu uso bem tolerado. Assume assim o papel de droga liberalizada, aceite por todos, discriminada por nenhuns. É considerado a droga psicoativa mais consumida na maioria dos países e uma das principais drogas de eleição entre os adolescentes. “A tolerância social concedida aos consumos de álcool e a escassa percepção do risco associado a essa ingestão tem sido dos factores que tem contribuído para a generalização dos consumos entre os adolescentes e jovens, favorecendo a instauração de uma imagem de “normalização” destas condutas” (Cabral, 2004, p.186).

Sendo a adolescência um processo de desenvolvimento biopsicossocial, repleto de múltiplas transformações, nesta fase do ciclo vital o consumo de álcool pode ser responsável não só pelo comprometimento do estado de saúde atual do adolescente, mas também pelo compromisso da sua saúde em idade adulta, com repercussões para o resto da sua vida. O início precoce do consumo de álcool, bem como o seu consumo excessivo tem reflexos a nível individual, familiar e social, conduzindo ainda a elevados custos com a saúde e consideráveis perdas económicas.

De acordo com os dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016b), assistíamos no ano de 2012 à ocorrência de 3,3 milhões de mortes no mundo relacionadas ao consumo de álcool, o correspondente a 5,9% de todas as mortes ocorridas. Portugal ocupa a 8ª posição dos maiores consumidores da região da Europa, surgindo ainda como um dos dez países com maior consumo de álcool *per capita* do mundo. Na região da Europa, o consumo de álcool representa o terceiro fator de risco de doença e mortalidade. No nosso país, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2015a), representa o 5º fator de risco que mais contribui para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa. O Relatório Anual 2015 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2016) referente ao consumo de álcool, menciona que no ano de 2014 o número médio de anos de vida saudável perdidos, por doenças atribuíveis ao álcool, pela população portuguesa foi de 13,5 anos. De acordo com Souza, Ferriani, Silva, Gomes & Souza (2010, p.734), “25% de todas as mortes ocorridas em jovens entre quinze e dezanove anos de idade são atribuídas ao álcool”. Consideramos assim, estar perante uma problemática de elevada magnitude da nossa sociedade. Deparamo-nos com um grave problema de morbidade e mortalidade da sociedade mundial e nacional, revelando-se um desafio de saúde pública emergente ao qual é importante dar uma resposta urgente. Têm sido mobilizados vários órgãos governamentais a nível mundial para o desenvolvimento de políticas de combate a esta problemática, contudo a evidência revela que o consumo de álcool pelos adolescentes continua a ser um problema real, potenciador de muitas outras complicações, pelo que os progressos conseguidos até hoje têm sido lentos e inconsistentes. É necessário maior investimento em políticas e programas de combate a esta problemática, que promovam estilos de vida saudáveis, centrados no envolvimento ativo dos adolescentes, da sua família e da comunidade em geral, na tentativa de obtermos melhores resultados. “A promoção de comportamentos saudáveis durante a adolescência e a tomada de medidas para proteger melhor os jovens dos riscos para a saúde são fundamentais para a prevenção de problemas de saúde na idade adulta e para a futura saúde e capacidade de desenvolvimento e prosperidade dos países” (WHO, 2017). A intervenção ao nível da saúde escolar assume elevada importância uma vez que constitui “o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção da saúde na escola, que deve desenvolver competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida” (DGS (2006) citada pela Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.1). Diz-nos a evidência científica que se o adolescente tiver bons conhecimentos acerca do álcool e dos subsequentes efeitos para o seu organismo, estes

terão influência no consumo de álcool, podendo mesmo cooperar para a diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas (Santos et al, 2016; Anjos, Santos & Almeida, 2012). Desta forma, torna-se bastante relevante e pertinente a abordagem desta temática nesta fase da vida, como forma de prevenção e promoção da saúde na adolescência.

No ano de 2006, em Coimbra, é realizado um estudo (Barroso, 2012) em duas escolas no sentido de caracterizar o padrão de consumo de álcool e os conhecimentos acerca do álcool por parte dos estudantes do 3º ciclo. Este estudo reporta que 65,10% dos jovens já tinha consumido álcool alguma vez na vida e destes 18,78% referiram ter-se embriagado. No que diz respeito à caracterização dos conhecimentos foi possível identificar um défice de conhecimentos acerca dos efeitos do álcool e do seu consumo durante a adolescência.

De 2013 a 2015 foram efetuados em Portugal, vários estudos relativos ao consumo de bebidas alcoólicas na população escolar, nomeadamente o Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS) em 2014, onde se concluiu que “32% dos alunos do 6º/8º/10º anos de escolaridade já tinham experimentado bebidas alcoólicas e 14% tinham consumido nos últimos 30 dias à data da inquirição” (SICAD, 2016, p.46). Concluiu-se ainda, de acordo com o referido no mesmo relatório que, o tipo de bebidas alcoólicas consumidas com maior frequência foram as bebidas destiladas (5,4% consomem todas as semanas/meses e 0,4% diariamente) e a cerveja (4,5% consomem todas as semanas/meses e 0,5% diariamente). Aproximadamente 12% dos estudantes inquiridos já se tinham embriagado.

Também no ano de 2014, é realizado na região do Alentejo, um estudo relativo ao consumo de substâncias aditivas pelos adolescentes. Este estudo surge englobado no projeto “Conhecer Global, Atuar Local”, e foi aplicado a 1181 alunos do 7º ano de escolaridade das escolas da região Alentejo. Neste pôde concluir-se que 34,68% da amostra já tinham consumido bebidas alcoólicas, sendo que a cerveja assume a liderança do tipo de bebida mais consumida com 23,93%, seguida das bebidas destiladas (13,63%) e do vinho (7,67%). 19,08% ingeriu a 1ª bebida alcoólica com os amigos e 18,99% acompanhado de um familiar. O mesmo estudo adianta ainda que 12,18% dos alunos terá ingerido cinco ou mais bebidas seguidas, nos últimos 30 dias (Lopes, Caldeira, Jesus, Leão & Murteira, 2017).

Contudo, apesar do consumo de álcool na adolescência constituir uma temática já bastante abordada ao longo do tempo, alvo de várias intervenções e estudos de investigação em todo o mundo, esta continua a ser uma problemática bastante atual e premente. Na cidade de Évora são escassos os estudos efetuados e publicados acerca deste assunto, pelo que se revelou essencial a

avaliação aprofundada da realidade presente no seu contexto particular, a fim de caracterizar o padrão de consumo de álcool dos nossos adolescentes, relacionando-o com os vários determinantes sociais da saúde, podendo assim elaborar e desenvolver estratégias de intervenção baseadas na prevenção, específicas e individualizadas, mais adequadas e eficazes.

Perante a pertinência e complexidade do tema foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Comunitária designado por “Aprende, Pensa e Decide” consignado ao tema da “Prevenção do consumo de álcool nos adolescentes do 3º ciclo do ensino básico”, tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde. Este projeto foi elaborado no âmbito da saúde escolar, pretendendo-se com a sua implementação a diminuição do consumo de álcool pelos adolescentes do 9º ano de escolaridade da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora.

Assim, o objetivo geral deste projeto é: Reduzir em 10% a prevalência do consumo de álcool, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até Junho de 2018. Como objetivos específicos deste projeto foram delineados: Aumentar em 25% os conhecimentos acerca do álcool, problemas a si associados, potenciais consequências e riscos inerentes ao seu consumo, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade; Adiar o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas, em 10% dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade; Promover a mobilização e o envolvimento dos pais/encarregados de educação e dos professores dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade.

O presente projeto de intervenção é parte integrante do projeto “Conhecer Global Atuar Local” - projeto de avaliação diagnóstica e intervenção no âmbito dos comportamentos de risco e consumo de substâncias psicoativas na região Alentejo (Lopes, Caldeira, Jesus, Leão & Murteira, 2017), o qual resulta de uma parceria entre a Universidade de Évora (UEVORA), Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) e a Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares (DGEstE).

Este relatório assume a função de descrever e refletir acerca das atividades desenvolvidas ao longo do estágio final, bem como todo o processo que permitiu a aquisição e mobilização das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Estrutura-se em oito capítulos principais, onde é feita uma descrição do contexto onde decorreu o estágio final, a análise da população estudada, objetivos, intervenções e avaliação do projeto. É ainda efetuada uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas ao longo de todo o processo.

O presente relatório está estruturado conforme o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora (Ordem de Serviço nº18/2010 da Universidade de Évora). Quanto à formatação obedece aos critérios definidos pela Norma de Referenciação Bibliográfica da American Psychological Association (APA) 6ª edição. O texto encontra-se redigido cumprindo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

2 - ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1 – Caracterização do ambiente de realização do estágio final

O estágio final decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) de Évora, constituindo esta uma unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central (ACES). O ACES Alentejo Central situa-se em Évora e abrange 14 concelhos, nomeadamente, Évora, Borba, Alandroal, Vila Viçosa, Portel, Viana do Alentejo, Montemor-o-Novo, Estremoz, Mourão, Reguengos de Monsaraz, Mora, Redondo, Arraiolos e Vendas Novas. De acordo com o Relatório de Atividades 2015 emitido pela USP, a 1 de Janeiro de 2015 estavam inscritos no ACES Alentejo Central 168,557 utentes, distribuídos pelas 18 unidades de saúde do agrupamento. Destas unidades, 9 são Unidades de Saúde Familiares (6 modelo A e 3 modelo B) e as restantes 9 são Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Do ACES Alentejo Central são ainda parte constituinte 10 Unidades de Cuidados na Comunidade e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

O ACES Alentejo Central é um serviço de saúde, dependente do poder de direção da Administração Regional de Saúde do Alentejo, tendo, no entanto, autonomia administrativa. Tem como “missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, designadamente atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (ARSA, 2017). Desenvolve ainda “atividades na área da vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais” (ARSA, 2017). Cada ACES é constituído por apenas uma USP.

A USP de Évora atua com uma equipa técnica multidisciplinar constituída por médicos de Saúde Pública, enfermeiras, técnicos de saúde ambiental, higienistas orais e administrativas.

Esta unidade funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respectiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (Decreto-Lei nº28/2008).

A Unidade de Saúde Pública do ACES Alentejo Central tem como missão “zelar pela saúde da comunidade residente no distrito de Évora” (USP, 2015). É responsável pelos atos de autoridade de saúde não incluídos em programas, vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis da população da sua área de domínio, opera como observatório de saúde da mesma área, colabora na realização do plano local de saúde, desenvolve e coopera em vários projetos e programas, tais como: Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Programa Nacional de Vacinação, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, Programa Nacional de Saúde Ocupacional, Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, Gestão dos Resíduos Hospitalares, Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas, entre outros. A USP assume ainda a vigilância e controlo da saúde ambiental, nomeadamente atividades organizadas em programas e projetos de intervenção na área da saúde escolar, habitat, controlo da água para uso recreativo, controlo da água para consumo humano, vigilância da qualidade do gelo e outras atividades em resposta aos utentes e/ou instituições. É ainda responsável pela vigilância de condições de insalubridade e pela vigilância sanitária das condições de higiene e segurança de estabelecimentos. Tem implementado o programa REVIVE – Programa Nacional de Vigilância de vetores culicídeos e ixodídeos. Este programa tem como objetivos “monitorizar a atividade de artrópodes hematófagos; caracterizar as espécies e sua ocorrência sazonal e identificar agentes patogénicos importantes em saúde pública” (USP, 2015, p.35).

Depois de caracterizada a Unidade onde decorreu o estágio, revela-se agora de primordial importância a descrição do contexto territorial, demográfico e oferta de serviços (saúde e educação) em que esta unidade se insere. Évora situa-se na região Alentejo e na sub-região Alentejo Central, região integrada na Unidade territorial NUTIII. É sede do concelho e do distrito de Évora. O território do município de Évora possui fronteiras com os concelhos de Arraiolos (a norte), Estremoz (a nordeste), Redondo (a leste), Reguengos de Monsaraz (a sueste), Portel (a sul) e pelos concelhos de Viana do Alentejo a Sudoeste e Montemor-o-Novo a Oeste (Câmara Municipal de Évora [CME], 2012).

Évora possui uma área total de 1309,0 Km², da qual fazem parte 19 freguesias (8 urbanas e 11 rurais), tal como podemos verificar no mapa 1. As freguesias de São Mamede, Sé e São Pedro, Santo Antão, Horta das Figueiras, Senhora da Saúde, Bacelo, Canaviais e Malagueira correspondem às áreas urbanas da cidade, sendo que as três primeiras freguesias localizam-se no centro histórico da cidade. As áreas rurais são as restantes 11 freguesias, nomeadamente: São

Manços, São Vicente do Pigeiro, Torre de Coelheiros, São Bento do Mato, Graça do Divor, Guadalupe, São Sebastião da Giesteira, Boa-fé, Nossa Senhora de Machede, São Miguel de Machede e Nossa Senhora da Torega.



Mapa 1 – Concelho de Évora Fonte: <https://evoracapitalentejana.files.wordpress.com/2011/04/evora.jpg>

O concelho de Évora apresenta uma densidade populacional de 41,3 habitantes/Km², sendo este um valor inferior à densidade populacional do país (112,3 habitantes/Km²) (INE/PORDATA, 2017). Tem uma população residente de 53.474 habitantes, sendo que 5390 correspondem à faixa etária dos 10 aos 19 anos (INE/PORDATA, 2017). De acordo com a previsão efetuada no perfil demográfico do Plano Local de Saúde de Évora, em 2027 seremos aproximadamente -3%, totalizando 51.610 habitantes (USP, 2017). Conforme os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) a população residente do concelho de Évora tem sofrido uma tendência de decréscimo ao longo dos anos.

De acordo com os dados disponibilizados, referentes ao ano de 2016, pela PORDATA (2017), a população feminina do concelho de Évora supera a população masculina em 12,7%, sendo que 25,048 habitantes da população residente são do sexo masculino e 28,246 do sexo feminino.

O concelho apresenta uma taxa bruta de natalidade de 7,9 ‰, ou seja, por cada 1000 residentes nascem 7,9 bebés. Portugal apresenta uma taxa bruta de natalidade de 8,3 ‰, pelo que não se verifica uma diferença significativa ao valor registado em Évora. No entanto, comparando este valor ao longo do tempo, confirma-se que o número de bebés nascidos em Évora tem vindo a

diminuir progressivamente até aos dias de hoje, sendo que no ano de 1981 a taxa bruta de natalidade era de 16,4 ‰ (INE/ PORDATA, 2017).

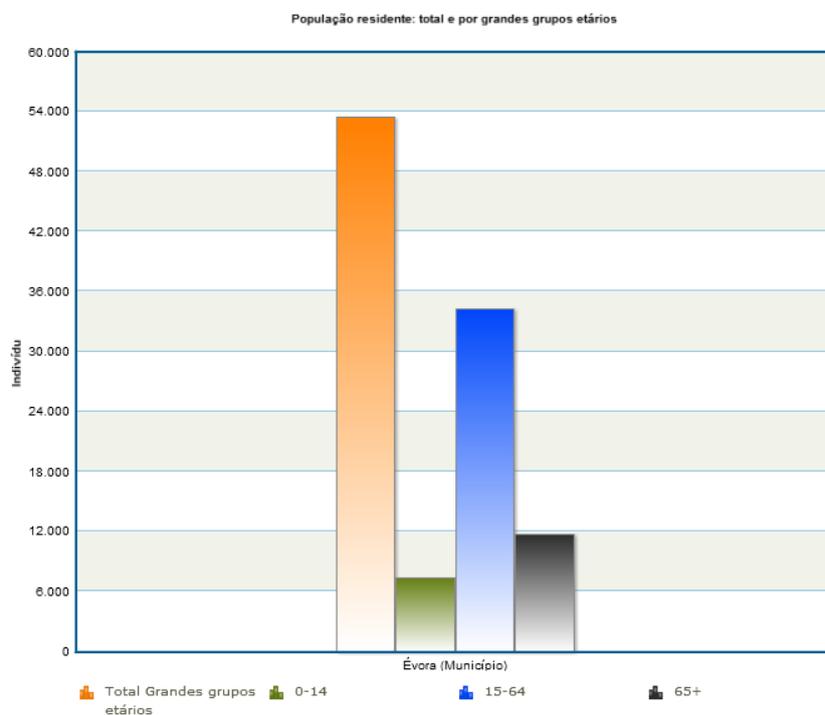


Gráfico 1 – População residente: total e por grandes grupos etários Évora 2016 Fonte: INE/PORDATA

<http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

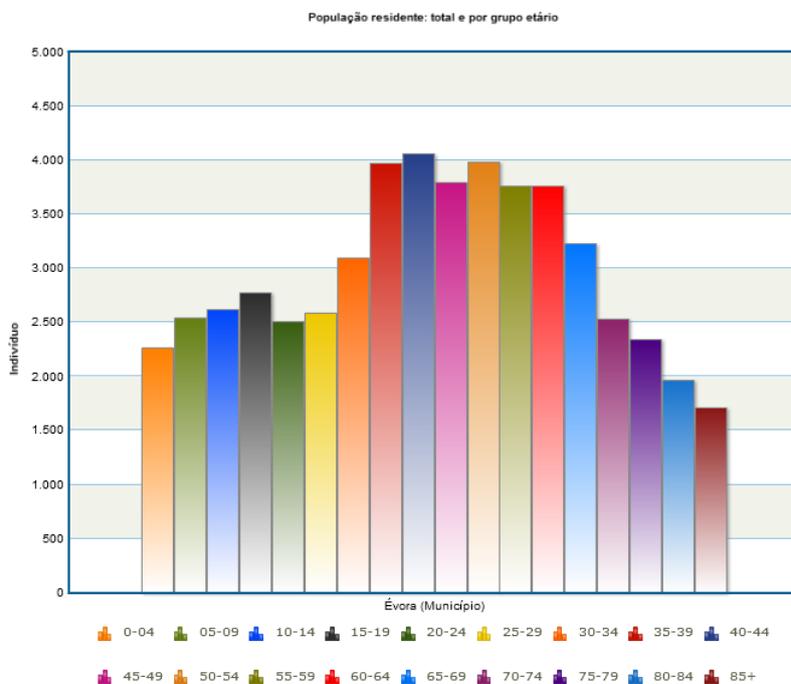


Gráfico 2 – População residente por grupo etário Évora 2016 Fonte: INE/PORDATA

<http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

No que diz respeito à taxa de fecundidade, Évora, apresenta uma taxa de 42,5 filhos por cada 1000 mulheres em idade fértil do concelho, sendo esta superior à registada pelo país (37,1%). Conforme publicado no perfil demográfico do Plano Local de Saúde de Évora, em 2027 cada mulher terá em média 1,1 filhos (USP, 2017). De acordo com os Censos 2011, a dimensão média das famílias em Évora é de 2,4 indivíduos. Assistimos a uma taxa bruta de nupcialidade de 3,3 matrimónios por 1000 residentes, sendo este valor bastante inferior ao registado em 1981 (7,3%), mas ligeiramente superior ao valor médio registado no país (3,1%). Analisando de forma antagónica à taxa de nupcialidade, a taxa de divorcialidade registada no concelho é de 2,2 divórcios por cada 1000 residentes, sendo este valor semelhante ao registado no país.

A taxa de mortalidade do concelho é, de acordo com os dados fornecidos pelo INE/PORDATA, de 10,8 indivíduos por cada 1000 habitantes residentes, registando-se um aumento de 1‰ comparativamente aos valores registados em 1960 e de 0,3‰ aos valores registados por Portugal. Analisando então a taxa de natalidade e mortalidade registada em Évora, verificamos um saldo natural negativo de 163 indivíduos.

Conforme publicado no perfil demográfico do Plano Local de Saúde de Évora, existem em 2017, 20 jovens por cada 100 pessoas em idade ativa e 35 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. Em 2027, de acordo com a previsão efetuada, seremos 18,7 jovens por cada 100 pessoas em idade ativa e 45,5 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (USP, 2017).

Indicadores	Évora		Alentejo Central		Portugal	
	2001	2016	2001	2016	2001	2016
Índice de envelhecimento	122,5	158,7	160,4	203,1	101,6	148,7
Índice de dependência de jovens	22,7	21,6	22,1	20,1	24,1	21,6
Índice de dependência de idosos	27,8	34,3	35,5	40,8	24,4	32,1
Índice de dependência total	50,5	56,0	57,6	61,0	48,5	53,8

Quadro 1 – Indicadores demográficos de Envelhecimento

FONTE: INE/PORDATA [http://www.pordata.pt/Subtema/Municipios/Popula% c3% a7% c3% a3o+Residente-214](http://www.pordata.pt/Subtema/Municipios/Popula%c3%a7%c3%a3o+Residente-214)

Relativamente à oferta de serviços de saúde disponíveis, e no que respeita aos cuidados de saúde primários, o concelho de Évora integra o ACES Alentejo Central. Este dispõe de 5 unidades de saúde familiares (Planície, Eborae, Lusitânia, Salus e Sol), uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e uma Unidade de Saúde Pública (USP), local onde decorre o estágio aqui relatado. No que concerne aos cuidados de saúde diferenciados Évora é servida pelo Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE-EPE), integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde. Este hospital dispõem de múltiplas consultas e serviços de internamento de várias especialidades, dando resposta a todo o Alentejo, pelo que é considerado Hospital Central. Para além dos serviços de saúde alusivos aos cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados já aqui referidos, Évora dispõe ainda de um Hospital de carácter privativo, bem como, de várias clínicas de várias especialidades que dão resposta às necessidades da população.

No que diz respeito à oferta de serviços e indicadores de educação do concelho, de acordo com os resultados dos últimos Censos e tal como se pode verificar no gráfico 3, Évora apresenta uma taxa de 9,7% de população residente sem qualquer nível de escolaridade, sendo, contudo, um valor inferior ao registado pelo Alentejo Central (15,1%), e pelo país (10,4%) (INE/PORDATA, 2017). Inversamente, verificamos ter uma taxa de 18,5% de população residente com o ensino superior, verificando-se, ser este um valor superior ao registado pelo Alentejo Central (11,3%) e pelo país (13,8%) (INE/PORDATA, 2017).

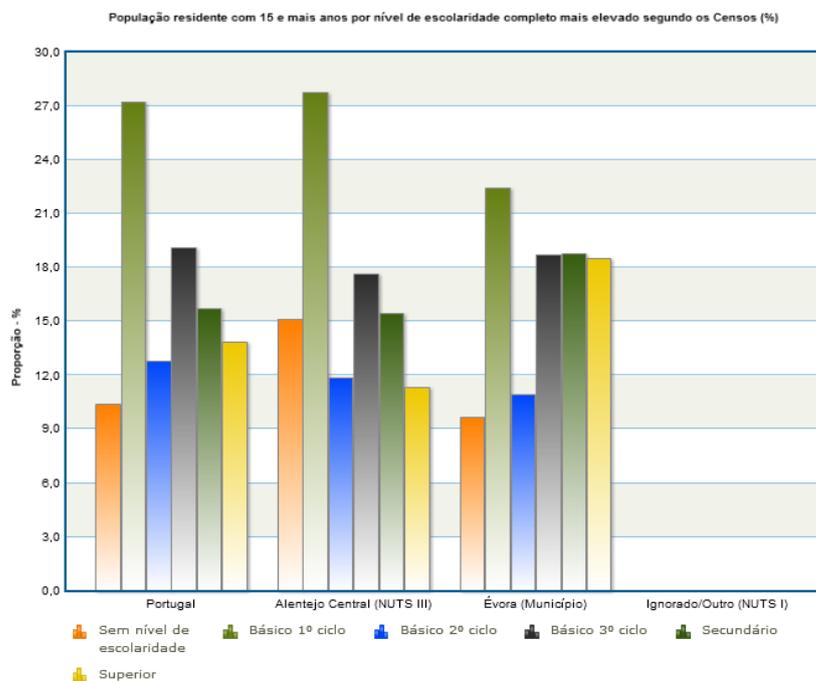
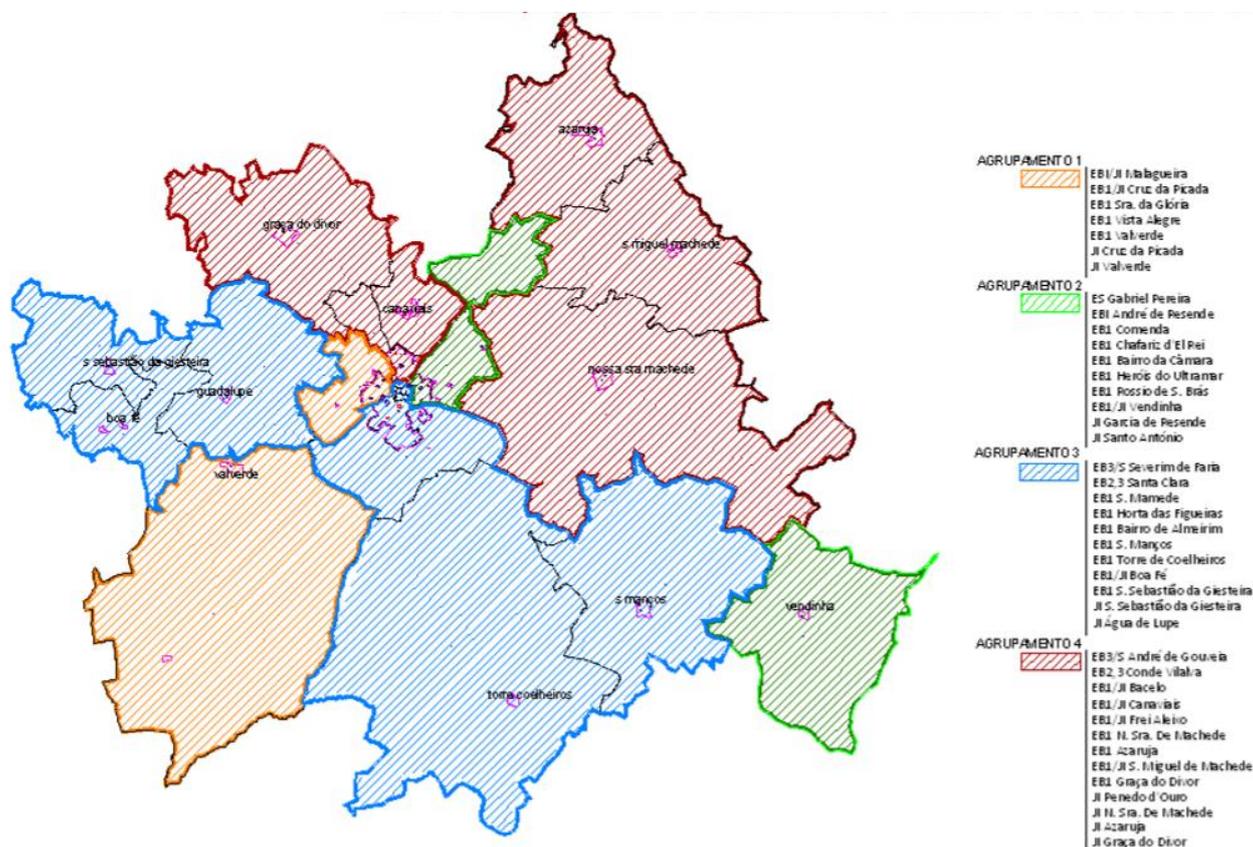


Gráfico 3 – População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%) 2011

Fonte: INE/PORDATA <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>

A rede escolar em Évora organiza-se em quatro agrupamentos diferenciados, tal como podemos verificar no mapa 2 e no anexo 1. Para além das escolas referidas, no mapa, nos diversos agrupamentos da cidade, fazem ainda parte dos estabelecimentos de educação do concelho de Évora, duas entidades privadas: a Fundação Alentejo e Fundação Salesianos de Évora.



Mapa 2 – Agrupamentos de escolas no Concelho de Évora FONTE: DGESTE – DSRA citado por CME

Como resposta aos adolescentes após término do 3º ciclo de escolaridade, Évora possui, para além do ensino secundário nos agrupamentos anteriormente referidos, uma instituição de ensino profissional de referência a nível nacional, a EPRAL – Escola Profissional da Região Alentejo. Criada em 1989, mas que desde 1999 se encontra alojada no seio da Fundação Alentejo, entidade criada para prosseguir os seus objetivos, sendo ao mesmo tempo herdeira de todo o seu património e ideais. Além da formação profissional, atualmente a Fundação Alentejo dispõe ainda de valências ao nível infantil e de formação de adultos. A EPRAL conta com uma oferta formativa variada abrangendo áreas como a saúde, gestão, multimédia, entre outras, tendo já formado mais de 5000 técnicos qualificados (EPRAL, 2017; Fundação Alentejo, 2017).

Relativamente ao ensino superior, Évora é detentora de uma inigualável e prestigiada universidade, a Universidade de Évora. Fundada em 1 de Novembro de 1559, a Universidade de

Évora foi a segunda universidade oficial do país, com o objetivo de servir o sul do território nacional e com o direito de lecionar praticamente todas as matérias (UEVORA, 2017). A Universidade de Évora é caracterizada pela sua enraizada tradição académica, edifícios históricos, que se encontram na sua maioria dispersos pelo centro histórico da cidade, e acima de tudo pelo prestígio e valor científico dos ilustres docentes e personalidades que se formaram nesta instituição. A Universidade tem um impacto muito grande na cidade de Évora, quer a nível arquitetónico, científico, histórico ou cultural. Atualmente são muitas as áreas de ensino de que dispõe, organizadas pelas diferentes escolas: Escola de Artes, Escola de Ciências e tecnologia, Escola de Ciências Sociais, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus de Évora e ainda o Instituto de Investigação e Formação Avançada (UEVORA, 2017). Em média frequentam a Universidade quase 9000 alunos por ano. Além dos residentes, entram em Évora milhares de jovens universitários todos os anos, o que confere à cidade uma dinâmica estudantil muito forte nos diversos sectores.

2.2 – Caracterização dos recursos humanos e materiais

A USP de Évora fica sediada na cidade de Évora, num edifício de um único piso, dentro do recinto da Unidade de Saúde Familiar *Salus*, mas em instalações próprias. No que diz respeito ao espaço físico, a unidade dispõe de uma sala de espera, que também assume a função de gabinete administrativo, um gabinete dos técnicos de Saúde Ambiental, três gabinetes médicos, dois gabinetes de enfermagem e uma casa de banho. Algumas atividades desenvolvidas pelos diferentes técnicos que aqui laboram são realizadas noutras unidades de saúde do ACES Alentejo Central, tais como a consulta do viajante, consulta da tuberculose e diagnóstico pneumológico, consulta de cessação tabágica, consulta do adolescente, entre outras, existindo uma cooperação e interação entre as diferentes unidades.

A unidade dispõe de um veículo automóvel para as deslocações dos profissionais no âmbito das atividades que desenvolvem. No entanto, não sendo esta viatura suficiente, é indispensável a utilização de viatura própria pelos diferentes profissionais.

A USP atua com uma equipa técnica multidisciplinar constituída por 5 médicos de Saúde Pública, dos quais 4 são Autoridades de saúde, 3 enfermeiras, 5 técnicos de saúde ambiental, 5 higienistas orais e 2 administrativas. De acordo com o Relatório de atividades elaborado por esta unidade, relativo ao ano de 2015, a equipa supramencionada, não corresponde à adequada à dimensão populacional da sua área de intervenção, necessitando de maior número de técnicos.

3 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

3.1 – Caracterização geral da população

Na tentativa de emancipação através da construção de uma identidade própria, o adolescente adota comportamentos e atitudes que visam alcançar a sua autonomia e independência do controlo parental. Estes comportamentos são caracterizados muitas vezes pela inovação e diferença, originando condutas menos adequadas e por vezes perigosas (Murteiro, 2012). “As substâncias psicoativas inibem a perceção do risco e deterioram as capacidades dos adolescentes para considerar as consequências das suas ações, favorecendo o envolvimento em comportamentos de risco” (SICAD, 2013, p.73 citando Spear, 2002; OMS, 2004; NIAAA, 2005; McQueeney et al., 2009). Para além das consequências a nível pessoal, familiar e social, o consumo excessivo de álcool é ainda responsável por elevados custos diretos e indiretos com a saúde. Estamos assim perante um importante problema de saúde pública que acarreta consequências económicas de grande dimensão para o país e para o mundo, pelo que se revela da maior pertinência conhecê-lo e intervir no mesmo.

A descrição da população alvo é um elemento essencial da caracterização do diagnóstico de situação (Imperatori & Geraldès, 1993). De acordo com Murteiro (2012, p. 25 citando Fortin, 1999; Glick & Stanhope, 2011) “a população é assim definida como o conjunto de elementos de um grupo bem definido, que tenham em comum uma ou várias características semelhantes, e sobre o qual se desenvolve a intervenção”. Assim, a população alvo deste projeto é constituída por adolescentes que frequentam o 8º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico de uma escola pública da área urbana do concelho de Évora. Desta população, foi feita uma seleção de uma amostra, num total de 82 alunos, distribuídos por 4 turmas na Escola Básica André de Resende.

Depois de definida a amostra, é então altura de recolher a informação indispensável para esclarecer ou analisar a situação (Imperatori & Geraldès, 1993). Desta forma, é possível conhecer a população abrangida pelo estudo no que concerne à temática abordada, assim como, os fatores que determinam a situação. Deve assim elaborar-se o diagnóstico de situação, constituindo este a primeira etapa do planeamento em saúde. O diagnóstico elaborado deverá corresponder às necessidades de saúde da população, permitindo identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes (Imperatori & Geraldès, 1993).

Com base nestas premissas, foi efetuado o diagnóstico de situação da amostra selecionada, no sentido de conhecer quais os hábitos de consumo de álcool dos adolescentes estudados, bem como, identificar os determinantes de saúde que o influenciam. Pretendeu-se ainda perceber quais os conhecimentos que os adolescentes possuíam relativamente à temática. Para a realização do diagnóstico de situação e conseqüentemente da caracterização da população alvo do projeto foram utilizados dois questionários, os quais se encontram descritos no ponto 5.1.

Dos 82 adolescentes incluídos na amostra, 60% são do sexo feminino e 40% do sexo masculino, sendo a média de idades de 13,78 anos de idade (DP=0,73). Os adolescentes com 14 anos de idade correspondem a 52% da amostra.

No que diz respeito à tipologia familiar, tal como podemos verificar no quadro 2, 69,5% dos estudantes inquiridos vivem no seio de uma família clássica, constituída pelos seus progenitores e irmãos, e nalguns casos específicos coabitam na sua residência também um dos seus avós. 17,1% residem numa família monoparental e 13,4% dos estudantes vivem noutros tipos de tipologia familiar, sendo que 2,4% estudantes vivem com os avós, 7,3% refere residir com a mãe e padrasto, 2,4% vive com pai e a madrasta e 1 dos alunos inquiridos reside numa instituição. 91,5% dos alunos inquiridos têm irmãos, deparando-nos com uma média de 1,8 irmãos por aluno. A maioria dos estudantes são o filho primogénito, com uma representatividade de 40,2%.

Características		Média	DP
Idade		13,78	0,73
		n	%
Género	Masculino	33	40
	Feminino	49	60
Tipologia familiar	Tradicional	57	69,5
	Monoparental	14	17,1
	Outras	11	13,4
Lugar na fratria	Único	7	8,5
	Mais velho	33	40,2
	Do meio	18	22,0
	Mais novo	22	26,8
	Gémeo	2	2,4

Quadro 2 – Caracterização da amostra relativamente às características sociodemográficas (n=82)

3.2 – Cuidados e necessidades específicas da população

Relativamente ao perfil do comportamento de consumo de álcool dos adolescentes que responderam ao questionário, tal como podemos verificar no gráfico 4, verificou-se que apenas cerca de um terço dos alunos referiram nunca ter consumido álcool (34,1%), confirmando-se a premissa que, na maioria das vezes, é durante a adolescência que se inicia o consumo de álcool. Com igual representatividade surge a taxa de experimentação, uma vez que, 34,1% refere ter ingerido álcool apenas uma vez e 31,8% dos estudantes mencionam consumir álcool regularmente.

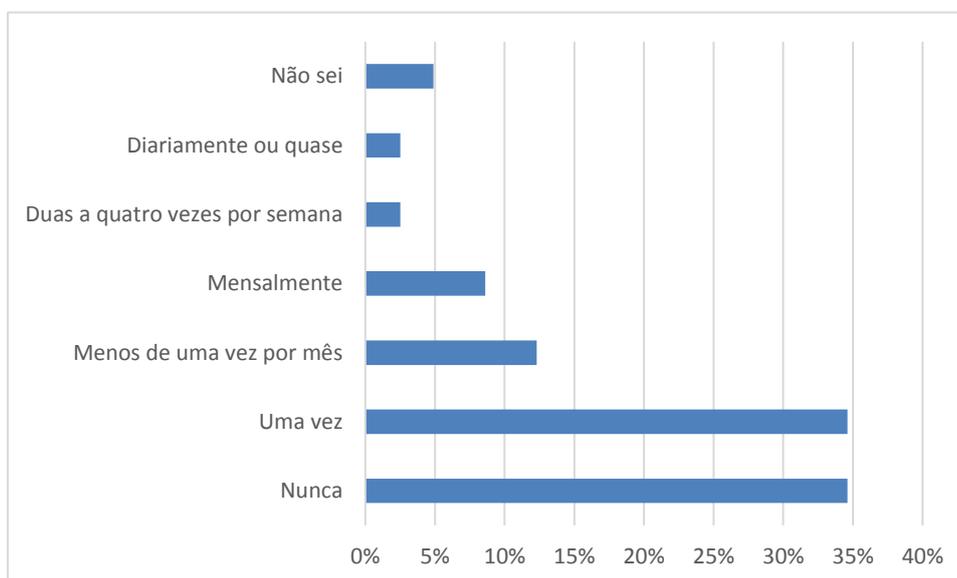


Gráfico 4 – Gráfico de frequência do consumo de álcool

A maioria dos alunos iniciou o consumo cerca dos 12/13 anos de idade, sendo a média da idade referida como aquela em que beberam a 1ª bebida alcoólica de 12,06 anos (DP=1,75), com um intervalo entre os 6 e 16 anos de idade. 56,9% dos adolescentes inquiridos teve o primeiro contacto com o álcool antes dos 13 anos de idade, e 6 alunos referiram mesmo ter ingerido a primeira bebida alcoólica antes dos 10 anos (Gráfico 5).

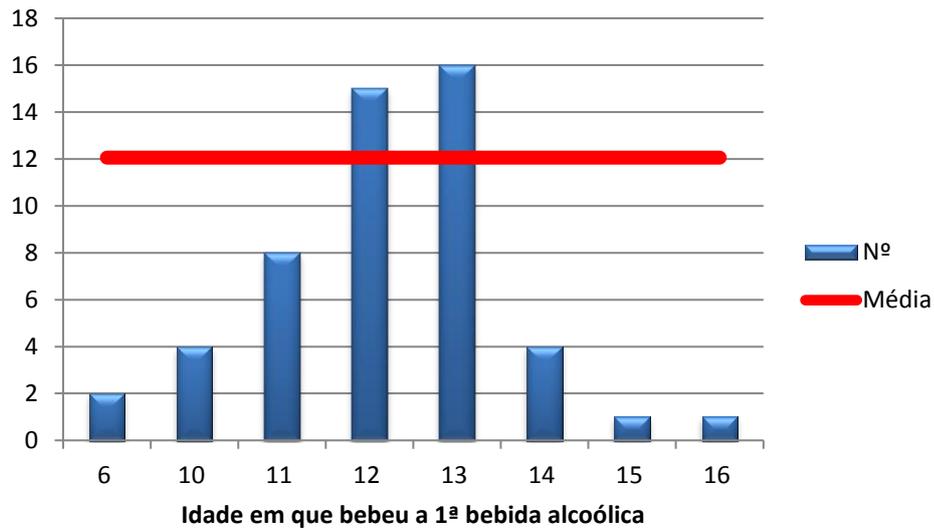


Gráfico 5 – Idade em que bebeu 1ª bebida alcoólica

Correlacionando a idade de início de consumo com o género, verificou-se um valor de correlação forte ($r=0,354$; $p<0,011$). Tal como podemos verificar no gráfico 6, os rapazes iniciaram o consumo de álcool mais cedo e as raparigas numa fase mais tardia. No entanto, mesmo o início do consumo começando ligeiramente mais tarde nas raparigas, ainda assim dá-se numa idade prematura.

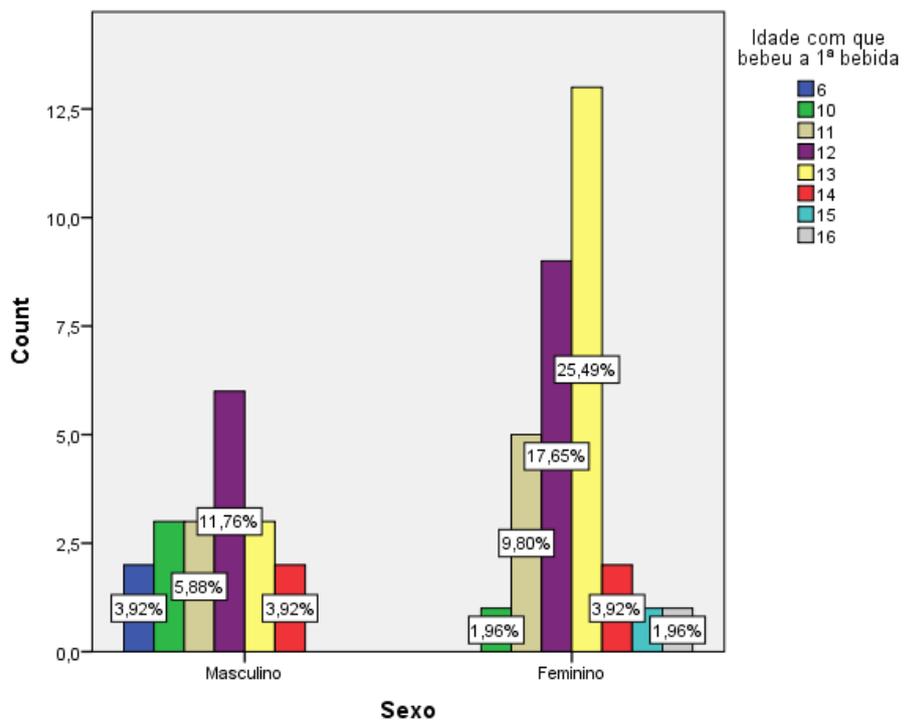


Gráfico 6 – Correlação entre a idade em que bebeu 1ª bebida alcoólica e o género

Não se verificou a existência de discrepância na frequência com que consomem álcool de acordo com o género ($r = -0,110$; $p < 0,330$), isto é, a frequência com que os adolescentes inquiridos consomem álcool é semelhante, independentemente se se é rapaz ou rapariga.

Analisando o tipo de bebida que os rapazes ou raparigas preferem também não se identificaram diferenças significativas entre as bebidas eleitas por cada um dos sexos. Constatou-se que a bebida ingerida por maior número de alunos, nos últimos 30 dias, foi a cerveja (28,05%), seguida dos alcopops (21,95%), Cidra (19,51%) e bebidas espirituosas (17,07%). A bebida menos popular entre os estudantes foi o vinho, sendo referido como uma das bebidas consumidas, por apenas 9 adolescentes (10,98%).

Relativamente às pessoas com quem estavam aquando do primeiro consumo 66,7% dos estudantes referiram estar com familiares e 31,4% com amigos. Não se verificou uma correlação positiva entre o género e a pessoa com quem estavam no momento do primeiro consumo ($r = -0,258$; $p < 0,67$). Os pais/familiares surgem muitas vezes como o primeiro elo de ligação entre os adolescentes e o consumo de álcool, sendo extremamente curioso perceber, tal como podemos verificar no gráfico 7, que os alunos que só experimentaram beber uma vez, grande parte, foi na companhia dos familiares que o fizeram.

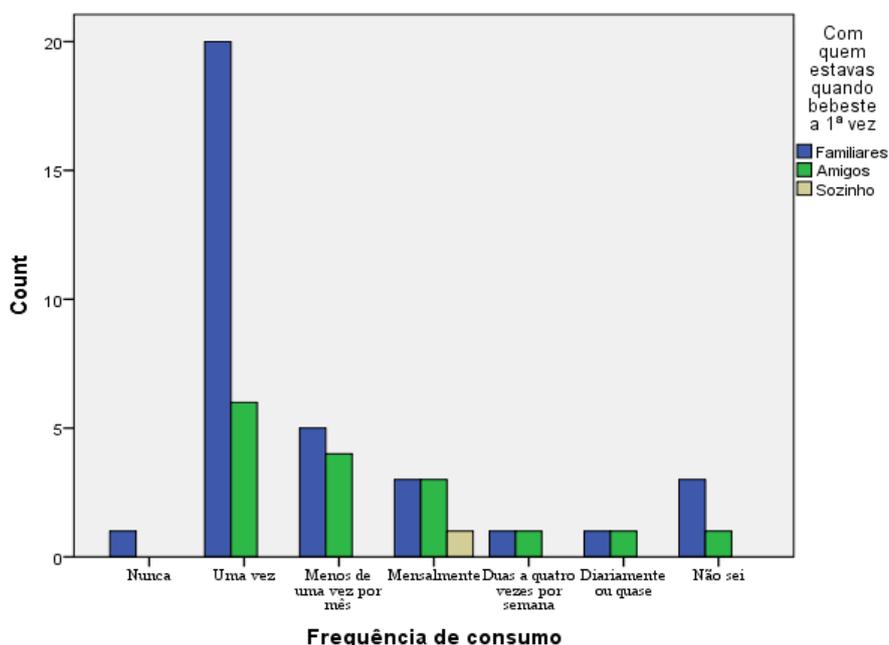


Gráfico 7 – Correlação entre “frequência do consumo” e “com quem estavas quando bebeste a 1ª vez?”

Relativamente aos locais ou pessoas através dos quais os alunos referem conseguir arranjar álcool, são os amigos quem a maior parte dos alunos refere como sendo a pessoa através da qual arranja álcool (37,3%), seguido dos pais dos próprios estudantes (27,5%). No que respeita ao local mais referido surgem os bares, pubs e discotecas, correspondendo a 21,6% das respostas.

Verificou-se ainda a presença de comportamentos de risco diretamente relacionados com o consumo de álcool, falamos assim da presença da embriaguez. Esta registou-se, nos últimos 30 dias anteriores ao preenchimento do questionário, em 6,10% dos alunos que referem já consumir bebidas alcoólicas. Dos alunos que se embriagaram, revelam tê-lo feito em média 2,8 vezes nos últimos 30 dias. Não se verificou uma correlação positiva entre a embriaguez e o género ($r = -0,160$; $p < 0,292$).

A curiosidade surge como o motivo predominante para o início do consumo (85,2%), e, tal como já foi referido, foi a companhia dos pais (66,7%) e dos amigos (31,4%) a eleita para tal acontecer. A expectativa de diversão, influência de amigos, pais, outros familiares e influência de pais de amigos surgem com uma diminuta percentagem de respostas.

Analisados agora os principais contextos em que, os adolescentes incluídos na amostra, consomem álcool, cerca de 41,2 % afirmaram consumir álcool habitualmente em locais públicos e, cerca de 33,3% refere fazê-lo em bares, *pubs* e/ou discotecas. 27,5% diz que o faz em casa, seguido de 23,5% que diz fazê-lo em casa de amigos. 21,6% aponta a casa de familiares como o local onde consome álcool e, 9,8% especificam outros locais, tais como, festas, feiras e restaurantes.

Ainda nesta dimensão foi possível avaliar a perceção dos adolescentes quanto ao número de vezes que os seus pais bebem álcool. Ao analisar os resultados obtidos, tal como podemos visualizar no gráfico 8, pode verificar-se que a maioria dos adolescentes identifica a mãe como tendo poucos ou nenhuns hábitos alcoólicos. Já o pai, é apresentado por grande parte dos adolescentes como alguém com hábitos alcoólicos marcados. Fazendo a análises da correlação entre o consumo dos adolescentes e o consumo dos seus pais, identificou-se uma correlação forte entre a frequência de consumo dos adolescentes e o consumo do pai ($r = 0,275$; $p < 0,017$).

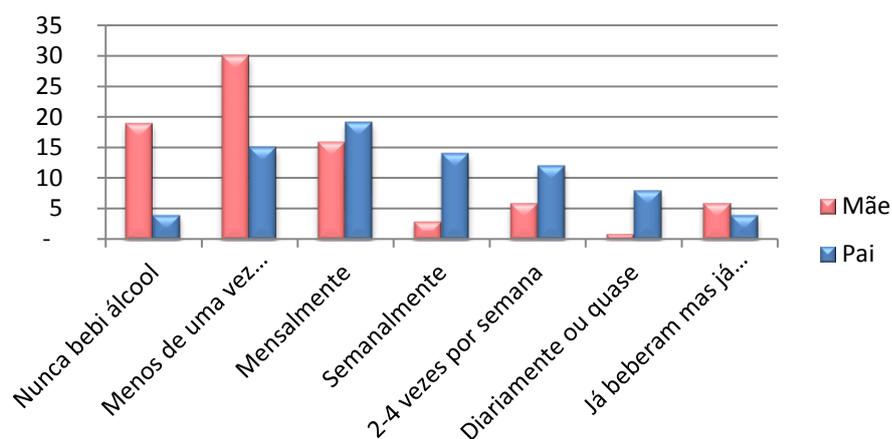


Gráfico 8 – Quantas vezes acham que o pai/mãe ou educadores bebem álcool

Os resultados obtidos identificaram assim o consumo de álcool como um problema de saúde dos adolescentes. Confirmando-se assim a presença de um problema de elevada magnitude nesta população específica, da Escola André de Resende de Évora. Revestia-se agora, de extrema importância, identificar quais os fatores que determinam o início e consumo regular de álcool pelos nossos adolescentes. Diz-nos a literatura que são vários os fatores que podem influenciar este consumo, como sejam, fatores individuais ao próprio adolescente, fatores familiares, grupo de amigos com quem convive, a escola, as novas tecnologias e até o ambiente que o circunda. Estes fatores podem ser considerados como fatores de risco, mas também como fatores que reduzem a hipótese da ocorrência do consumo.

Analisando os fatores individuais ao próprio adolescente, tal como já foi referido, a necessidade de viver novas experiências, a procura de novas sensações, a necessidade de destacar-se ou chamar a atenção, leva-os muitas vezes a adotarem comportamentos de risco, assim como, a própria curiosidade que é tão característica desta fase do desenvolvimento humano os incita a experimentar coisas novas. É neste âmbito que a curiosidade, surge como principal fator de motivação para o início do consumo de álcool pelos adolescentes aqui inquiridos.

Sendo que as variáveis incluídas no questionário para avaliar a autoestima dos alunos correspondem aos itens da escala de autoestima “Rosemberg Self-Esteem Scale” (RSES), a análise da mesma foi efetuada de acordo com a referida escala, conforme descrita no ponto 5.1. Assim a análise dos dados (Apêndice 1) revelou que quando questionados acerca dos sentimentos sobre si próprio, a média da pontuação obtida na avaliação da escala é de 30,06 pontos, o que demonstra que a maioria dos alunos é portador de uma elevada autoestima. Ao correlacionar este

resultado com o consumo de álcool praticado pelos alunos, obtemos uma correlação negativa entre as duas variáveis ($r = -0,024$; $p < 0,831$).

Outra variável analisada foi os acontecimentos significativos vivenciados pelos adolescentes nos últimos seis meses, nomeadamente o consumo de drogas ilegais, problemas familiares, existência de relações sexuais das quais se arrependeram, entre outros. Analisando os dados obtidos, podemos verificar que os acontecimentos “ganhei/perdi peso anormalmente”, “tive pouco dinheiro” e “tive um problema familiar” auferiram maior pontuação. De realçar que, 7,3% dos alunos referiram ter consumido drogas ilícitas nos últimos 6 meses e 6,1% mencionam ter tido problemas com a polícia, identificando assim outros comportamentos de risco (Quadro 3).

Acontecimentos vivenciados (nos últimos 6 meses)	Percentagem de respostas afirmativas (n=82)
Parei de fazer desporto ou outra atividade	20,7%
Fiquei lesionado depois de ter bebido	2,4%
Tive problemas com a polícia	6,1%
Consumi drogas ilegais	7,3%
Tive pouco dinheiro	22,0%
Tive um problema familiar	22,0%
Arrependi-me de uma relação sexual	4,9%
Apanhei uma Infecção Transmitida Sexualmente	2,4%
Perdi/Mudei de amigos	18,3%
Ganhei/Perdi peso anormalmente (+/- 5kg)	26,8%

Quadro 3- Apresentação dos resultados da variável “Acontecimentos vivenciados nos últimos 6 meses”

Questionados quanto à vida familiar e analisando os dados obtidos, 64,2% da amostra refere que os pais muitas vezes ou sempre questionam os adolescentes acerca dos trabalhos de casa, 86,4% afirma que os pais querem que telefonem muitas vezes ou sempre se chegarem mais tarde a casa, 58,8% refere que as regras definidas lá em casa são sempre muito claras e 53,1% da amostra afirma que sempre que não está em casa, pelo menos um dos pais sabe onde o adolescente está e com quem está. Ainda de realçar que 87,6% dos alunos diz que os seus pais nunca ou apenas às vezes discutem. Tal com podemos verificar no gráfico 9, 94,9% dos alunos refere que nunca lhe é permitido fumar, 62,8% revela que nunca lhe é permitido beber álcool em casa, 64,1% diz não lhe ser permitido beber álcool fora de casa e 55,1% indica que existe álcool em sua casa, mas

não lhe é permitido beber. 83,9% da amostra refere que os pais conhecem os amigos com quem normalmente saiem, sendo que apenas 48,1% estão em contacto com os pais dos seus amigos.

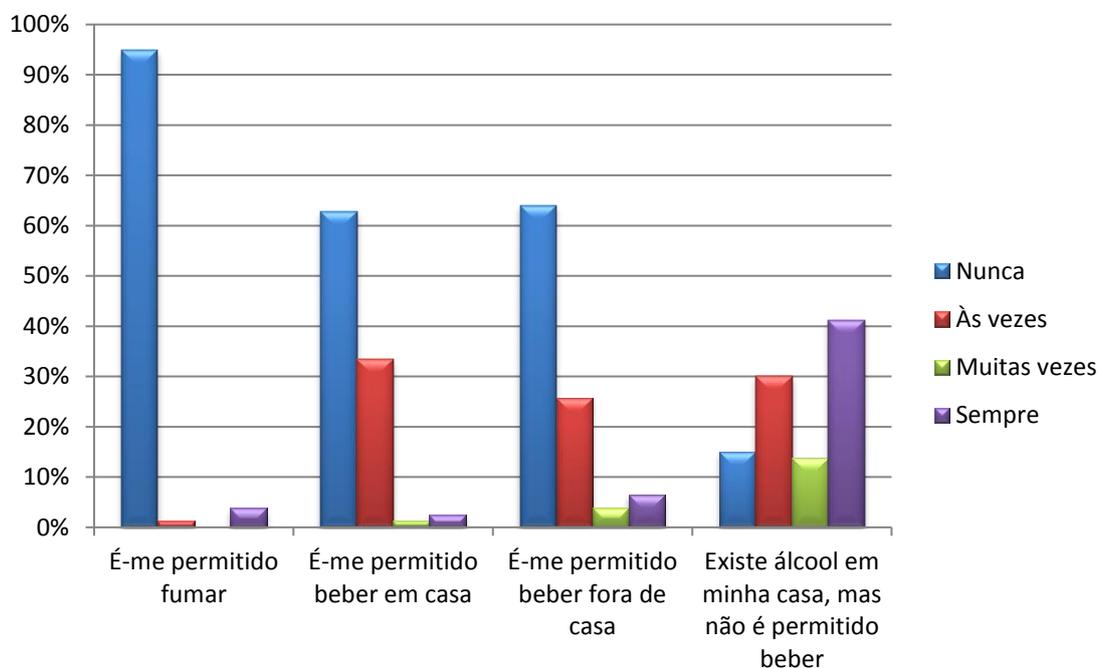


Gráfico 9 – Consentimento dos pais para o consumo de substâncias aditivas

Na generalidade, os pais falam com os seus filhos acerca do consumo de substâncias aditivas (álcool, tabaco e drogas). Observando os resultados alcançados no quadro 4, os pais falam muitas vezes ou sempre, com os seus filhos acerca do consumo de tabaco, drogas ilícitas e álcool, numa ordem decrescente.

Os meus pais/educadores falam comigo sobre....				
	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Álcool	9,9%	30,9%	39,5%	19,8%
Drogas	7,4%	25,9%	34,6%	32,1%
Tabaco	8,6%	22,2%	35,8%	33,3%

Quadro 4 – Análise dos dados relativos às variáveis “Os meus pais falam comigo sobre...”

A comunicação com os pais é fundamental nesta fase do ciclo vital, sendo que estes representam um elemento importante no desenvolvimento de comportamentos e atitudes saudáveis nos seus filhos, de entre os quais os comportamentos diretamente relacionados ao consumo de álcool. Analisado quantas vezes conversam com os pais sobre os mais diversos assuntos, como a escola,

os amigos, a utilização das novas tecnologias, comportamentos de risco, entre outros, podemos verificar no gráfico abaixo que o assunto sobre o qual mais conversam com o pais é o rendimento escolar, seguido da utilização da internet e do telemóvel, surgindo logo em seguida a quantidade de dinheiro gasta pelos alunos. Os temas menos falados entre os adolescentes e os pais, são, tal como podemos averiguar no gráfico 10, os comportamentos sexuais, a utilização da televisão e depois os diferentes consumos de substâncias aditivas (cannabis, álcool e tabaco). Apesar dos consumos ser um tema já referido anteriormente nesta análise, como um assunto sobre o qual os pais falam com os seus filhos, quando comparado com outros assuntos, os consumos acabam por ser um dos menos abordados.

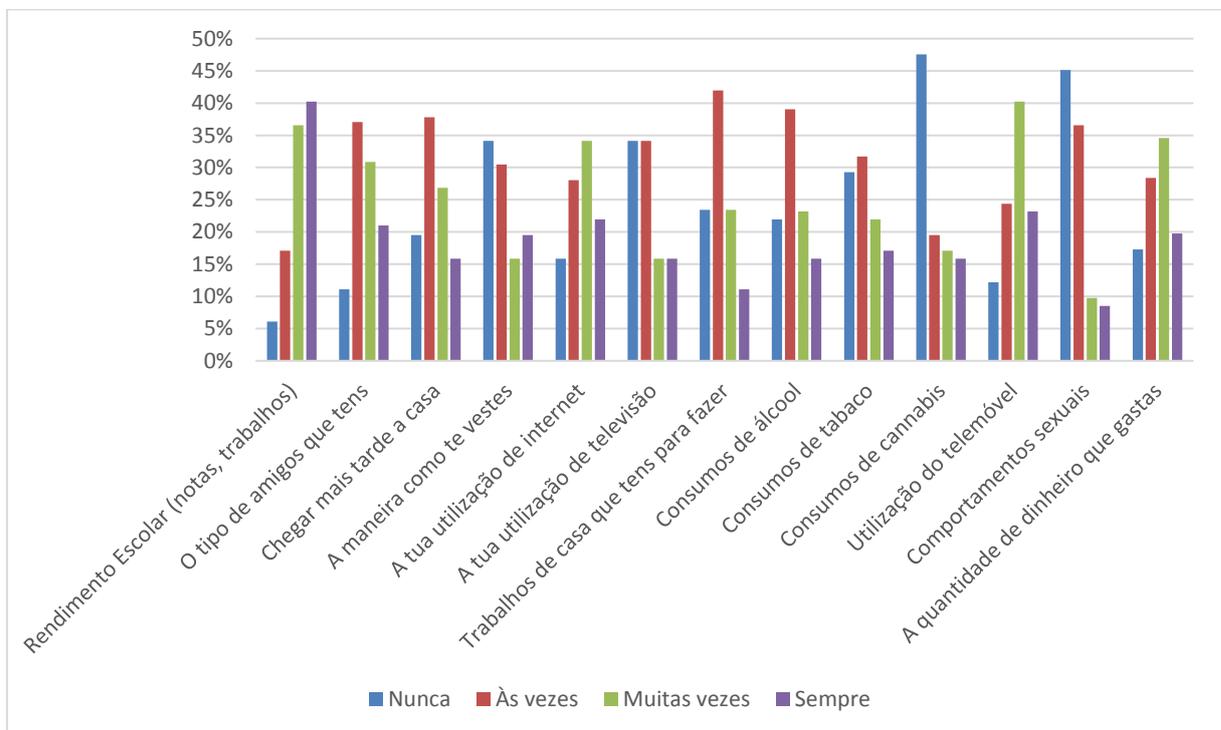


Gráfico 10 – “Quantas vezes conversas com os teus pais/educadores sobre...”

Analisando agora a influência dos amigos como determinante comportamental da saúde, quando questionados acerca se os seus amigos bebem álcool, a grande maioria (61%) responde que alguns dos seus amigos bebem álcool, 19% referem que nenhum dos seus amigos bebe álcool, 15,9% mencionam que a maioria dos seus amigos bebe álcool e apenas 2,4% refere que todos os seus amigos bebem álcool. Quando analisada a correlação entre o consumo de álcool e o consumo dos seus amigos verificou-se existir uma correlação positiva ($r=0,293$; $p<0,008$). Foi ainda possível observarmos a influência do grupo de amigos no início e consumo regular de álcool na adolescência, uma vez que, 19,5 % dos respondentes referem que a 1ª vez que consumiram

estavam na companhia dos amigos e a casa destes surge igualmente como um local eleito de consumo, com 22,6% das respostas. Verifica-se ainda que são os amigos quem a maior parte dos alunos refere como sendo a pessoa através da qual arranja álcool (35,8%).

Outros dos determinantes comportamentais referidos na literatura como fator de risco/proteção é a escola, representando esta a “segunda casa” dos adolescentes, onde passam grande parte do seu dia. Para além de um contexto de aprendizagem, a escola é retratada como um local de socialização e aprendizagem para a cidadania, constituindo o local perfeito para o adolescente se instruir acerca do “saber saber, saber estar e saber ser”. Através da análise dos resultados alcançados podemos verificar que, a grande maioria dos adolescentes (54,3%) refere gostar da escola e a generalidade dos alunos (64,2%) diz sentir-se lá seguro. Também um número elevado de alunos refere não faltar à escola/ aulas por motivos pouco apropriados. Desta forma, 82,7% dos alunos diz nunca ter faltado às aulas porque os pais os deixaram faltar, 86,4% nunca faltaram por livre e espontânea vontade e 80,2% diz nunca ter ido à escola e depois ter faltado às aulas. No que diz respeito às expectativas de futuro percebidas pelos alunos, tal como podemos verificar no quadro 5, a maioria dos alunos deseja continuar a investir na sua educação, pretendendo continuar a estudar e ir para a universidade, rejeitando a hipótese de desemprego ou de prematuramente tentarem alguma forma de empreendedorismo ou negócio próprio.

Expetativas de futuro	Percentagem de respostas afirmativas (n=82)
Vou continuar a estudar (continuar o E. Básico ou secundário)	78%
Vou para a Universidade	73,2%
Não vou ser desempregado	3,7%
Não vou deixar os estudos e vou arranjar um emprego (sem um estudo mais aprofundado)	8,5%
Vou abrir um negócio próprio	11%

Quadro 5 – Apresentação resultados variável “O que é que achas que vai acontecer no futuro?”

Relativamente ao uso da internet e das novas tecnologias, confirmou-se o que já é uma realidade incontestável, vivemos na época das novas tecnologias e das redes sociais. Todos os alunos inquiridos usam a internet, aparecendo como a atividade realizada nos tempos livres com maior evidência, correspondendo a 57,7% das respostas dadas e 19% referem jogar computador no mesmo contexto. No que diz respeito aos conteúdos consultados, são diversos e distribuídos

pelas várias categorias, contudo, convém realçar que mais de metade dos alunos utiliza a internet principalmente para aceder a redes sociais, ao correio eletrónico ou Messenger, fazer downloads, assistir a conteúdos televisivos e jogar de forma on-line.

No entanto, questionados acerca do controlo parental, 64,6% dos alunos afirmam não ter qualquer supervisão relativamente aos *sites* consultados e 59,5% também não tem nenhuma restrição ou controlo sobre o tempo de navegação na internet. Devemos aqui salientar, que 65,8% dos adolescentes referiu já ter visto publicidade a álcool na internet, surgindo assim a internet e as novas tecnologias cúmplices do consumo de substâncias aditivas pelos adolescentes.

Como determinante comportamental da saúde devemos ainda observar a comunidade e o ambiente onde o adolescente vive e com o qual se relaciona. Uma das ocupações de tempos livres dos adolescentes são as saídas à noite, incluindo as idas a espaços noturnos de diversão onde a sua entrada não é consentida, uma vez que não detêm idade legal para que tal ocorra. Verificamos assim, que apesar de serem menores de idade, muitos adolescentes saem à noite frequentemente. Analisados os dados 19,5% dos estudantes afirmam entrar em espaços noturnos onde a entrada é proibida a pessoas da sua idade. Em média, considerando os últimos 4 fins-de-semana, os estudantes afirmam ter saído à noite para um bar/café/discoteca 1,5 fins-de-semana (n=80). Num fim-de-semana normal (incluindo Sexta-Feira, Sábado e Domingo), 59 alunos, ou seja, 73,75% dos estudantes referem que não costumam frequentar discotecas. Dos que responderam afirmativamente à questão, referem que num fim-de-semana normal costumam ir a uma discoteca em média 2 noites por fim-de-semana. Quando saem à noite, os estudantes referem gastar em média 16,40€. Fazendo uma análise do local onde os adolescentes arranjam álcool, concluímos que os bares, *pubs*, discotecas, lojas e supermercados continuam a surgir como uma possibilidade, com 25% das respostas dadas, ou seja, continuam a ser vendidas bebidas alcoólicas a menores de idade, em estabelecimentos comerciais, bares, cafés, entre outros, durante o dia e/ou nas saídas à noite, apesar das políticas implementadas a nível nacional.

“A participação em atividades com caráter voluntário contribui para o desenvolvimento das capacidades de participação cívica e facilita o envolvimento do adolescente nas problemáticas da comunidade escolar e da sociedade” (Rodrigues, 2013, p.81). Analisando os dados obtidos relativamente ao voluntariado efetuado pelos nossos adolescentes, 34,1% refere colaborar voluntariamente em eventos escolares, 24,4% em clubes desportivos e 15,9% em grupos de jovens.

Relativamente ao ambiente em que vivem e quando questionados relativamente ao seu grau de confiança nas pessoas, 50% dos alunos refere que temos que ter cuidado com as pessoas e

44,9% revela que depende das pessoas/circunstâncias. Ainda no que concerne ao ambiente onde residem, 57% diz que no local onde habita as pessoas na sua vizinhança tentam ajudar-se mutuamente, 57,7% revela que tentam cuidar umas das outras, 64,1% refere que onde mora as pessoas são próximas, relacionando-se entre si e 68% dizem poder confiar nessas pessoas.

Conhecimentos acerca do álcool

Analisando os dados obtidos no Questionário de Conhecimentos acerca do álcool (Apêndice 2), verificou-se uma média de 27 respostas corretas por aluno, o que equivale a 66% de respostas certas. Podemos assim afirmar, de acordo com o emitido no despacho normativo n.º 24-A/2012, N.º 236 de 6 de dezembro de 2012, que os conhecimentos dos quais os alunos são detentores correspondem numa escala qualitativa, a suficientes.

A afirmação com maior percentagem de respostas corretas é a afirmação nº10 “O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória”, com 72 (87,8%) respostas certas. Antagonicamente, a afirmação com menor percentagem de respostas corretas é a afirmação nº1 “O álcool das bebidas alcoólicas é “álcool etílico” como o álcool que usamos para desinfetar a pele e que se vende nas farmácias”, apenas com 15,9% de respostas certas, o que quer dizer que apenas 13 alunos responderam corretamente à questão nos 82 alunos da amostra. As afirmações com maior percentagem de respostas incorretas são a afirmação nº 1, 4, 11, 16, 23,34, 37 e 39, com um intervalo entre 51,2% e 84,1%. Realizando uma análise relativamente ao número de respostas corretas de acordo com o género, pudemos concluir que não existe uma diferença significativa, verificando-se uma média de 25 respostas corretas por aluno do sexo masculino e 27 respostas corretas por aluno do sexo feminino.

Identificação de problemas e necessidades

Após a análise dos resultados obtidos, foram identificados três problemas, os quais passamos a apresentar:

- **Abuso de álcool** - Início precoce e consumo regular e excessivo de bebidas alcoólicas, pelos adolescentes que frequentam o 8º ano de escolaridade, do 3ºciclo do ensino básico, da escola Básica André de Resende, em Évora;
- **Défice de conhecimentos sobre o abuso de álcool e potenciais consequências** - Défice de conhecimentos acerca do consumo regular e excessivo de álcool, e de todas as possíveis

consequências daí decorrentes, pelos adolescentes que frequentam o 8º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da escola Básica André de Resende, em Évora;

▪ **Atitude dificultadora da família** - Consumo de álcool incentivado e tolerado pelos pais/família, surgindo muitas vezes como primeiro elo de ligação entre os adolescentes e o consumo de álcool. Pouco controle dos pais, necessitando de uma maior monitorização sobre os comportamentos adotados pelos seus educandos.

Identificados os problemas e necessidades específicas da população procedeu-se à hierarquização dos mesmos, uma vez que a metodologia do planeamento em saúde consiste num processo contínuo e dinâmico, composto por múltiplas etapas, sendo a definição de prioridades a segunda etapa deste processo (Imperatori & Geraldès, 1993).

Em Outubro de 2017, no sentido da consensualização do diagnóstico, foram apresentados e discutidos os resultados na Unidade de Saúde Pública e na Escola onde foi implementado o projeto. Posteriormente procedeu-se à seleção das prioridades tendo-se considerado que os vários problemas identificados são indissociáveis, optou-se por intervir sobre todos eles.

3.3 – Estudos sobre programas de intervenção com a população alvo

O álcool é considerado uma substância psicoativa. São consideradas substâncias psicoativas ou psicotrópicas todas as substâncias que possuam a capacidade de atuar sobre o cérebro, proporcionando alterações no psiquismo (Silva, 2016). De entre as diversas substâncias psicoativas existentes, o álcool é uma substância lícita na nossa sociedade. É a substância psicoativa mais consumida na maioria dos países, sendo considerada uma droga do tipo depressora, diminuindo a atividade cerebral do indivíduo que a ingere (Cabral, 2004).

Bebidas alcoólicas são todas as bebidas que na sua constituição contenham álcool. “O álcool etílico ou etanol, molécula de fórmula química $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$, é o principal álcool destas bebidas, que o contêm em diferentes concentrações” (Valente, 2012, p.93 citando Mello et al., 2001). O artigo nº3 da Portaria nº390/2002 define bebida alcoólica como “toda a bebida que, por fermentação, destilação ou adição, contenha um título alcoométrico superior a 0,5º”.

Em Portugal a disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos é regulada pelo Decreto -Lei n.º 106/2015, de 16 de junho, que veio alterar o Decreto- Lei n.º 50/2013, de 16 de abril. Este não pretende “sancionar ou penalizar comportamentos, antes se

pretende, de forma progressiva, minimizar o consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes, através do aumento da idade mínima de acesso e da proibição correspondente de venda, conforme recomendações de organismos especializados nacionais e internacionais” (Decreto-Lei n.º 106/2015, p. 3896). Embora, este decreto-lei venha vetar a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos de idade continua a verificar-se que esta prática continua a ser frequente, mesmo assumindo um carácter ilegal. Não é difícil verificarmos que continuam a ser vendidas bebidas alcoólicas a menores de idade, em estabelecimentos comerciais, bares, cafés, entre outros, durante o dia e/ou nas saídas á noite.

O consumo de álcool não é uma prática recente na sociedade, sendo atualmente considerado um problema mundial de saúde pública. Atinge todas as idades, todas as classes sociais e económicas, todas as religiões e culturas, homens e mulheres, atinge qualquer um. Não é um problema de um, é um problema de todos.

Na maioria das vezes, é durante a adolescência que se inicia o consumo de álcool, pelo que esta fase do ciclo vital constitui o momento ideal para intervir. A adolescência é uma fase caracterizada pela transição do desenvolvimento humano entre a infância e a idade adulta. São considerados adolescentes todos os indivíduos com idades compreendidas entre 10 e 19 anos (WHO, 2017). De acordo com os dados fornecidos pelo INE (2014), em Portugal existem cerca de 1 300 000 adolescentes. Diz-nos a evidência científica que o início do consumo de álcool ocorre em idades cada vez mais precoces, em ambos os géneros. Durante várias épocas, foram os indivíduos do sexo masculino os maiores consumidores de álcool. “Nas últimas duas décadas, este domínio tem-se vindo a atenuar de forma considerável e inclusivamente a desaparecer” (Lourenço et al, 2014, p.264 citando Zeigler (2005), Ledoux (2000)).

A problemática do consumo de álcool na adolescência tem vindo a ser alvo, ao longo dos últimos anos, de vários estudos. No ano de 2006, em Coimbra, é realizado um estudo (Barroso, 2012) em duas escolas no sentido de caracterizar o padrão de consumo de álcool e os conhecimentos acerca do álcool por parte dos estudantes do 3º ciclo. Este estudo revela que 65,10% dos jovens já tinha consumido álcool alguma vez na vida e destes 18,78% referiram ter-se embriagado. Relativamente à caracterização dos conhecimentos foi possível identificar um défice de conhecimentos acerca dos efeitos do álcool e do seu consumo durante a adolescência.

Também em 2011 é efetuado, no distrito de Beja, um estudo por Tavares, Bonito & Oliveira, acerca do fenómeno do consumo de álcool entre jovens escolares (9º ano de escolaridade). Neste, verificou-se que mais de 90% dos alunos inquiridos já teriam consumido

álcool, com uma média de idades do 1º consumo de 12,7 anos. A curiosidade foi o principal motivo que os levou a experimentar, sendo que a maioria o fez com amigos e familiares.

De 2013 a 2015 foram efetuados em Portugal, vários estudos relativos ao consumo de bebidas alcoólicas na população escolar, nomeadamente o Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS) em 2014 e o estudo sobre Consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências (ECADT_CAD) durante o ano de 2015. No HBSC/OMS realizado no ano de 2014 concluiu-se que “32% dos alunos do 6º/8º/10º anos de escolaridade já tinham experimentado bebidas alcoólicas e 14% tinham consumido nos últimos 30 dias à data da inquirição” (SICAD, 2016, p.46). Concluiu-se ainda, de acordo com o referido no mesmo relatório que, o tipo de bebidas alcoólicas consumidas com maior frequência foram as bebidas destiladas (5,4% consomem todas as semanas/meses e 0,4% diariamente) e a cerveja (4,5% consomem todas as semanas/meses e 0,5% diariamente). Aproximadamente 12% dos estudantes inquiridos já se tinham embriagado, sendo que este comportamento prevalece nos alunos mais velhos incluídos no estudo (SICAD, 2016).

Também no ano letivo 2014/2015, é realizado na região do Alentejo, um estudo referente ao consumo de substâncias aditivas pelos adolescentes. Este estudo surge englobado no projeto “Conhecer Global, Atuar Local”, e foi aplicado a 3141 alunos do 7º ano de escolaridade das escolas da região Alentejo. Neste pôde concluir-se que 30,8% da amostra já tinham consumido bebidas alcoólicas alguma vez na vida, sendo que a cerveja assume a liderança do tipo de bebida mais consumida com 61,8%, seguida das bebidas destiladas (38,4%) e do vinho (22,7%). 49,7% Ingeriu a 1ª bebida alcoólica com os amigos e 50% acompanhado de um familiar. O mesmo estudo adianta ainda que 10,8% dos alunos terá ingerido cinco ou mais bebidas seguidas, nos últimos 30 dias, sendo que 8,6% ficou embriagado pelo menos uma vez (Lopes, Caldeira, Jesus, Leão & Murteira, 2017).

No ano de 2015, foi efetuado um estudo sobre Consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências (ECADT_CAD) pelo SICAD/Ministério da Saúde (MS) em articulação com Direção Geral de Educação/Ministério da Educação. Este é uma versão alargada do “European School Survey Project on Alcohol and Drugs / 2015” (ESPAD), um projeto internacional, realizado em 2015, em cerca de 40 países europeus, com alunos de 16 anos. O referido projeto assume como objetivo a recolha e análise, de modo comparável, de dados referentes à evolução dos consumos de substâncias psicoativas, em alunos de 16 anos. Em Portugal, este projeto foi aplicado em jovens entre os 13 e os 18 anos de idade. Analisando os

resultados obtidos, e comparando-os com os resultados alcançados no ano de 2011 e 2013, conclui-se que tem vindo a registar-se uma diminuição da prevalência do consumo de álcool nos alunos entre os 13 e os 16 anos, verificando-se porém, uma estabilidade/agravamento no consumo na faixa etária dos 17 e 18 anos (Feijão, 2015 - SICAD/MS).

As prevalências de consumo ao longo da vida de uma qualquer bebida alcoólica variaram entre 31% (13 anos) e 91% (18 anos). As prevalências de consumo recente variaram entre 20% (13 anos) e 86% (18 anos) e as de consumo atual entre 9% (13 anos) e 67% (18 anos). Estas prevalências de consumo de uma qualquer bebida alcoólica variaram na razão direta das idades dos alunos (SICAD, 2016, p.50).

De acordo com o Relatório Anual de 2015 do SICAD relativo à situação do país em matéria de álcool os resultados dos estudos aqui referenciados “evidenciaram, de um modo geral, descidas das prevalências de consumo recente de bebidas alcoólicas, assim como de alguns padrões de consumo de risco acrescido e em particular a embriaguez, a nível da grande maioria dos grupos etários” (SICAD, 2016, p.49). Contudo, apesar da prevalência do consumo de álcool pelos adolescentes ter vindo a declinar lentamente, esta ainda é uma realidade preocupante. Continua a haver um consumo bastante elevado de bebidas alcoólicas na adolescência, sendo que este se verifica cada vez em idades mais precoces. No documento emitido pela DGS (2015a) “A Saúde dos Portugueses” é enunciado que a idade de experimentação do álcool continua a verificar-se antes dos 14 anos de idade.

Assistimos ainda ao fenómeno do “binge-drinking”, cada vez mais popular entre os nossos jovens. Este é caracterizado pelo consumo excessivo de álcool, ou seja, consiste no consumo de grandes quantidades de álcool num único episódio, normalmente padronizado por cinco ou mais bebidas ao mesmo tempo para indivíduos do sexo masculino, ou quatro ou mais bebidas ao mesmo tempo para indivíduos do sexo feminino (WHO, 2014). Este já não é um fenómeno recente, uma vez que, de acordo com Murteiro (2012, p.14 citando WHO, 2001), já no ano de 2001 a OMS, no “Global Status Report Alcohol and Young People, se centrava sobre este padrão de consumo enraizado no aumento do consumo de bebidas destiladas nos adolescentes, bebidas energéticas com álcool e alcopops (bebidas alcoólicas açucaradas) que se tornam mais apelativas”. Como exemplo deste fenómeno surgem ainda os chamados *shots*, uma pequena mistura de várias bebidas, normalmente com elevada graduação alcoólica.

O consumo rápido e sucessivo deste tipo de bebidas, leva a que rapidamente se atinjam taxas de alcoolémia elevadas, conduzindo à embriaguez (intoxicação aguda) com implicações imediatas, nomeadamente deterioração da capacidade de raciocínio, da tomada de decisões e da capacidade de

autocontrole do comportamento, em particular perda do controlo de desinibição e alteração do sentido crítico que são preditores de comportamentos de risco (Barroso, 2012, p.7).

O consumo de álcool para além de ser por si só uma problemática importante, esta não é um problema isolado, é ainda a porta de entrada para todo um conjunto de outras patologias. “O uso nocivo do álcool determina o aparecimento e manutenção de várias doenças como neoplasias, doenças cérebro e cardiovasculares, doenças hepáticas, infeção pelo VIH, tuberculose, pneumonia e depressão” (DGS, 2015a, p.8). No mesmo documento, o álcool é, ainda, apontado como “responsável pelo aumento dos níveis de criminalidade, violência doméstica e sinistralidade rodoviária. Durante a gravidez está associado a alterações no desenvolvimento fetal”. Também Lourenço et al (2014, p. 261) citando Zeigler et al (2005) mencionam que, o consumo excessivo de álcool na adolescência “associa-se a um baixo aproveitamento escolar, delinquência, morte ou sequelas graves em acidentes de viação, comportamentos sexuais de risco, tentativas de suicídio, homicídio, afogamento, consumo de outras drogas ou dependência alcoólica no futuro”.

Na tentativa de emancipação através da construção de uma identidade própria, o adolescente adota comportamentos e atitudes que visam alcançar a sua autonomia e independência do controlo parental. Estes comportamentos são caracterizados muitas vezes pela inovação e diferença, originando condutas menos adequadas e por vezes perigosas (Murteiro, 2012). “As substâncias psicoativas inibem a perceção do risco e deterioram as capacidades dos adolescentes para considerar as consequências das suas ações, favorecendo o envolvimento em comportamentos de risco” (SICAD, 2013, p.73 citando Spear, 2002; OMS, 2004; NIAAA, 2005; McQueeney et al., 2009). São vários os autores que corroboram com esta ideia. De acordo com Brito et al (2015 citando OMS, 2011), o consumo de álcool na adolescência está frequentemente relacionado a vários comportamentos de risco, como por exemplo a prática de relações sexuais sem proteção, das quais podem resultar o contágio de doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada. Sampaio Filho et al (2010) defendem que o consumo de álcool é considerado como um dos fatores que tem maior influência negativa no comportamento sexual, tendo influência direta no início precoce de atividade sexual, não uso de preservativo, pagamento por sexo e prostituição. A Organização Panamericana da Saúde assinala que, o álcool é também muitas vezes a porta de entrada para o consumo de outras drogas lícitas e ilícitas (Ruiz & Ramirez, 2016).

O consumo de álcool está ainda frequentemente associado à ocorrência de acidentes de viação. Calafat (2002) afirma que a relação entre a ocorrência de acidentes de viação e o consumo de álcool está claramente comprovada pela evidência científica, referindo que ao ser efetuada uma

revisão de 112 estudos conclui-se que a capacidade necessária para conduzir deteriora-se a partir de níveis mínimos de álcool no sangue. Em Portugal, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, no ano de 2015, “dos 644 óbitos positivos para o álcool e com informação sobre a causa de morte, cerca de 38% foram atribuídos a acidente (incluindo os de viação), 32% a morte natural, 13% a suicídio e 6% a intoxicação alcoólica” (SICAD, 2016, p.14). Segundo os dados emitidos pelo mesmo Instituto, no contexto rodoviário em 2015 registaram-se 142 vítimas mortais de acidentes de viação que estavam sob a influência do álcool ($TAS \geq 0,5g/l$). Cerca de 77% eram condutores, 17% peões e 6% passageiros (SICAD, 2016). De acordo com Souza, Ferriani, Silva, Gomes & Souza (2010, p.734), “25% de todas as mortes ocorridas em jovens entre quinze e dezanove anos de idade são atribuídas ao álcool”.

Para além das consequências a nível pessoal, familiar e social, o consumo excessivo de álcool é ainda responsável por elevados custos diretos e indiretos com a saúde. Estamos assim perante um importante problema de saúde pública que acarreta consequências económicas de grande dimensão para o país e para o mundo.

Consideramos assim, estar perante uma problemática de elevada magnitude da nossa sociedade. Surgem associadas ao consumo de álcool na adolescência muitas consequências físicas, psicológicas, emocionais, sociais, económicas e comportamentais. São vários os determinantes comportamentais de saúde que influenciam este flagelo, fatores individuais inerentes ao próprio indivíduo, aspetos familiares, influência dos grupos de pares, fatores económicos, sociais e culturais. Para além dos fatores já enunciados não podemos esquecer o papel das novas tecnologias como fator determinante social da saúde. Vivemos na era das novas tecnologias e das redes sociais. Diariamente estas fazem parte da vida dos adolescentes. “É impossível negar que este é o tema central das suas vidas emocionais e que representa o maior e inequívoco salto geracional em relação ao padrão dos seus próprios pais” (Strecht, 2017, p.113).

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Findo o diagnóstico de situação e após a priorização dos problemas identificados, iniciou-se a terceira etapa da metodologia do Planeamento em Saúde, a fixação de objetivos. Imperatori & Geraldès (1993, p.77) defendem que esta etapa “é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”, sendo que, os mesmos autores definem objetivo como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto”. De acordo com Tavares (1990) os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis.

Assim, foi então delineado o objetivo geral do projeto, que tal como o nome indica, diz respeito de uma forma geral a uma determinada situação que se pretende atingir (Tavares, 1990). Como forma de alcançar o objetivo geral traçado, foram formulados três objetivos específicos, e, para cada um deles foram delineadas metas/objetivos operacionais (Apêndice 3).

Após a análise dos dados obtidos no diagnóstico de situação verificou-se uma elevada incidência de adolescentes entre a amostra que já consomem álcool, o que revela o uso precoce de álcool nesta faixa etária, pelo que se torna crucial a redução da prevalência do mesmo. Desta forma, foi definido como objetivo geral do projeto: *“Reduzir em 10% a prevalência do consumo de álcool, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até Junho de 2018”*.

Para conseguir reduzir a prevalência do consumo de álcool nos adolescentes envolvidos neste projeto, tornou-se essencial delinear três objetivos específicos:

a) *“Aumentar em 25% os conhecimentos acerca do álcool, problemas a si associados, potenciais consequências e riscos inerentes ao seu consumo, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até junho de 2018.”*

Para além de caracterizar o comportamento de consumo de álcool dos adolescentes e identificar os determinantes que influenciam este comportamento, revelou-se crucial o estudo acerca dos conhecimentos que os adolescentes já eram detentores acerca do álcool, problemas a si associados, consequências e riscos inerentes ao seu consumo. Este estudo veio a revelar que os

alunos possuíam um déficit de conhecimentos relativamente ao tema. Este objetivo cumpre o definido na Carta Europeia para o álcool. Decorria o ano de 1995, quando em Paris é realizada a Conferência Europeia sobre Saúde, Sociedade e o Álcool, onde é adotada a Carta Europeia para o Álcool. A referida carta “define princípios éticos e objetivos que os países podem utilizar para desenvolver políticas e programas exaustivos para o álcool, foi ratificada por todos os Estados Membros da Região Europeia da OMS” (OMS, 2000, p. 3). Nesta carta são definidos 5 princípios éticos e 10 estratégias de ação que deverão ser adotados por todos os Estados membros na elaboração de políticas e programas de luta contra o alcoolismo. Dos cinco princípios éticos delineados destaco o 2º princípio, o qual passo a referir: “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” (SAAP, 2017).

Ao longo do tempo temos vindo a assistir a um desempenho notável da saúde escolar na promoção da saúde e prevenção da doença. Porém, apesar de inquestionáveis melhorias, diz-nos a evidência científica que a maioria das doenças não transmissíveis com que nos deparamos atualmente resultam da adoção de estilos de vida menos saudáveis. As estratégias de prevenção das referidas enfermidades serão tanto mais eficazes quanto mais precoces forem implementadas, no que se refere à idade, sendo que a adolescência assume-se como um período prioritário de atuação. A educação para a saúde em contexto escolar assume um papel de destaque na consciencialização e no aumento do conhecimento acerca das condutas adequadas para a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Permite ainda o aumento das competências sociais dos adolescentes, auxiliando-os na capacidade de decisão, permitindo-lhe fazer escolhas mais conscientes, seguras e responsáveis. Gueterres, Rosa, Silveira & Santos (2017) defendem que através da articulação entre a escola e os cuidados de saúde é possível a formação de cidadãos com totais conhecimentos acerca dos hábitos de vida saudáveis.

De acordo com Barroso (2012, p.98 citando Hawkins et al, 1997 & Johnston, 2003) “a falta de conhecimentos acerca dos efeitos do álcool e o seu consumo durante a adolescência é preocupante uma vez que se pode traduzir em consequências nefastas no desenvolvimento e desempenho do adolescente”. Desta forma, revela-se importante e prioritário o desenvolvimento de projetos que promovam o aumento dos conhecimentos dos nossos jovens acerca do consumo de álcool.

b) *“Adiar o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas, em 10% dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até junho de 2018.”*

Ao analisar os dados obtidos no diagnóstico de situação referentes ao perfil do comportamento de consumo de álcool dos adolescentes, verificámos que 65,9% da nossa população já consumiu álcool alguma vez na sua vida. Porém, não podemos esquecer que cerca de 34,1% dos adolescentes referiram nunca ter consumido álcool. Este objetivo surge na tentativa que estes jovens que nunca consumiram bebidas alcoólicas continuem sem o fazer. É expectável que o alcance dos restantes objetivos específicos delineados permita a obtenção do pretendido.

c) *“Promover a mobilização e o envolvimento dos pais/encarregados de educação e dos professores dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, nas atividades planeadas, ao longo da implementação do projeto.”*

A família é o primeiro grupo social do qual fazemos parte e com o qual interagimos. A adolescência é uma fase de transformação e crise relacionada com todas as alterações físicas, psicológicas e sociais que esta etapa da vida acarreta. Os adolescentes são um dos grupos da comunidade mais vulnerável a desenvolver comportamentos de risco para a saúde, pelo que esta é uma etapa em que é posta à prova a capacidade de adaptabilidade e funcionalidade familiar.

Durante a adolescência uma das alterações que ocorre é a relação pais/filhos, sendo que esta relação “passa de uma esfera de protecção/dependência para a esfera da autonomia/independência” (Valente, 2012, p.48). Desta forma, o mesmo autor menciona ainda que “o papel dos pais enquanto educadores intervenientes vai diminuindo progressivamente, e os filhos, de uma forma gradual, vão descobrindo e construindo o seu meio familiar, profissional e social, os seus valores de referência e as suas perspectivas”. Nem sempre este processo ocorre de forma calma e pacífica, dando origem muitas vezes a discussões e conflitos entre o adolescente e os seus progenitores. O papel dos pais é assim fundamental nesta fase do ciclo vital, sendo que representam um elemento importante no desenvolvimento de comportamentos e atitudes saudáveis nos seus filhos, de entre os quais os comportamentos diretamente relacionados ao consumo de álcool. Após a análise dos dados obtidos no diagnóstico de situação deparámo-nos com o incentivo

e tolerância dos pais/família relativo ao consumo de álcool, sendo que 66,7% dos estudantes referiram estar com familiares aquando do seu primeiro consumo e 27,5% disseram conseguir arranjar álcool através dos seus pais. Verificámos ainda, que apesar de serem menores de idade, muitos adolescentes saem à noite frequentemente, incluindo a espaços noturnos de diversão onde a sua entrada não é consentida, uma vez que não detêm idade legal para que tal ocorra, o que revela pouco controle dos pais, necessitando de uma maior monitorização sobre os comportamentos adotados pelos seus educandos. Alguns autores afirmam que o consumo de álcool pelos adolescentes é mais aceite e mais tolerado pelos pais e familiares que o consumo de tabaco, sendo muitas vezes estes a estimular o seu consumo (Tavares, Bonito & Oliveira, 2013). Referem ainda que, alguns adolescentes consomem bebidas alcoólicas, principalmente cerveja e vinho, como forma de afirmar a sua masculinidade, sendo este hábito motivo de orgulho para o seu pai e restantes homens da família. Existem estudos que assumem a permissividade e aceitação dos pais no que concerne ao consumo de álcool como um fator protetor do consumo excessivo de álcool, existem outros, porém, que a identificam como um fator de risco direto. Paiva et al (2015) defendem que o ambiente familiar tem grande influência no início e consumo regular de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas pelos adolescentes. Apontam ainda que um mau relacionamento com os pais, ser membro de uma família em que outros membros também consomem, pouca comunicação entre os familiares, falta de suporte e monitorização familiar constituem alguns fatores de risco para a iniciação/ manutenção do consumo de álcool e outras substâncias. Num estudo realizado no México (Ruiz & Ramírez, 2016) conclui-se que os adolescentes que convivem com pais consumidores têm maior probabilidade de consumir álcool.

Desta forma, é de extrema importância a sensibilização e consciencialização dos pais/família acerca desta realidade pelo que que foi traçado este objetivo específico. Para além do envolvimento dos pais, a aproximação dos profissionais de saúde à comunidade educativa nesta fase do desenvolvimento humano desempenha um papel crucial, na aquisição de estilos de vida mais saudáveis e na prevenção da adoção de comportamentos de risco, trazendo benefícios para os adolescentes e para todos nós, com ganhos de saúde e cidadania garantidos.

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

5.1 – Metodologias

Anos após anos o estado de saúde da população portuguesa tem vindo a registar francas melhorias. Podemos aferir esta melhoria através da análise de alguns indicadores, tais como: a diminuição da taxa de mortalidade fetal, taxa de mortalidade perinatal, taxa de mortalidade neonatal, taxa de mortalidade infantil, do aumento da esperança média de vida, bem como, a diminuição da taxa de mortalidade abaixo dos 65 anos, entre outros. Contudo, lamentavelmente existem ainda alguns indicadores de saúde que carecem de uma melhoria urgente, designadamente, o consumo de álcool pelos adolescentes. O projeto desenvolvido teve subjacente a Metodologia do Planeamento em Saúde (Figura 1). Esta é, segundo Tavares (1990), a metodologia indicada para a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

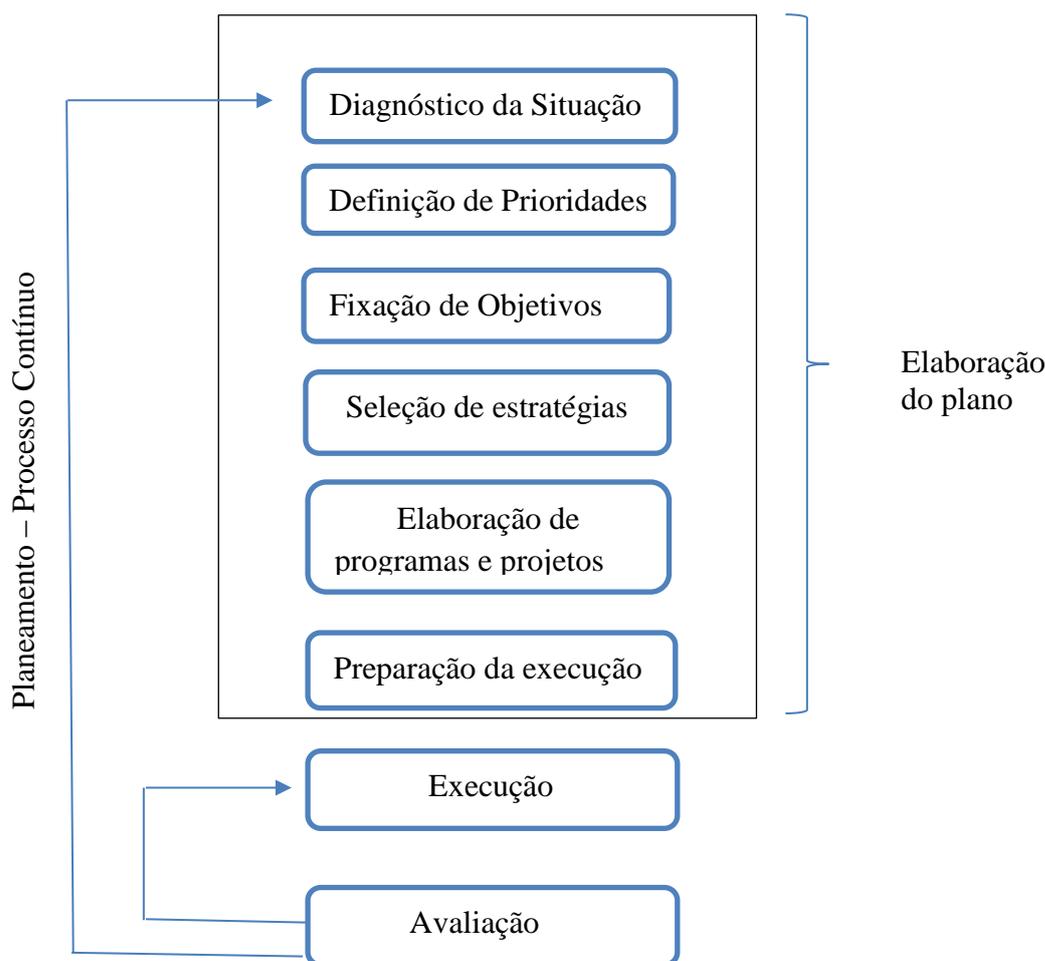


Figura 1 – Principais etapas no processo de Planeamento em Saúde. **Fonte:** Adaptado de Imperatori & Giraldes (1993)

A metodologia do planeamento em saúde consiste num processo contínuo e dinâmico, indissociável dos determinantes da saúde e da relação destes com o ambiente onde a instituição de saúde se insere no intuito de obter os objetivos traçados e reduzir os problemas de saúde considerados prioritários (Imperatori & Geraldès, 1993). Este processo é constituído por várias fases, sendo que a elaboração do diagnóstico da situação constitui a primeira etapa do planeamento em saúde.

Instrumentos de colheita de dados utilizados no diagnóstico de situação

Para a realização do diagnóstico de situação, após alguma pesquisa bibliográfica e considerando a finalidade do estudo, todo o referencial teórico de suporte, a faixa etária da população abrangida e as diferentes etapas do Modelo de Promoção da Saúde Precede-Proceed, foi selecionado como instrumento de colheita de dados o questionário Adolescentes “European Family Empowerment”, utilizado no programa de prevenção em meio escolar da European Institute of Studies on Prevention (IREFREA) financiado pela União Europeia (Anexo 2). Este questionário faz parte integrante do programa “Tu decides” desenvolvido pelo IREFREA Portugal. Este é um “programa de prevenção de dependências e comportamentos de risco em meio escolar que se debruça sobre a etapa crítica de vida para a experimentação e consumo de substâncias psicoativas e desenvolvimento de outras dependências” (Rodrigues, 2013, p.56).

Originalmente, o questionário, é constituído por 9 secções. A primeira secção do questionário diz respeito à informação sobre os dados biográficos do estudante, nomeadamente, idade, o sexo, com quem coabita, nº de irmãos, etnia, nacionalidade, caracterização do agregado familiar. A segunda secção deste questionário corresponde ao estudo acerca do consumo de álcool pelo aluno. A terceira e quarta secção do questionário original, com a concordância do autor, foram excluídas deste estudo, uma vez que não se mostravam relevantes para este estudo em específico. A quinta secção refere-se à descrição da vida familiar do inquirido. De seguida, a sexta secção questiona o adolescente quanto às suas atitudes e comportamentos na escola e expectativas futuras. A sétima secção aborda o adolescente quanto aos problemas que vivenciou e quanto aos sentimentos que experiencia. A oitava secção relaciona-se com a utilização do adolescente com as novas tecnologias e a internet. Por último, a nona secção, questiona o jovem em relação aos seus amigos, família, tempos livres e ambiente em que vive. As diferentes variáveis em estudo seria operacionalizadas de acordo com o descrito no apêndice 4. De referir que para a avaliação da variável relacionada à avaliação de autoestima dos adolescentes, presente na secção 7 deste

questionário, foi utilizada a escala de autoestima “Rosemberg Self-Esteem Scale” (RSES). Nesta a “atribuição da pontuação é realizada de acordo com as respostas do inquirido, e que em função do total da pontuação do teste é denominada autoestima elevada, e considerada normal, quando a pontuação se situa ente 30 a 40 pontos, autoestima média entre 26 a 29 pontos e autoestima baixa, com pontuação inferior a 25 pontos a qual revela a existência de problemas significativos de autoestima” (Rodrigues, 2013, p.62).

Para uma melhor e mais individualizada intervenção revelou-se fundamental analisar os conhecimentos que os adolescentes já possuem acerca do álcool e do seu consumo, pelo que se considerou essencial a aplicação do Questionário de Avaliação de Conhecimentos acerca do álcool (QCaA) (Barroso, Mendes e Barbosa, 2009 citado em Barroso, 2012). O questionário QCaA (Anexo 3) é constituído por 40 afirmações acerca do álcool de formato dicotómico (Verdadeiro/Falso) e cumpre o objetivo de avaliar os conhecimentos pré-existentes dos adolescentes acerca do tema. Das 40 afirmações que compõem o QCaA, 21 são afirmações verdadeiras (1, 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 17, 19, 21, 25, 26, 27, 30, 33, 35, 37, 38, 39 e 40), sendo as restantes 19 consideradas falsas (4, 5, 6, 9, 11, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 32, 34 e 36). A pontuação atribuída vai dos 0 aos 40 pontos, sendo a cada resposta correta atribuído 1 ponto. O total das respostas corretas atribui a pontuação final do questionário (Barroso, 2012).

Foram tidas como preocupação todas as questões éticas envolvidas nas diferentes etapas, conforme competência comum do enfermeiro especialista. Foram cumpridos todos os procedimentos éticos conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Para a utilização de ambos os questionários selecionados foi pedida a devida autorização dos autores. Relativamente ao questionário Adolescentes “European Family Empowerment”, foi pedida autorização ao Dr. Fernando Barroso, presidente do IREFREA em Portugal (Apêndice 5). Quanto ao questionário de Conhecimentos acerca do álcool, foi pedida autorização à Professora Doutora Teresa Barroso (Apêndice 5).

Para a aplicação dos questionários foram formalmente obtidas as autorizações da Comissão de Ética da Área da Saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora (Anexo 4), da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Anexo 5), da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), tendo após autorização sido registado nesta entidade com o nº0607400003 (Anexo 6) e do diretor de agrupamento da escola envolvida (Apêndice 6).

Respeitando a sua decisão livre e informada foi explicado aos pais/encarregado de educação o propósito do estudo, qual o seu papel no decorrer do mesmo, bem como o seu carácter confidencial e anónimo. Foi então pedida a devida autorização para o preenchimento dos instrumentos de colheita de dados pelos seus educandos, mais especificamente, o seu consentimento informado livre e esclarecido, cumprindo as normas éticas que regulam a investigação (Apêndice 7).

Depois de todas as considerações éticas envolvidas devidamente autorizadas, foram então aplicados os questionários aos alunos entre maio e junho de 2017. Foram informados os adolescentes dos objetivos do estudo e do carácter voluntário da sua participação, podendo desistir a qualquer altura sem qualquer tipo de consequência. Os questionários têm uma duração de preenchimento prevista de cerca de 20/30 minutos e foram distribuídos pelas professoras de Ciências Naturais, tendo também estas acompanhado e supervisionado o seu preenchimento. De forma a garantir a confidencialidade e o anonimato dos adolescentes participantes neste estudo, os questionários foram devidamente codificados.

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS versão 24,0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Instrumentos de colheita de dados utilizados na etapa da avaliação

Nesta etapa do processo de Planeamento em Saúde foram novamente aplicados os questionários já anteriormente referidos, sendo que nesta fase foi pedido aos alunos que apenas respondessem às questões referentes ao consumo de álcool e ao questionário de conhecimentos, no sentido de proceder à avaliação intermédia do projeto.

Como forma de avaliar o projeto, de acordo com a perceção dos professores, foi elaborado um questionário (Apêndice 8), tendo sido depois aplicado ao grupo de professores envolvido na implementação do mesmo. Este questionário é constituído por quatro questões abertas onde devem ser identificados os pontos fortes e as fraquezas do projeto, bem como as oportunidades e ameaças ao mesmo.

Para efetuar a avaliação do projeto, de acordo com a perceção dos alunos envolvidos, foi também construído um questionário (Apêndice 9). Este encontra-se dividido em três categorias distintas: conteúdos das sessões de educação para a saúde, instrumentos e métodos utilizados e parcerias, sendo que em cada das diferentes categorias são realizadas um conjunto de afirmações às quais os alunos respondem de acordo com uma escala do tipo Likert.

5.2 – Fundamentação das intervenções

A fase da preparação da execução do projeto comporta a especificação mais pormenorizada das atividades a realizar, necessárias para a obtenção dos objetivos traçados. Assim, nesta fase, foram planeadas as atividades a desenvolver. No total, foi prevista a realização de oito atividades distintas, de tipologia diferente. Depois de delineadas as intervenções a realizar, foi definido para cada uma das atividades acima referidas qual o seu objetivo, onde, quando e como as atividades planeadas devem ser realizadas, assim como a quem se dirigem, quem será o responsável pela sua execução e os resultados esperados (Apêndice 10). Foi ainda analisada a possibilidade de desenvolver potenciais parcerias. Depois de devidamente planeadas foram apresentadas e discutidas as diversas atividades, o tempo, o espaço e os recursos possivelmente necessários para cada uma delas, numa primeira fase, com a enfermeira supervisora e com a professora orientadora do projeto e *a posteriori* foi agendada uma reunião com a professora responsável pelo gabinete de educação para a saúde da escola onde foi implementado o projeto:

- *Reunião de apresentação do projeto “Aprende, pensa e decide” na Escola Secundária Gabriel Pereira*

No dia 18 de outubro de 2017 teve lugar a apresentação do projeto na Escola Secundária Gabriel Pereira. Estiveram presentes a professora responsável pelo programa de educação para a saúde (PES), a coordenadora do departamento de matemática e ciências experimentais e professora de ciências naturais dos alunos envolvidos no projeto, as restantes professoras de ciências naturais dos já referidos estudantes, a enfermeira supervisora do estágio enquanto membro do gabinete de educação para a saúde da escola e responsável pelo departamento de saúde escolar do Alentejo e outros professores membros do gabinete de educação para a saúde. Nesta reunião foi então apresentado o projeto, argumentando a necessidade e pertinência do mesmo com os resultados obtidos no diagnóstico de situação. Foi analisado o projeto, bem como cada uma das atividades propostas. O projeto e as atividades planeadas foram aprovadas e bem acolhidas de forma unânime pelos diversos intervenientes.

Após a realização desta reunião, foram realizadas as reuniões necessárias com cada um dos possíveis parceiros, com o propósito de apresentar o projeto, objetivos e expectativas da parceria, bem como a consciencialização do papel de cada um dos intervenientes.

No decorrer do projeto foram realizadas várias reuniões, para discutir e agendar com os intervenientes de cada atividade e com os diretores de turma, as datas para a implementação de

cada uma das intervenções, sendo que, a data de cada atividade planeada foi criteriosamente analisada, no sentido de aumentar o interesse, a adesão e a participação da população alvo e de não perturbar o normal funcionamento da dinâmica das aulas e calendário escolar. Como tal, foi estabelecido um cronograma detalhado com as diferentes etapas e intervenções realizadas e a executar (Apêndice 11).

Foram envolvidos no projeto e conseqüentemente na realização das atividades todos os alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade, perfazendo um total de 6 turmas e 134 alunos. O conteúdo abordado em cada uma das intervenções, obedece ao estabelecido no Referencial de educação para a saúde, editado pelo Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde, em Junho de 2017, onde são estabelecidos os objetivos a alcançar, em cada um dos níveis e ciclos de educação e ensino, considerados adequados ao nível de desenvolvimento e ao escalão etário das crianças e dos jovens a que se destinam (DGS/DGE, 2017).

No decorrer da implementação do projeto e realização de cada uma das atividades revelou-se necessário a concretização de algumas alterações, sempre que assim se justificou.

De seguida serão especificadas as diferentes atividades realizadas de acordo com a ordem cronológica pela qual foram efetuadas.

Atividade 1 - Criação de uma página de Facebook e conta de correio eletrónico

Vivemos na era das novas tecnologias e das redes sociais. Diariamente estas fazem parte da vida dos adolescentes. “É impossível negar que este é o tema central das suas vidas emocionais e que representa o maior e inequívoco salto geracional em relação ao padrão dos seus próprios pais” (Strecht, 2017, p.113). O mesmo autor defende ainda que hoje em dia “praticamente não existe um uso de comunicação verbal, pela chamada via direta, mas apenas pelo contínuo uso e abuso da utilização de mensagens escritas ou, claro está, das redes sociais” (Strecht, 2017, p. 114). O número de ofertas de redes sociais tem vindo a aumentar ao longo do tempo, falamos do *hi5*, do *Facebook*, do *Instagram*, do *Messenger*, do *Whatsapp*, do *Twitter*, entre outras, cada vez mais atrativas e apelativas. Os nossos adolescentes vivem rodeados de um universo digital, fazem parte da geração em que sempre existiu “*Google*” e redes sociais, vivem permanentemente com a internet no bolso. Desta forma, foi aceite que uma das atividades do projeto seria a conceção de uma página de *Facebook* para o mesmo, onde semanalmente foram divulgadas as dinâmicas realizadas na escola, bem como outras informações relacionadas com o tema e com o projeto, permitindo o envolvimento dos alunos, seus pais/família e restante comunidade. Esta atividade

cumprir o objetivo de informar e alertar os adolescentes e os seus pais acerca da evolução do projeto, promovendo a adesão e o envolvimento dos mesmos, assim como de toda a comunidade.

No âmbito desta atividade e numa primeira fase de conceção foi criado um logotipo do projeto (Apêndice 12), uma frase que demonstra a visão do projeto a longo prazo, assim como uma conta de correio eletrónico (aprendepensaedecide@gmail.com). Esta conta de correio eletrónico permite aos adolescentes o esclarecimento de dúvidas de forma mais individualizada e confidencial;

Atividade 2 – Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação e do projeto “Aprende, Pensa e Decide!”

No dia 10 de Novembro de 2017 foram apresentados os resultados dos questionários aplicados no âmbito do projeto “Conhecer Global, Atuar Local” e no âmbito deste estudo aos alunos envolvidos, conselhos de turma e associação de pais. Para além da apresentação dos resultados foi ainda apresentado o projeto “Aprende, Pensa e Decide” a esta comunidade. Esta atividade teve lugar no auditório da escola, em duas sessões distintas. No final da apresentação foi distribuído a cada aluno um folheto informativo (Apêndice 13) acerca do projeto e do tema para entrega aos pais.

Durante esta apresentação, no espaço polivalente da escola, foram desenvolvidas diversas dinâmicas no âmbito do projeto “Aprende, Pensa e Decide”, por alguns dos parceiros deste projeto, nomeadamente pela Escola Segura e pela GARE. Estas foram dirigidas aos alunos envolvidos, bem como a todos os outros estudantes que frequentam a escola e professores que desejaram participar.

As atividades desenvolvidas pela Polícia de Segurança Pública consistiram no seguinte: foi pedido aos adolescentes, que voluntariamente participaram na atividade, que ingerissem um bombom que contém álcool na sua constituição e que de seguida avaliassem a taxa de alcoolémia. Os agentes da Escola Segura foram alertando os jovens para algumas temáticas relacionadas e esclarecendo todas as dúvidas colocadas, nomeadamente acerca dos valores permitidos de taxa de álcool no sangue, quais as coimas e sanções aplicadas em caso de infração, entre outras.

A GARE desenvolveu duas atividades distintas com os alunos e restante comunidade escolar. Através da utilização de óculos simuladores do efeito de álcool, os alunos puderam experienciar a simulação realista dos efeitos imediatos provocados pelo consumo excessivo de álcool no desempenho de diversas atividades, como por exemplo, andar sobre uma linha reta,

equilibrar-se apenas com um pé, pontapear uma bola de ténis, cumprimentar alguém com um aperto de mão, entre outras. Através desta experiência foi possível perceber como é que o consumo exagerado de álcool altera a visão, o equilíbrio, a noção de distância, o tempo de reação e a capacidade de decisão. Outra das atividades desenvolvida pela GARE esteve relacionada com o projeto *Game Over*. Este projeto está relacionado com a sinistralidade rodoviária e trata temas como a velocidade, o uso do telemóvel durante a condução e a condução sob o efeito do álcool e outras substâncias psicoativas. Nesta atividade era pedido aos alunos a resolução de um jogo em que deveriam realizar uma contagem decrescente com início no nº100 e ao mesmo tempo completar um quadro com 8 formas geométricas distintas, com figuras em feltro. Estas figuras deveriam ter a mesma forma, mas uma cor diferente, sendo que nenhuma cor se deveria repetir no tabuleiro. Através desta prova era permitido aos alunos entender como é que a nossa capacidade de concentração se altera quando está sob o efeito de diferentes estímulos em simultâneo.

Como forma de divulgação desta atividade foi elaborado um cartaz (Apêndice 14) tendo este sido exposto no átrio de entrada da escola, no espaço polivalente, sala de professores e hall de entrada dos pavilhões. Uma vez que esta atividade foi desenvolvida na comemoração do dia de São Martinho, foi ainda realizado um cartaz (Apêndice 15) de sensibilização ao não consumo de bebidas alcoólicas alusivo a esta data festiva e foram distribuídas, pelos alunos, castanhas. Neste mesmo dia foi ainda afixado no espaço polivalente da escola, um cartaz de promoção do projeto (Apêndice 16), onde constam o logotipo do projeto, uma mensagem de sensibilização, o endereço de *Facebook* e o endereço de correio eletrónico. Este cartaz permanece afixado durante todo o ano letivo. Todos os cartazes foram previamente aprovados e assinados pela direção da escola.

A rádio Diana FM este presente durante todo o dia, tendo divulgado esta atividade na rádio e na página das notícias no site da rádio, no link <http://www.dianafm.com/evora-escola-quer-prevenir-consumo-de-alcool-entre-alunos/>.

Todos os alunos envolvidos no projeto participaram nas atividades com entusiasmo, bem como alguns professores (Apêndice 10).

Atividade 3 - Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 9º ano de escolaridade - “Sabias que...”.

O consumo excessivo de álcool na adolescência tem potencial para negar muitos benefícios para a saúde o que torna urgente a adoção de estratégias para combater esta problemática. A prevenção do consumo de álcool pelos adolescentes, de acordo com Barroso (2012, p.19) passa

pela “redução da procura, com vista à diminuição do consumo, e a redução da oferta, com vista à diminuição da disponibilidade no mercado e acessibilidade da substância”. No que diz respeito à prevenção pela redução da procura, o cerne das estratégias situa-se no próprio indivíduo. “Através de intervenções dirigidas à sua capacitação/empowerment, em particular dos adolescentes e jovens, implicando um processo de trabalho em que o profissional de saúde assume um papel de catalisador do desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos, sendo habitualmente organizadas no formato de intervenções de educação para a saúde” (Barroso, 2012, p.20 citando Matos, 2005). A educação para a saúde em contexto escolar assume um papel de destaque na consciencialização e no aumento do conhecimento acerca das condutas adequadas para a adoção de estilos de vida mais saudáveis e a prevenção de comportamentos nocivos.

Esta atividade foi desenvolvida pela enfermeira mestranda e teve lugar no auditório da escola, durante a aula de Educação Física. Esta sessão foi realizada em todas as turmas de 9º ano.

Os conteúdos abordados foram planeados de acordo com o recomendado pelo referencial de educação para a saúde, publicado em Junho de 2017, pela Direção Geral da Educação e Direção Geral de Saúde (DGE/DGS, 2017). Desta forma, nesta sessão foram tratados os problemas ligados ao álcool no que concerne à doença e morte prematura.

A sessão de educação para a saúde foi desenvolvida sobre a forma de quiz game. De entre os vários modelos de quiz games web existentes, seleccionámos o Kahoot (<https://getkahoot.com/>). Esta aplicação é de fácil compreensão, apresenta um layout agradável, é utilizada de forma online, pode ser facilmente instalada nos dispositivos móveis e permite a extração do relatório com a avaliação de cada jogo. Todas as perguntas e respostas foram construídas tendo em conta os diferentes temas a abordar. Os alunos foram convidados no início da sessão a instalar a aplicação. Após a correta instalação é facultado aos alunos o código PIN do jogo, permitindo a estes o acesso ao mesmo. Após a entrada de todos os alunos inicia-se o jogo. São colocadas perguntas que deverão serem respondidas num período limite de tempo. Após cada questão foi discutida entre o grupo a temática perguntada. O jogador que conseguir acertar mais respostas em menor tempo, ganha mais pontos e é o vencedor. No final do jogo no ecrã do dispositivo móvel de cada um dos alunos aparece apenas a sua pontuação e posição relativamente aos outros jogadores. A moderadora do jogo, neste caso, a enfermeira mestranda, tem acesso à pontuação de todos os alunos e ao relatório da avaliação de cada uma das questões de acordo com o aluno.

No final desta atividade foram distribuídos a cada aluno um autocolante com o logotipo do projeto, o endereço de *Facebook* e o endereço de correio eletrónico, como forma de promover a adesão e o envolvimento dos adolescentes.

Foi construída uma grelha de classificação geral e divulgada na página de Facebook do projeto, para que todos os alunos tivessem conhecimento.

Todos os alunos estiveram presentes, tendo-se verificado um ambiente bastante participativo e de interação por parte dos presentes, notoriamente com uma boa adesão e clara manifestação de interesse por parte dos alunos, solicitando o esclarecimento de dúvidas e repetição da atividade, e partilhando experiências pessoais (Apêndice 10).

Atividade 4 - Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 9º ano de escolaridade - “A Química e as bebidas alcoólicas...”

Esta atividade foi desenvolvida pelas professoras de Ciências Naturais, em sala de aula, no horário previsto. Os temas abordados foram planeados de acordo com o referencial de educação para a saúde, publicado em Junho de 2017, pela Direção Geral da Educação e Direção Geral de Saúde (DGE/DGS, 2017). Nesta sessão foram discutidas as diferentes características das bebidas alcoólicas e os efeitos do álcool nas diferentes partes do organismo. Esta atividade foi adaptada do programa de intervenção “Parar para pensar” de Barroso (2012). Foi facultado às docentes o guia orientador da sessão, bem como o formulário de avaliação da mesma, tendo sido dada a liberdade às mesmas de fazer as alterações que considerassem pertinentes.

Também esta atividade foi desenvolvida com todos os alunos intervenientes no projeto, sendo que todos estiveram presentes (Apêndice 10).

Atividade 5 - Kahoot

Após a realização da atividade 3, todos os alunos do 9º ano de escolaridade foram convidados a jogar um *Quiz game* final. Este jogo obedece ao modo de funcionamento e regras já descritas na atividade 3. Todos os alunos já tinham a aplicação instalada e já conheciam as regras e modo de utilização. Esta atividade realizou-se no auditório da escola, no dia 10 de Janeiro, fora do horário escolar.

As perguntas colocadas foram as questões do questionário de Avaliação de Conhecimentos acerca do álcool (QCaA) utilizado no diagnóstico de situação. Foram então feitas 40 afirmações de formato dicotómico (Verdadeiro/Falso) acerca das diferentes temáticas relacionadas com o

álcool. No final do jogo, a pontuação obtida por cada equipa foi somada à obtida na atividade 3. A equipa vencedora do Kahoot foi recompensada com bilhetes para uma ida ao cinema.

Tal como no final da atividade 3, foi construída uma grelha de classificação geral final e divulgada na página do projeto, para que todos os alunos e comunidade educativa tivessem conhecimento.

Estiveram presentes para além dos alunos envolvidos (Apêndice 10), alguns professores e alguns membros da USP, de entre os quais o delegado de Saúde Pública. Foi notório o entusiasmo de todos os alunos e de alguns membros da comunidade escolar perante a realização desta atividade, dado que todos estiveram presentes, mesmo tendo sido efetuada no tempo livre que dispunham.

Atividade 6 - *Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 9º ano de escolaridade “Não beber, dá saúde e faz crescer!”*

Intervenção desenvolvida pela enfermeira mestranda, em sala de aula, durante a aula de Ciências Naturais. Esta atividade foi realizada com as 6 turmas do 9º ano de escolaridade, envolvendo todos os alunos do projeto. Foram abordados os efeitos provocados e as consequências do consumo de bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas. Foram ainda tratadas as temáticas: padrões de consumo, alcoolismo, coma alcoólico e riscos associados, enquadramento legal e comportamentos de risco, conforme o sugerido no Referencial de educação para a saúde (DGE/DGS, 2017).

Esta atividade foi realizada com o apoio da visualização de quatro filmes disponibilizados pela Fundação para um mundo sem drogas, cujos títulos passo a apresentar “Eles disseram...”, “A verdade sobre as drogas”, “Um deles” e “A verdade sobre o álcool”. Todos os filmes estão disponíveis no site da Fundação.

Esta é uma fundação internacional sem fins lucrativos que disponibiliza informação acreditada acerca das drogas a docentes e profissionais que trabalhem no ramo educativo com jovens, sendo que a sua visão é “a arma mais eficaz na guerra contra as drogas é a educação”. Depois da visualização dos filmes, foi aberto um espaço interativo de discussão para debate e esclarecimento de algumas dúvidas e de partilha de experiências e sentimentos, motivando o envolvimento do grupo. Todos os alunos se revelaram bastante participativos e interativos com o grupo e profissionais de saúde. No final da sessão foi distribuído o questionário de avaliação da

sessão e da avaliação intermédia do projeto. Todos os alunos envolvidos no projeto estiveram presentes nesta atividade (Apêndice 10).

Atividade 7 - Encontro temático, dirigido aos pais /encarregados de educação e comunidade escolar

Tal como programado foi organizado e realizado um encontro com os pais/encarregados de educação dos alunos envolvidos no projeto. Neste evento foram apresentados os resultados do diagnóstico de situação deste projeto e os resultados do projeto “Conhecer Global, Atuar Local” e esclarecidas todas as dúvidas latentes relacionadas com o tema. Numa fase inicial e após confirmação da data possível, foi elaborado um flyer informativo (Apêndice 17) aos pais e distribuído pelos diretores de turma aos alunos, devendo estes devolver o documento devidamente assinado pelo seu encarregado de educação, aferindo que o mesmo tomou conhecimento da notificação.

Esta atividade decorreu no dia 25 de janeiro, pelas 18h30’, no auditório da Escola Secundária Gabriel Pereira. Estiveram presentes alguns pais dos alunos, responsável do PES, professores e alguns membros da USP. Foi manifestado um claro interesse no tema por parte dos pais dos alunos, principalmente no que diz respeito ao consumo de substâncias ilícitas, através da colocação de dúvidas e evidente sentimento de preocupação latente. Dos 134 encarregados de educação convocados estiveram presentes apenas 38 (Apêndice 10).

Atividade 8 - Aula temática de Educação Visual “Sabias que?”

Nesta atividade serão elaborados pelos alunos cartazes alusivos ao tema. Estes cartazes serão posteriormente expostos em local visível a toda a comunidade escolar, com eleição e atribuição de prémio ao melhor cartaz. Após reunião com a responsável do PES e com o corpo docente dos alunos envolvidos no projeto, decidiu-se protelar esta atividade para o final do ano letivo como propósito de encerramento do projeto. É ainda nosso objetivo envolver os pais/encarregados de educação nesta atividade, convidando-os a estarem presentes na exposição e a fazer parte do júri. No decorrer desta exposição iremos contar com a parceria da EPRAL, sendo que os alunos do curso técnico de restauração/bar irão estar presentes, a preparar algumas bebidas coloridas e atrativas sem álcool, contribuindo para apelar aos nossos jovens a saírem à noite, beberem e divertirem-se sem a necessidade de consumir álcool.

De acordo com Tavares (1990) cada atividade deve cooperar para satisfazer o cumprimento dos objetivos específicos e consecutivamente do objetivo geral do projeto. Neste sentido, foi realizado um esquema de inter-relação atividade/objetivo (Quadro 6) não permitindo que existam atividades previstas que não contribuam para a consecução de nenhum objetivo. Com a implementação das atividades anteriormente expostas é esperado que através do aumento dos conhecimentos dos adolescentes acerca da problemática do consumo de álcool e do envolvimento dos seus pais/encarregados de educação e professores, se promova a adoção de comportamentos adequados e seguros relativamente ao consumo de álcool.

No decorrer do projeto e no âmbito do mesmo, surgiram propostas de novas atividades complementares, as quais passo a apresentar:

a) Participação no jantar literário subordinado ao tema “São Martinho”

Depois de apresentado o projeto “Aprende, Pensa e Decide” à direção e corpo docente da escola, foi-nos endereçado um convite por parte do grupo literário da escola para representar o projeto no jantar literário a realizar na escola, onde seria prestada homenagem a alguns autores nacionais e internacionais. Na tentativa de emancipação e divulgação do nosso projeto no seio da comunidade escolar, foi com grande honra e felicidade que aceitámos o convite. Depois de alguma reflexão acerca da obra a homenagear, decidimos prestar homenagem à poesia popular da nossa região. Propomos a um poeta popular, na pessoa do Sr. José Florimundo Mira que criasse um poema relacionado com o tema da prevenção do consumo de álcool na adolescência, que ele aceitou com grande entusiasmo, tendo o resultado sido extraordinário (Anexo 7).

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>1- Reduzir em 10% a prevalência do consumo de álcool, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3ºciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até Junho de 2018</p>	<p>1.1-Aumentar em 25% os conhecimentos acerca do álcool, problemas a si associados, potenciais consequências e riscos inerentes ao seu consumo, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3ºciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até junho de 2018</p>	<p>Atividade 1</p> <p>Atividade 2</p> <p>Atividade 3</p> <p>Atividade 4</p> <p>Atividade 5</p> <p>Atividade 6</p> <p>Atividade 8</p>
	<p>1.2-Adiar o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas, em 10% dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3ºciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até junho de 2018</p>	<p>Atividade 1</p> <p>Atividade 2</p> <p>Atividade 3</p> <p>Atividade 4</p> <p>Atividade 5</p> <p>Atividade 6</p> <p>Atividade 7</p> <p>Atividade 8</p>
	<p>1.3- Promover a mobilização e o envolvimento dos Pais/encarregados de educação e dos professores dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3ºciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, nas atividades planeadas, ao longo da implementação do projeto</p>	<p>Atividade 1</p> <p>Atividade 2</p> <p>Atividade 7</p> <p>Atividade 8</p>

Quadro 6 – Inter-relação entre os objetivos e as atividades propostas

5.3 – Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas

Imperatori & Giraldes (1993, p. 87) defendem que a etapa da seleção de estratégias é uma das principais etapas num processo de planeamento, uma vez que nos permite “conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários”. Os mesmos autores definem estratégia de saúde como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87).

Assim, depois de reconhecidos os problemas prioritários a intervir, após a conceção dos objetivos e metas a alcançar, foram delineadas as estratégias mais adequadas. Neste sentido, foi numa fase primordial realizada uma reunião entre a enfermeira mestranda, a enfermeira orientadora e a enfermeira supervisora do projeto. Posteriormente, foram apresentados os resultados obtidos no diagnóstico de situação aos diferentes elementos da Unidade de Saúde Pública, assim como aos professores da Escola selecionada para a intervenção, no sentido de juntos identificarmos as melhores e mais eficazes estratégias a desenvolver. Por último, foram discutidas as estratégias selecionadas com a enfermeira supervisora e orientadora do projeto.

Desta forma, na decisão das opções estratégicas de intervenção a utilizar, foi numa primeira fase tomado em consideração o estágio de desenvolvimento em que os estudantes envolvidos no projeto se encontram, a adolescência. Do ponto de vista etimológico, a palavra adolescência “é um vocábulo que deriva do verbo latino *adolescere* cujo significado é crescer até à maturidade” (Faial et al, 2016, p.3474). A adolescência é uma fase caracterizada pela transição do desenvolvimento humano entre a infância e a idade adulta. São considerados adolescentes todos os indivíduos com idades compreendidas entre 10 e 19 anos (WHO, 2017). De acordo com os dados fornecidos pelo INE (2014), em Portugal existem cerca de 1 300 000 adolescentes. “A maior parte vive nas grandes cidades e nos seus subúrbios, bem como na faixa litoral oeste do território, que é também a mais habitada” (Strecht, 2017, p.15). Ao longo dos anos tem-se registado uma diminuição considerável no número de adolescentes existentes no nosso país, sendo que na década de 60 existiam cerca de 1 700 000 adolescentes comparativamente aos 1 300 000 que existem atualmente. A cada década o número de adolescentes tem vindo a decair de forma significativa (PORDATA, 2017). Realizando uma análise comparativa entre sexos, concluímos que a diferença não é significativa, sendo que, existem por cada 100 adolescentes do sexo feminino, 104 adolescentes do sexo masculino (PORDATA, 2017).

A adolescência, nem sempre foi alvo da preocupação científica, sendo que a Medicina, na sua dupla perspectiva de técnica aplicada e de produção de conhecimento, começa a interessar-se por esta temática de forma mais sistemática por volta da década de 1970 (Chimeli, Nogueira, Pimenta & Schall, 2016). Porém, o ênfase na saúde do adolescente rapidamente assume um papel de destaque em todo o mundo. É Sigmund Freud, através da psicanálise, quem inicialmente se debruça sobre a teoria da personalidade, no final do século XIX. Este autor descreve assim o desenvolvimento humano em cinco fases psicossociais, incidindo a sua linha de orientação na sexualidade. Defende Freud que na adolescência as mudanças físicas da puberdade aumentam os desejos sexuais, sentindo necessidade de encontrar o objeto apropriado, sendo denominada esta fase como “Fase genital” marcada pelo início da identidade do papel sexual e das relações sociais (Rodrigues, 2013).

Erik Erikson (1968) aperfeiçoa a teoria freudiana, deslocando o foco da mesma, da sexualidade para as relações sociais. Descreve então o desenvolvimento psicossocial da personalidade do indivíduo em oito estádios psicossociais. “O período da adolescência foi intitulado de “5ª idade”, que corresponde às idades entre os 12 e os 18 anos e é a fase na qual se forma a “Identidade do ego”, que leva à coesão ou à confusão de papéis” (Rodrigues, 2013, p.24). É então designado o 5º estágio de desenvolvimento psicossocial de Erikson como Identidade versus Confusão de identidade.

Ligeiramente mais tarde, também Jean Piaget, se debruça sobre o estudo do desenvolvimento humano, mais especificamente, no processo de desenvolvimento cognitivo da criança enquanto suporte para compreender todo o desenvolvimento do pensamento humano no que diz respeito à sua estrutura, natureza e evolução. Piaget defende que, “o desenvolvimento cognitivo opera-se por mudanças de estruturas através de invariantes funcionais, isto é, através de mecanismos de adaptação, assimilação e acomodação” (Matos, 2012, p.12). Neste modelo de desenvolvimento “a maturidade cognitiva está relacionada com influências neurológicas e ambientais, é no ambiente social que se proporcionam as oportunidades e experiências de crescimento cognitivo” (Rodrigues, 2013, p.25). Desta forma, de acordo com a teoria cognitiva de Piaget, a adolescência integra-se no estágio de desenvolvimento intelectual das operações formais (a partir dos onze/doze anos de idade). Neste o indivíduo “desenvolve a habilidade de formular conteúdos puramente abstratos, como elevados conceitos matemáticos e filosóficos, assim como a habilidade de aprender como aplicar as informações gerais necessárias à adaptação, e as informações específicas necessárias para uma ocupação” (Silva, Viana & Carneiro, 2011, p. 8).

Na adolescência entramos no nível mais elevado do desenvolvimento cognitivo humano, alcançando a capacidade de pensamento abstrato, ficando assim habilitados para desenvolver hipóteses e testá-las, utilizando o raciocínio hipotético-dedutivo (Rodrigues, 2013). A adolescência é “um período de transformação, em que múltiplas mudanças físicas, psíquicas, afectivas e sociais têm lugar. No centro destas mudanças está a metamorfose do corpo de criança para o de adulto sexuado” (Brito, 2011, p.208).

O adolescente vai enfrentar a necessidade de se redefinir em relação ao seu corpo sexuado, à sua identidade psíquica e ao seu meio, em especial em relação aos seus pais.

A ligação que estabeleceu com os pais, desde os primeiros momentos de vida, que contribuiu para a construção da segurança básica em si e nos outros, a estima de si próprio, a confiança nas suas capacidades, vai ser determinante para enfrentar as profundas mudanças com que se confronta (Brito, 2011, p.208).

O corpo é o primeiro meio de contacto com o ambiente que nos circunda. É através do corpo que comunicamos e nos relacionamos com o próximo. Numa fase de grandes mudanças físicas, o corpo representa “um foco de grande projecção externa do funcionamento individual e social de cada adolescente” (Strecht, 2017, p.38). Vivemos atualmente a idealização constante do corpo belo, magro e sem imperfeições, sendo que, quando tal não ocorre, leva à adoção de medidas radicais por parte de adolescentes. A imagem representa um papel muito importante nesta faixa etária, sendo que esta tem um peso preponderante “nas suas rotinas, na forma como condiciona a informação, a relação com os outros, a maneira como cria e desfaz modelos de identificação e gera expectativas ou ilusões, e as possíveis deceções” (Strecht, 2017, p.39).

Durante esta fase de transição o adolescente irá desenvolver todo um conjunto de valores, crenças, princípios, comportamentos e atitudes cruciais para o seu desenvolvimento biopsicossocial que, “ auxiliado do pensamento abstrato, como alicerce para a construção do seu papel na sociedade, subsidiarão suas vontades e escolhas perante a busca pela autonomia, o que gera intensa ansiedade e inúmeras fantasias” (Santos et al, 2016, p.3242).

A confluência desse elenco de mudanças pode favorecer o surgimento de sentimentos de insegurança, o aumento da impulsividade, a busca de novas experiências e sensações, o desejo de experimentar comportamentos vistos como “de adultos”, a necessidade de aceitação pelo grupo de amigos e a busca de integração social e da independência individual (Ronzani, Paiva, Cotta & Bastos, 2009, p.75).

A adolescência é assim “uma fase marcada por grandes descobertas e instabilidade emocional, período crítico para o desenvolvimento de competências sociais e interpessoais,

aquisição de habilidades para aturar e tomar decisões, consubstanciando a personalidade” (Paiva et al, 2015, p.3428). Caracterizada por uma “multiplicidade de condutas, de tentativas e erros, que determina a socialização e individualização nesta faixa etária” (Cabral, 2004, p.181). A mesma autora afirma ainda que “as incertezas e flutuações que o adolescente sente quanto aos limites de si mesmo e dos seus actos poderão evoluir num sentido desfavorável formando-se algumas situações de conflito irreversíveis e comprometedoras”. Desta forma, são vários os autores que defendem, que todas estas alterações físicas, hormonais, psíquicas, emocionais, cognitivas e sociais podem cooperar para a adoção de comportamentos de risco pelos adolescentes, de entre os quais o consumo de álcool. “É recorrente a referência a uma “síndrome da adolescência”, remetendo à ideia de uma descrição fenomenológica típica da condição adolescente, suscetível de traduzir-se em problemas” (Chimeli, Nogueira, Pimenta & Schall, 2016, p. 405 citando Ayres, 1990).

A adolescência pode então caracterizar-se como uma fase de construção de uma identidade, de transformação, de descoberta, por vezes turbulenta e conflituosa. Esta não é um processo isolado, ela sofre a influência de múltiplos fatores, tais como: os pais, a família, os amigos, a comunidade em geral, o ambiente e cultura onde o adolescente está inserido. Sendo a adolescência uma fase de descoberta, é comum a procura de novas experiências e sensações. É neste contexto, que muitas vezes surge o consumo de álcool na adolescência.

Outras das estratégias de prevenção consideradas foi a educação para a saúde em contexto escolar. A escola apresenta-se como um local singular de intervenção, como interveniente comunitária no âmbito da adolescência, através da implementação de ações de promoção da saúde, na medida em que possibilita o envolvimento dos adolescentes, de toda a comunidade escolar, bem como, o envolvimento parental/familiar e de toda a comunidade circundante, visando a aquisição de estilos de vida saudáveis e a prevenção de comportamentos nocivos. De realçar, que a intervenção em meio escolar permite o acesso a um grande número de adolescentes em idade de máximo risco para o início de substâncias psicoativas (Barroso, 2012). A educação para a saúde em contexto escolar, assume assim um papel de relevo na consciencialização e no aumento do conhecimento acerca das condutas adequadas para a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Gueterres, Rosa, Silveira & Santos (2017) afirmam que através da articulação entre a escola e os cuidados de saúde é possível a formação de cidadãos com totais conhecimentos acerca dos hábitos de vida saudáveis.

Também na seleção das opções estratégicas de intervenção a utilizar é fundamental ter em conta os vários planos existentes no que se refere à promoção da saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). No que concerne à questão do consumo de álcool na adolescência, um dos objetivos traçados no PNSE 2015 (p.59) é promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa, aumentando a percentagem de jovens que referem nunca ter consumido substâncias psicoativas, visando também a diminuição do consumo por aqueles que já o fazem de forma regular.

A prevenção do consumo de substâncias psicoativas é uma das temáticas eleitas para implementar nas escolas no Referencial de educação para a saúde, publicado pelo Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde, em Junho do ano passado, pelo que tal como já foi várias vezes mencionado no corpo deste relatório, também este foi tido em consideração. Neste documento estão identificados os objetivos a alcançar, em cada um dos níveis e ciclos de educação e ensino, considerados adequados ao nível de desenvolvimento e ao escalão etário das crianças e dos jovens a que se destinam (DGE/DGS, 2017).

Tal como tinha sido preconizado para a realização do diagnóstico de situação e mantendo a mesma linha orientadora, a implementação e avaliação do projeto teve como fio condutor o Modelo de Promoção da Saúde Precede-Proceed de Green e Kreuter. São vários os modelos de promoção da saúde existentes. De acordo com Brito (2007, p. 117) “um dos principais modelos de intervenção de promoção da saúde que demonstra valorizar todo o conjunto de factores que influenciam a prática de comportamentos preventivos” é o modelo PRECEDE-PROCEED de Green & Kreuter (1999). A primeira etapa deste modelo foi criada por Lawrence Green em 1970 e corresponde à etapa Precede. Em 1991 é concluído por Lawrence e Marshall Kreuter (etapa Proceed), dando origem ao modelo de promoção da saúde Precede-Proceed.

Este é um modelo de intervenção de promoção da saúde que valoriza o conjunto de fatores que influenciam a prática de comportamentos preventivos (Brito, 2007), sendo realizado em duas etapas. “Baseia-se no paradigma que classifica os factores que determinam os estilos de vida em três grandes grupos: factores predisponentes, factores facilitadores e factores de reforço” (Brito, 2007, p.117). A primeira etapa do modelo corresponde à fase Precede e abrange a realização do diagnóstico social, seguido do diagnóstico epidemiológico, depois do diagnóstico comportamental e ambiental e do diagnóstico educacional e organizacional. O último diagnóstico a realizar nesta

etapa é o diagnóstico político e administrativo. Esta primeira etapa, foi realizada durante a realização do diagnóstico de situação.

Na fase do diagnóstico social da população a estudar “define-se a qualidade de vida e os problemas de saúde” (Brito, 2007, p.119). O diagnóstico epidemiológico consiste na colheita e análise epidemiológica de dados objetivos para identificar fatores que possam influenciar o problema de saúde da população em causa (Brito, 2007). A mesma autora identifica o diagnóstico comportamental e ambiental como a fase em que são analisados os “fatores de risco ambientais e comportamentais que podem estar relacionados com os problemas de saúde identificados”.

Terminada a realização dos três diagnósticos acima identificados, existe uma correta identificação das necessidades mais pertinentes e dos diferentes determinantes comportamentais da saúde mais relevantes. “Terminada a etapa anterior, cada comportamento e cada factor ambiental escolhido será o alvo do diagnóstico educacional e organizacional, respectivamente” (Brito, 2007, p.129). Este diagnóstico permitirá identificar os factores que têm de ser modificados para iniciar e manter o processo de mudança comportamental e que serão o alvo das intervenções de promoção da saúde, ou seja, refere-se à identificação e classificação dos principais factores que têm o potencial de influenciar um determinado comportamento e/ou as condições de vida dos indivíduos em risco e que serão o foco da intervenção que será planeada (Brito, 2007, p.129). Por fim, depois de analisados os diferentes fatores predisponentes, facilitadores e de reforço, é efetuado o diagnóstico político e administrativo, onde é realizada a análise das políticas, recursos e metodologias que podem simplificar ou dificultar o progresso e implementação do programa de promoção de saúde (Brito, 2007).

Cessada a fase Precede, inicia-se então a fase Proceed, em que foi efetuada a implementação das estratégias de promoção e educação para a saúde, e, posteriormente foi realizada a avaliação de todo o processo, incluindo a avaliação do impacto e avaliação dos resultados obtidos.

Finalmente e não menos importante, uma das grandes estratégias deste projeto foi a utilização das novas tecnologias como veículo promotor da saúde. Como diz o velho ditado “se não consegues vencê-los, junta-te a eles”. Atualmente vivemos numa sociedade de tecnologia, utilizada por todos e principalmente pelos jovens. Cada vez numa idade mais precoce se tem acesso às novas tecnologias. Muitas crianças têm o seu primeiro telemóvel, muito antes do início da adolescência, sendo que a grande maioria desses telemóveis são modelos de topo, com enormes

capacidades e acesso à internet. Para além de um telemóvel, muitos têm ainda um Tablet ou talvez dois, enfim, um torrencial de hipóteses de contacto permanente com o mundo exterior. Através da internet é permitido aos adolescentes estar constantemente em contacto com os seus amigos da escola, do bairro, da cidade, do país, do mundo.

As novas tecnologias constituem um fator de proteção, mas também, tal como todos os outros fatores influenciadores, um fator de risco. As novas tecnologias permitem ao adolescente a integração e interação social, a capacidade de se manter permanentemente atualizado, a possibilidade de encontrar todo o tipo de informação útil para fins escolares, divertimento e entretenimento. Contudo, nem tudo é positivo, “desejoso de pertencer a algo ou alguém, de se identificar com determinados modelos e não se sentir excluído, é comum um rapaz ou rapariga jovem não ter ainda uma capacidade autónoma de filtro para não se expor em demasia e até correr riscos desnecessários” (Strecht, 2017, p.115). Diariamente somos bombardeados, com notícias oriundas de todo o mundo, que nos dão conta de terríveis acontecimentos relacionados com adolescentes: desaparecimentos, tráfico humano, violações, cyberbullying, manipulação emocional, jogos suicidas, agressividade, violência, perda de noção de intimidade e privacidade do próprio e do outro, pornografia e todo um sem fim de exemplos possíveis.

As novas tecnologias surgem assim aliadas ao consumo de substâncias aditivas pelos adolescentes, através do contacto permanente com o mundo exterior, da publicidade, bem como, de todo o tipo de informação e sites de comercialização e outros, facilmente disponíveis. Falando em concreto do tema a que alude este trabalho e da publicidade como um dos fatores que pode motivar o início e continuação do consumo de álcool pelos adolescentes, Cabral (2004, p.185) citando Pires (1999) afirma que a publicidade surge como um “espelho mágico e deformante do nosso imaginário, que apela e reforça a ideia do facilitamento das relações interpessoais, amorosas e de integração grupal ligada ao álcool (...), ou como símbolo de sucesso, conotando o álcool com um determinado estatuto social”. Este é um tema que levanta algumas considerações éticas e de saúde pública, uma vez que os adolescentes são um alvo fácil e vulnerável, não tendo a capacidade de entender o propósito persuasivo que a publicidade carrega. Mesmo que exista controlo parental em casa, as hipóteses de acesso à internet e às redes sociais são vastas. Desta forma, mesmo que o adolescente não tenha telemóvel com internet, ou que o seu uso lhe seja controlado ou até proibido em casa, facilmente este poderá ter acesso a esta através de amigos, na escola, nalguns espaços comerciais, como por exemplo nos cibercafés, em associações, centros de tempos livres, entre outros.

Posto isto, porquê não apostar na utilização das novas tecnologias como um fator protetor na adolescência, para um propósito de ensino-aprendizagem, proporcionando novas formas de aprender e de ensinar. Foi após esta reflexão que decidimos utilizar as novas tecnologias, através do uso de aplicações, jogos *online*, redes sociais, visualização de filmes, entre outros, na realização das atividades do projeto.

5.4 – Recursos materiais e humanos envolvidos

Para a implementação deste projeto e concretização dos objetivos traçados, foi necessária e indispensável a colaboração e o envolvimento de várias pessoas. Desta forma, os recursos humanos necessários para a concretização deste projeto foram:

- Professora Ermelinda Caldeira, docente na Universidade de Évora e orientadora do projeto;
- Enfermeira Rita Leão, enfermeira na USP Évora e supervisora do projeto;
- Equipa multidisciplinar da USP Évora;
- Diretor do agrupamento de escolas nº 2 de Évora e da Escola Secundária Gabriel Pereira;
- Professora responsável pelo programa de educação para a saúde (PES);
- Professora coordenadora do departamento de matemática e ciências experimentais;
- Professoras de ciências naturais dos alunos envolvidos no projeto;
- Professores membros do gabinete de educação para a saúde;
- Professores do 9º ano de escolaridade, da Escola Secundária Gabriel Pereira;
- Coordenador do grupo literário da Escola Secundária Gabriel Pereira;
- Alunos do 9º ano de escolaridade, da Escola Secundária Gabriel Pereira;
- Alunos da Escola Secundária Gabriel Pereira;
- Associação de Pais;
- Pais/encarregados de educação dos alunos do 9º ano de escolaridade, da Escola Secundária Gabriel Pereira;
- Presidente da GARE;
- Técnicos do GARE;
- Agentes da Polícia de Segurança Pública, inseridos no projeto “Escola Segura”;
- Técnicas da S&R Coaching;
- Dr.^a Teresa Barroso;
- Dr. Fernando Barroso, Presidente da IREFREA em Portugal.

Relativamente aos recursos físicos e materiais, foram necessários:

- Gabinete de enfermagem da USP de Évora;
- Sala de professores da Escola Secundária Gabriel Pereira;
- Salas de aula da Escola Secundária Gabriel Pereira;
- Auditório da Escola Secundária Gabriel Pereira;
- Espaço Polivalente da Escola Secundária Gabriel Pereira;
- Computador, impressora e data show;
- Fotocopiadora;
- Viatura automóvel;
- Máquina fotográfica;
- Material consumível (Cartolinas, folhas A4, canetas, lápis, papel autocolante, toner da impressora, pastas de documentação, envelopes A4, etc.);
- Óculos simuladores do efeito do álcool, fita adesiva, bola de ténis;
- Bombons com recheio licoroso, alcoolímetro e canilhas;
- Prémio para atribuição aos alunos vencedores do Kahoot;
- Prémio pela elaboração do melhor poster.

5.5 – Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas

Para o desenvolvimento deste projeto deparámo-nos com a necessidade de desenvolver parcerias com algumas entidades, como forma de otimizar recursos e existir um maior envolvimento da comunidade no projeto e haver maior divulgação do mesmo. Desta forma, depois de analisados os objetivos a atingir e as atividades propostas, foi feita uma reflexão e seleção cuidadosa acerca dos potenciais parceiros do projeto, bem como das contribuições que cada uma das potenciais parcerias podia trazer ao projeto. Após a realização desta análise, foram realizadas as reuniões necessárias com cada um dos possíveis parceiros, com o propósito de apresentar o projeto, objetivos e expectativas da parceria, bem como a consciencialização do papel de cada um dos intervenientes. Todos estes contactos foram feitos, numa primeira instância, pessoalmente e quando em concordância, foram então formalizadas as parcerias por escrito, em formato de email. Depois de concretizadas as parcerias foram realizadas várias reuniões com as entidades parceiras no projeto, no sentido de analisar todos os recursos necessários, conquistar o apoio da comunidade, promover o envolvimento no projeto, transmitir informação e uniformizar conteúdos e práticas.

Assim, as entidades parceiras no projeto foram:

- Agrupamento de escolas nº 2 de Évora;

- GARE - Associação para a promoção de uma cultura de segurança rodoviária. Esta associação identifica como missão:

Intervir cívica e socialmente na comunidade no âmbito de uma cultura de segurança rodoviária, assente nos seguintes objetivos: favorecer a mudança social e individual de comportamentos e atitudes com vista à diminuição de riscos inerentes ao ambiente rodoviário; promover a Saúde e promover uma Cidadania Ativa e Global e o respeito pelos Direitos Humanos (GARE).

- Polícia de Segurança Pública (PSP) - O programa Escola Segura da PSP tem como objetivos:

Promover uma cultura de segurança nas escolas; Fomentar o civismo e a cidadania, contribuindo deste modo para a afirmação da comunidade escolar enquanto espaço privilegiado de integração e socialização; Diagnosticar, prevenir e intervir nos problemas de segurança das escolas; Determinar, prevenir e erradicar a ocorrência de comportamentos de risco e/ou de ilícitos nas escolas e nas áreas envolventes; Promover, de forma concertada com os respetivos parceiros, a realização de ações de sensibilização e de formação sobre a problemática da prevenção e da segurança em meio escolar; Recolher informações e dados estatísticos e realizar estudos que permitam dotar as entidades competentes de um conhecimento objetivo sobre a violência, os sentimentos de insegurança e a vitimação na comunidade educativa (PSP).

- EPRAL;

- S&R Coaching – Organização que tem como objetivo integrar o coaching no sistema educativo como processo de desenvolvimento dos alunos, pais e professores. Esta empresa desenvolve um trabalho bastante interessante de teen coaching, capacitando os adolescentes para o autoconhecimento, lidar com emoções, comunicação, enfim, tudo o que somos, queremos e fazemos.

Durante a fase de implementação do projeto revelou-se muito importante que todos os parceiros envolvidos auferissem benefícios com a parceria, permitindo assim um maior empenhamento e motivação por parte de todos.

No final do ano letivo, após término do projeto irá ser efetuada uma reunião com todos os parceiros no sentido de perceber se os objetivos foram atingidos, quais os pontos fortes e fracos da parceria e aspetos a melhorar no futuro.

Foram ainda envolvidas a Rádio Diana FM, Rádio Telefonía, Jornal Diário do Sul e ARS Alentejo, na divulgação do projeto à comunidade.

5.6 – Análise da estratégia orçamental

Este projeto contou com a participação voluntária de todos os intervenientes, uma vez, que foi realizado no âmbito académico e não auferia de quaisquer financiamentos. Porém, como forma de identificar os recursos financeiros necessários à concretização do projeto e analisar possíveis fontes de financiamento, foi delineado um orçamento, que passo a apresentar no quadro 7.

Rubrica	Sub-rubrica	Valor
Equipamento informático	Computador	700€
	Data show	40€
	Máquina Fotográfica	500€
	Impressora	199€
Overhead	Internet, telefone, eletricidade	100€
Materiais consumíveis	Fotocópias	500€
	Impressão poster	100€
	Folhas A4	20€
	Impressão autocolantes	20€
	Impressão folhetos	60€
	Cartolinas	50€
	Toner impressora	60€
	Canetas	20€
	Pastas de documentação	10€
	Envelopes A4	5€
	Bombons	46€
Imagem & Marketing	Logotipo	50€
Recursos humanos	Enfermagem	2000€
	Outros profissionais	1000€
	Técnico GARE	120€
Combustíveis	Combustível (Carro próprio)	0,36€/Km = 500€
Ofertas	Bilhetes de cinema	31€
	Prémio melhor poster	31€
TOTAL		6162€

Quadro 7 – Orçamento do projeto

5.7 – Cumprimento do cronograma

O projeto “Aprende, Pensa e Decide” teve o seu início em maio de 2017 e deverá ter o seu término em junho de 2018. De referir que a fase do diagnóstico de situação decorreu entre maio e junho de 2017, durante o estágio I, realizado no 2º semestre do 1º ano do Mestrado em Associação, quando os alunos envolvidos no projeto frequentavam o 8º ano de escolaridade, na escola básica André de Resende. A fase da implementação do projeto decorre durante o ano letivo 2017/2018, quando os mesmos alunos frequentam o 9º ano de escolaridade, na escola secundária Gabriel Pereira.

Consideramos que o cronograma previsto foi cumprido, tendo sido, no entanto, necessário reajustar as datas de execução de algumas atividades devido à disponibilidade facultada pela escola, ajustada ao horário escolar. Destas alterações, devo realçar que as sessões de Kahoot foram aglomeradas em duas sessões, devido à pouca disponibilidade no calendário escolar.

Terminado o estágio final, é importante realçar que as atividades planeadas irão ser realizadas nas datas previstas, conforme constam no cronograma de atividades (Apêndice 11). Assim a elaboração dos cartazes na aula de Educação Visual com a respetiva exposição foi alterada para junho de 2018, no término do ano letivo.

Durante a operacionalização do projeto surgiu ainda a oportunidade de desenvolver uma parceria com uma empresa de teen coaching, revelando-se esta bastante pertinente no desenvolvimento de competências sociais. Contudo, uma vez que o cronograma já estava elaborado, foi necessário programar uma nova atividade que conta a participação desta nova identidade, encontrando-se esta ainda em fase de planeamento.

5.8 – Comunicação e divulgação do projeto

Como forma de divulgar e dar a conhecer o projeto foram desenvolvidas diferentes estratégias. A atividade nº1 (Criação de página de Facebook) surge como forma de divulgação do projeto aos alunos envolvidos, aos restantes alunos, pais, professores e restante comunidade.

Para difundir a existência do projeto na escola foram afixados alguns posters na escola em local facilmente visível por todos os alunos e promovido na página da intranet da Escola Secundária Gabriel Pereira. A participação no jantar literário também cumpriu o objetivo de divulgar o projeto na comunidade escolar.

No sentido de divulgar o projeto, foi ainda distribuído a todos os alunos envolvidos no projeto um autocolante com o logotipo do projeto, endereço de correio eletrónico e página de Facebook.

Para promover a adesão e envolvimento dos pais, e divulgar a existência do projeto, numa fase inicial de implementação, foram distribuídos aos pais folhetos informativos acerca do mesmo e foi convidada a estar presente na apresentação dos resultados do diagnóstico de situação, a Associação de Pais. Neste mesmo dia, esteve também presente a Rádio Diana FM tendo divulgado o projeto e as atividades que decorreram na rádio e na página das notícias online da rádio, no link <http://www.dianafm.com/evora-escola-quer-prevenir-consumo-de-alcool-entre-alunos/>.

A existência do projeto “Aprende, pensa e decide” foi também noticiada na página de notícias da ARS Alentejo, no link:

<http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/Projeto---Aprende-Pensa-e-Decide.aspx?PageID=1060>

Como forma de divulgação deste trabalho foi ainda elaborado um artigo científico (Apêndice 18), que será futuramente publicado numa revista indexada.

Durante o mês de abril, o projeto “Aprende, Pensa e Decide” terá ainda um espaço a si dedicado no programa da Rádio Telefonía do Alentejo em parceria com a Unidade de Saúde Pública do ACES Alentejo Central. Depois da transmissão do programa, este será divulgado no Jornal Diário do Sul.

6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação constitui a última etapa do processo de planeamento em saúde. O processo de avaliação e controlo reveste-se de extrema importância, uma vez que este vai permitir saber se os objetivos traçados e metas delineadas para este projeto de intervenção foram alcançados. De acordo com Tavares (1990, p.205) a avaliação “estabelece um mecanismo de retroação sobre as diversas etapas do processo de planeamento que lhe são anteriores”.

De acordo com a perspetiva do modelo de Green & Kreuter (1991), a avaliação de um projeto abrange a avaliação de processo, de produção e de resultados, o equivalente à avaliação dos objetivos, do projeto e à avaliação intermédia e final dos resultados conseguidos.

6.1 – Avaliação dos objetivos

O projeto “Aprende, Pensa e Decide” tem como objetivo geral: *“Reduzir em 10%, a prevalência do consumo de álcool, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até Junho de 2018”*.

Para alcançar o objetivo geral delineado, foram traçados três objetivos específicos:

- a) *“Aumentar em 25% os conhecimentos acerca do álcool, problemas a si associados, potenciais consequências e riscos inerentes ao seu consumo, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até junho de 2018”*
- b) *“Adiar o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas, em 10% dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até junho de 2018”*
- c) *“Promover a mobilização e o envolvimento dos pais/encarregados de educação e dos professores dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, nas atividades planeadas, ao longo da implementação do projeto”*

Para cada um dos objetivos específicos foram estabelecidas metas. No sentido de averiguar se os objetivos traçados e metas delineadas para este projeto de intervenção seriam atingidos, foram estabelecidos múltiplos indicadores de avaliação: indicadores de impacto ou resultado

e indicadores de execução ou atividade. De acordo com Imperatori & Geraldès (1993, p.178) é através dos indicadores que “conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados”.

Assim, foram estipulados para este projeto os seguintes indicadores de avaliação:

Indicadores de atividade ou execução	Indicadores de resultado
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atividades realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de atividades planeadas}} \times 100$	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de alunos presentes}}{\text{N}^\circ \text{ total de alunos}} \times 100$
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de dinâmicas divulgadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de dinâmicas desenvolvidas}} \times 100$	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de alunos com resposta correta}}{\text{N}^\circ \text{ de alunos presentes}} \times 100$
	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pessoas convidadas presentes}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas convidadas}} \times 100$

Quadro 8 – Indicadores de avaliação

Relativamente aos indicadores de atividade ou execução, foram totalmente atingidos sendo que todas as intervenções planeadas até ao momento foram realizadas.

De seguida procedemos à avaliação das metas anteriormente definidas para cada um dos objetivos, através do cálculo dos indicadores de resultado delineados em cada uma das atividades (Apêndice 10), conforme indicado nos quadros 9, 10 e 11. Através da análise dos resultados apresentados, podemos verificar que todas as metas definidas foram claramente alcançadas.

Objetivo específico 1.1: Aumentar em 25% os conhecimentos acerca do álcool, problemas a si associados, potenciais consequências e riscos inerentes ao seu consumo, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até junho de 2018	
Metas	Avaliação
Que 75% dos alunos participem nas atividades realizadas.	100% dos alunos participaram nas atividades realizadas.
Que 25% dos alunos consigam identificar 2 problemas ligados ao consumo de álcool relativamente à doença e morte prematura.	98,5% dos alunos identificou 2 problemas ligados ao consumo de álcool relativamente à doença e morte prematura.
Que 25% dos alunos consigam identificar 2 características das bebidas alcoólicas (fermentadas, destiladas e alcoolizadas).	89,6% dos alunos conseguiu identificar 2 características das bebidas alcoólicas.
Que 25% dos alunos consigam identificar a relação entre a graduação de uma bebida e a quantidade de álcool puro presente na mesma.	81,7% dos alunos conseguiu identificar a relação entre a graduação de uma bebida e a quantidade de álcool puro presente na mesma.
Que 25% dos alunos consigam identificar 2 efeitos imediatos do consumo de bebidas alcoólicas.	96,6% dos alunos conseguiu identificar 2 efeitos imediatos do consumo de bebidas alcoólicas.
Que 25% dos alunos consigam identificar 2 consequências do consumo de bebidas alcoólicas na adolescência.	98,9% dos alunos conseguiu identificar 2 consequências do consumo de bebidas alcoólicas na adolescência.
Que 25% dos alunos consigam identificar quais os comportamentos de risco visionados num filme, associados ao consumo de bebidas alcoólicas na adolescência.	100% dos alunos conseguiu identificar quais os comportamentos de risco visionados num filme, associados ao consumo de bebidas alcoólicas na adolescência.

Quadro 9 - Avaliação das metas definidas para o objetivo específico 1.1

Objetivo específico 1.2: Adiar o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas, em 10% dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até junho de 2018	
Metas	Avaliação
Que 75% dos alunos participem nas atividades realizadas.	100% dos alunos participaram nas atividades realizadas.
Que 75% dos alunos participem no preenchimento do questionário relativo ao Consumo de álcool, na fase intermédia da implementação do projeto	100% dos alunos participaram no preenchimento do questionário relativo ao Consumo de álcool, na fase intermédia da implementação do projeto.

Quadro 10 - Avaliação das metas definidas para o objetivo específico 1.2

Objetivo específico 1.3: Promover a mobilização e o envolvimento dos pais/encarregados de educação e dos professores dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, nas atividades planeadas, ao longo da implementação do projeto

Metas	Avaliação
Que 25% dos pais/familiares dos alunos do 9º ano participem nas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto.	28,4% dos pais/familiares dos alunos do 9º ano participaram nas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto.
Que 100% dos professores envolvidos diretamente no projeto participem nas atividades planeadas	100% dos professores envolvidos diretamente no projeto participaram nas atividades planeadas.

Quadro 11 - Avaliação das metas definidas para o objetivo específico 1.3

6.2 – Avaliação da implementação do projeto

Como forma de avaliar o projeto, foi elaborado um questionário (Apêndice 8), conforme descrito no ponto 5.1, tendo sido posteriormente aplicado ao grupo de professores envolvido na implementação do mesmo, totalizando 6 professores. Como forma de análise das respostas dadas recorreu-se a uma matriz de análise de SWOT (S-forças (*strengths*); W-fraquezas (*weaknesses*); O-oportunidades (*opportunities*) e A-ameaças (*threats*)) (Quadro 12). De acordo com Teixeira (1998) entendemos por análise SWOT a análise externa e interna para detetar respetivamente as oportunidades e as ameaças (no exterior) de um projeto/programa e a análise dos pontos fortes e dos pontos fracos (no interior) do mesmo. Desta forma, de acordo com o mesmo autor, este tipo de análise irá permitir a identificação das estratégias que conduzem à maximização das oportunidades do ambiente, construídas sobre os pontos fortes e à minimização das ameaças bem como à redução dos efeitos dos pontos fracos.

Após a análise das respostas dadas, os professores referem como aspetos positivos do projeto (Forças) a pertinência do tema, referindo que este é um tema bastante atual e pertinente, com a máxima importância. Identificam ainda, de forma consensual, como aspeto positivo a apresentação dos resultados do diagnóstico de situação a toda a comunidade escolar e principalmente aos alunos intervenientes, argumentando que são frequentemente alvo de muitos estudos, não obtendo, porém, o feedback dos resultados auferidos. Outro dos aspetos positivos referidos por todos os professores foi a inovação das estratégias utilizadas durante as atividades, sendo notório uma grande adesão e envolvimento por parte dos alunos e comunidade escolar. Apresentam ainda como forças, o benefício real obtido pelos alunos através do aumento dos conhecimentos, sendo que estes os irão auxiliar na adoção de estilos de vida saudáveis e prevenção dos comportamentos de risco.

Como fraquezas do projeto foi referido, de forma consensual, o pouco envolvimento dos pais. Apesar de os pais terem sido envolvidos ativamente no projeto, a adesão dos mesmos não foi a que seria desejável, pelo que deverão ser adotadas novas estratégias que melhorem este aspeto negativo.

Nas dinâmicas externas, foram identificadas como oportunidades por todos os professores, a aproximação dos profissionais de saúde à comunidade educativa, assim como o desenvolvimento do próprio projeto de intervenção, permitindo a dinamização de atividades com as turmas intervenientes no diagnóstico de situação, possibilitando uma melhor consciencialização da problemática e eventual mudança relativamente a comportamentos de risco. Dois professores apontaram ainda como um aspeto relevante o envolvimento de outras entidades no projeto, nomeadamente da Polícia de Segurança Pública, permitindo um estreitamento de relação entre ambos os intervenientes.

Como ameaça, também todos os professores identificaram a não existência de horas específicas para desenvolver atividades de promoção da saúde. O fato de não existir uma unidade curricular não disciplinar, onde pudessem ser enquadradas as diferentes atividades do projeto, dificultou a planificação e realização das mesmas, uma vez que, para que estas acontecessem os professores envolvidos tiveram que ceder horas da componente curricular e, dado que os programas curriculares são demasiado extensos, é extremamente difícil gerir o tempo para cumprimento do mesmo.

	Forças	Fraquezas
Dinâmicas internas	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinência do tema; - A apresentação dos resultados do estudo, ao público-alvo que nele participou diretamente, tem resultados muito positivos; - Estratégias e métodos utilizados; - Envolvimento e motivação dos alunos; - Aquisição de conhecimentos dos alunos; - Promoção de estilos de vidas saudáveis; - Prevenção comportamentos de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior envolvimento dos pais.
	Oportunidades	Ameaças
Dinâmicas externas	<ul style="list-style-type: none"> - Aproximação dos profissionais de saúde à comunidade educativa; - Dinamização de atividades com as turmas envolvidas no estudo para melhor consciencialização e mudança relativamente a comportamentos de risco; - Parcerias desenvolvidas com outras entidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não existência de uma unidade curricular não disciplinar.

Quadro 12 - Matriz de Análise SWOT – avaliação do projeto efetuada pelos professores envolvidos

Também aos alunos envolvidos foi solicitado que avaliassem o projeto através do preenchimento de um questionário construído para o efeito (Apêndice 9). Este questionário encontra-se dividido em três categorias distintas: conteúdos das sessões de educação para a saúde, instrumentos e métodos utilizados e parcerias. No que concerne à primeira categoria, através da análise dos dados obtidos pudemos concluir que a maioria (79,1%) dos alunos concorda totalmente que os conteúdos apresentados nas diferentes sessões são do seu interesse e 88,8% concordam que os mesmos são atuais. Questionados relativamente à compreensão dos conteúdos apresentados, 95,5% revelam tê-los compreendido, 93,2% concordam ter adquirido novos conhecimentos e 83,6% dizem que os conhecimentos adquiridos terão aplicação futura. 92,5% revelam concordar totalmente que o projeto “Aprende, Pensa e Decide” é importante e 91,8% assumem que este tipo de iniciativas são importantes na escola. Questionados acerca da contribuição deste projeto para a melhoria de atitudes, 79,9% concordam totalmente que o projeto colabora neste sentido.

Relativamente à categoria instrumentos e métodos utilizados, 70,9% dos alunos concorda totalmente que foi importante conhecer os resultados dos questionários aos quais responderam no final do anterior ano letivo. 77,6% revelam que os métodos utilizados durante as diferentes sessões foram motivadores e 78,4% gostava de continuar com este projeto. Quanto aos diferentes métodos utilizados 86,6% dizem que a aplicação Kahoot revelou-se uma forma de aprendizagem divertida e 47,8% acha a página de Facebook interessante.

O projeto permitiu a operacionalização de algumas parcerias que acrescentaram bastante valor ao projeto. 78,4% dos alunos referem concordar totalmente que as atividades desenvolvidas pela GARE foram divertidas e 71,6% achou a participação da PSP bastante interessante. No que diz respeito à parceria entre a USP e a escola, 89,6% afirma que a ligação entre a saúde e a educação é muito importante e 79,1% considera que a cooperação da escola foi muito importante para a implementação do projeto.

A análise da avaliação do projeto feita pelos alunos (Apêndice 19) permitiu a identificação dos pontos fortes e fracos do projeto do ponto de vista dos adolescentes. Esta identificação irá permitir o desenvolvimento de novas estratégias futuras que conduzam à melhoria dos resultados e a uma otimização do projeto.

O projeto tem a duração de 1 ano letivo (2017/2018), tendo o seu término previsto para o início do mês de junho. Todas as atividades projetadas para o decorrer do estágio final foram executadas. Estão ainda por realizar as atividades agendadas para data posterior ao fim do estágio, tal como já foi referido.

6.3 – Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas

Ao longo das diferentes atividades foi sendo feita uma avaliação das mesmas no sentido de perceber se as metas propostas para cada uma delas tinham sido alcançadas (Apêndice 10).

Como forma de avaliar a eficácia das intervenções realizadas no âmbito do projeto “Aprende, Pensa e Decide”, foi efetuada uma avaliação intermédia em janeiro de 2018, onde foi aplicado o questionário acerca do consumo de álcool pelos adolescentes e o questionário de conhecimentos acerca do álcool, cumprindo a finalidade de avaliar se o objetivo geral do projeto foi atingido até ao momento. Desta forma este subcapítulo irá apresentar os resultados obtidos a partir da análise dos dados colhidos através da aplicação dos instrumentos supracitados.

No que se refere aos conhecimentos acerca do álcool, fomos testar se houve aumento, estabilidade ou diminuição dos conhecimentos dos alunos após a intervenção. Como tal, numa

primeira fase foi necessário avaliar se a distribuição das variáveis obedecia a uma distribuição normal. Aplicou-se o teste não paramétrico de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors aos dados da 1ª e da 2ª aplicação, verificando-se um $p < 0.00$, o que revela que ambas as variáveis não têm uma distribuição normal. Por conseguinte, para obter a significância da diferença dos resultados obtidos no 1º momento de avaliação e no momento de avaliação intermédia aplicou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon Signed Ranks Test entre duas amostras emparelhadas. Ao aplicar este teste pudemos concluir que se registou uma diferença altamente significativa entre a primeira avaliação e avaliação intermédia ($Z = -5,511$; $p < 0,000$).

Tal como podemos aferir no quadro 13, verificámos uma média de 66,5% de respostas certas no momento da realização do diagnóstico de situação, sendo que na avaliação intermédia deparamo-nos com uma média de 87% de respostas corretas, o que demonstra um aumento de 30,9%. Registámos, neste segundo momento de avaliação, um mínimo de 43,3% de repostas certas e um máximo de 100%. Podemos assim afirmar, de acordo com o emitido no despacho normativo n.º 24-A/2012, Nº 236 de 6 de dezembro de 2012, que os conhecimentos demonstrados pelos alunos no segundo momento avaliativo correspondem numa escala qualitativa, a um nível de bom.

Conhecimentos acerca do álcool	Média	DP	Mín.	Máx.
Avaliação inicial (t_0)	66,485	19,1283	15,9	87,8
Avaliação intermédia (t_1)	87,033	12,3154	43,3	100,0
Evolução (pp)	20,548			
Evolução (%)	30,9%			
Teste não paramétrico Wilcoxon Signed Ranks Test para duas amostras emparelhadas	$(Z = -5,511, p = 0,000)$			

Conhecimentos

100%
80%
60%
40%
20%
0%

t0 t1

--- Conhecimentos

Quadro 13 - Comparação dos conhecimentos acerca do álcool na avaliação inicial e avaliação intermédia

Ao observar o gráfico 11 podemos verificar que todas as afirmações do questionário de conhecimentos acerca do álcool registaram uma evolução positiva, com um aumento significativo de respostas corretas. Estes resultados revelam que a intervenção do projeto “Aprende, Pensa e Decide” contribuiu para o aumento significativo dos conhecimentos dos alunos que frequentam o 9º ano de escolaridade, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, acerca do álcool, problemas a si associados, potenciais consequências e riscos inerentes ao seu consumo, conforme o preconizado pelo Referencial de Educação para a Saúde e o delineado no objetivo específico 1.1.

Evolução dos conhecimentos acerca do álcool

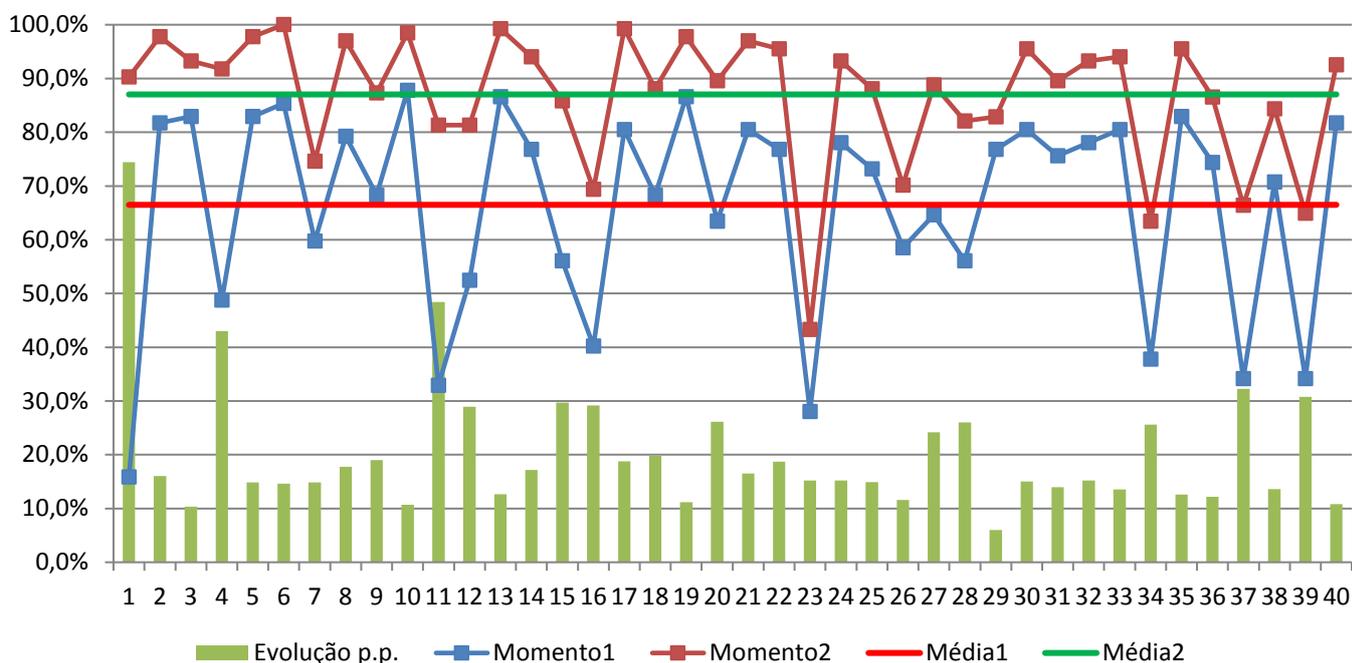


Gráfico 11 – Comparação dos conhecimentos acerca do álcool na avaliação inicial e avaliação intermédia

Relativamente ao consumo de álcool, através da aplicação do questionário no momento de avaliação intermédia, deverá ser possível analisar se houve aumento, estabilização ou diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e dos episódios de embriaguez, nos últimos 30 dias.

No que diz respeito ao consumo de álcool, fomos testar se houve aumento, estabilidade ou diminuição do número de alunos que já iniciaram o consumo de álcool, após a intervenção. Ao observar os dados obtidos, e tal como podemos verificar no quadro 14, conseguimos concluir que cinco alunos iniciaram o consumo de álcool após intervenção, o que revela um aumento de 11,32% comparativamente à taxa de consumo de álcool inicial. Contudo, apesar deste aumento, conseguimos atingir o objetivo específico “Adiar o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas, em 10% dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até junho de 2018”, uma vez que 28,05% dos alunos continuam sem iniciar o consumo de álcool.

Consumo álcool						
Experiência de consumo	Momento t ₀ (n=82)		Momento t ₁ (n=82)		Evolução	
	nº	%	nº	%	pp	%
Não	28	34,15%	23	28,05%	-6,10	-17,86%
Sim	53	64,63%	59	71,95%	7,32	11,32%

Quadro 14 - Comparação do consumo de álcool na avaliação inicial e avaliação intermédia

Relativamente à taxa de embriaguez, tal como podemos verificar no quadro 15, verificou-se uma estabilização no número de alunos que se embriagou nos últimos 30 dias, comparativamente aos valores apresentados na primeira avaliação, o que confere uma evolução de 0,00%. No que diz respeito ao nº de alunos que não se embriagou no último mês, podemos observar que registou-se um aumento de 35%, o que pode revelar um aumento da confiança dos adolescentes, uma vez que no primeiro momento nove alunos não responderam à questão, enquanto no segundo momento todos o fizeram.

Evolução da ocorrência de episódios de embriaguez						
Embriaguez	Momento t ₀ (n=82)		Momento t ₁ (n=82)		Evolução	
	nº	%	nº	%	pp	%
Não	40	48,78%	54	65,85%	17,07	35,00%
Sim	5	6,10%	5	6,10%	0,00	0,00%

Quadro 15 - Comparação da ocorrência de episódios de embriaguez na avaliação inicial e avaliação intermédia

No que se refere à frequência do consumo de cerveja (Quadro 16), verificamos uma diminuição do consumo de cerveja nos últimos 30 dias, na ordem dos 52,17%, relativamente ao momento da avaliação inicial efetuada no diagnóstico de situação.

Evolução do consumo de cerveja						
Cerveja	Momento t ₀ (n=82)		Momento t ₁ (n=82)		Evolução	
	nº	%	nº	%	pp	%
Não	28	34,15%	48	58,54%	24,39	71,43%
Sim	23	28,05%	11	13,41%	-14,63	-52,17%

Quadro 16 - Comparação da frequência do consumo de cerveja na avaliação inicial e avaliação intermédia

Em relação à frequência do consumo de cidra (Quadro 17), tal como no consumo de cerveja, também nesta bebida alcoólica verificamos uma diminuição do consumo nos últimos 30 dias, na ordem dos 56,25%, relativamente ao momento da avaliação inicial efetuada no diagnóstico de situação.

Evolução do consumo de cidra						
Cidra	Momento t ₀ (n=82)		Momento t ₁ (n=82)		Evolução	
	nº	%	nº	%	pp	%
Não	34	41,46%	52	63,41%	21,95	52,94%
Sim	16	19,51%	7	8,54%	-10,98	-56,25%

Quadro 17 - Comparação da frequência do consumo de cidra na avaliação inicial e avaliação intermédia

Quanto à frequência do consumo de alcopops (Quadro 18), tal como temos vindo a verificar, também aqui se registou um aumento do não consumo desta bebida alcoólica nos últimos 30 dias, na ordem dos 26,83pp.

Evolução do consumo de alcopops						
Alcopops	Momento t ₀ (n=82)		Momento t ₁ (n=82)		Evolução	
	nº	%	nº	%	pp	%
Não	32	39,02%	54	65,85%	26,83	68,75%
Sim	18	21,95%	5	6,10%	-15,85	-72,22%

Quadro 18 - Comparação da frequência do consumo de alcopops na avaliação inicial e avaliação intermédia

Relativamente ao consumo de vinho (Quadro 19) verificámos uma estabilização do consumo deste tipo de bebida, uma vez que o número de alunos que referiu consumir vinho nos últimos 30 dias na primeira avaliação, permaneceu constante no segundo momento avaliativo.

Evolução do consumo de vinho						
Vinho	Momento t ₀ (n=82)		Momento t ₁ (n=82)		Evolução	
	nº	%	nº	%	pp	%
Não	41	50,00%	50	60,98%	10,98	21,95%
Sim	9	10,98%	9	10,98%	0,00	0,00%

Quadro 19 - Comparação da frequência do consumo de vinho na avaliação inicial e avaliação intermédia

O consumo de bebidas espirituosas (Quadro 20) não foi exceção e, também neste tipo de bebida alcoólica se registou uma diminuição do consumo, nos últimos 30 dias.

Evolução do consumo de bebidas espirituosas						
Bebidas espirituosas	Momento t ₀ (n=82)		Momento t ₁ (n=82)		Evolução	
	nº	%	nº	%	pp	%
Não	36	43,90%	50	60,98%	17,07	38,89%
Sim	14	17,07%	9	10,98%	-6,10	-35,71%

Quadro 20 - Comparação da frequência do consumo de bebidas espirituosas na avaliação inicial e avaliação intermédia

Em síntese e tal como podemos aferir no gráfico 12, registou-se uma redução no consumo de todos os tipos de bebidas alcoólicas, à exceção do vinho que se manteve estável.

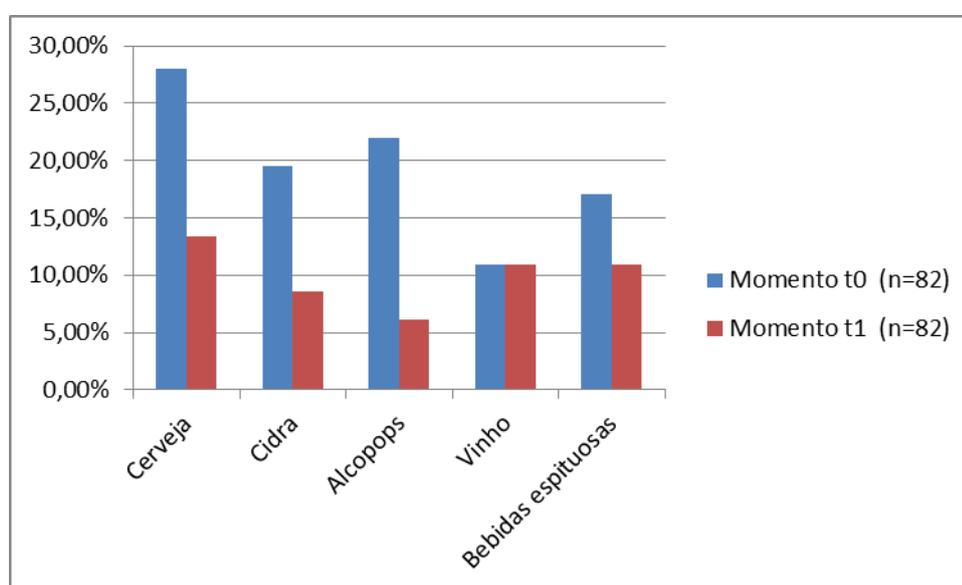


Gráfico 12 - Comparação da frequência do consumo de bebidas alcoólicas na avaliação inicial e avaliação intermédia

No que se refere à frequência do consumo de álcool nos últimos 30 dias (Quadro 20), podemos verificar que houve uma redução do consumo, isto é, na avaliação inicial 13,42% dos adolescentes ingeriam bebidas alcoólicas de forma regular, enquanto no momento da avaliação intermédia do projeto apenas 3,66% o fazem. Analisando estes resultados verifica-se que 73% diminuíram o consumo de álcool, o que vai de encontro ao objetivo geral deste projeto.

Frequência do consumo de álcool						
Frequência de consumo	Momento t ₀ (n=82)		Momento t ₁ (n=82)		Evolução	
	nº	%	nº	%	pp	%
Nunca bebi álcool	28	34,15%	23	28,05%	-6,10	-17,86%
Experimentei uma vez	27	32,93%	31	37,80%	4,88	14,81%
Menos de uma vez por mês	10	12,20%	23	28,05%	15,85	130,00%
Mensalmente	7	8,54%	2	2,44%	-6,10	-71,43%
Semanalmente	0	0,00%	1	1,22%	1,22	100,00%
2-4 vezes por semana	2	2,44%	0	0,00%	-2,44	-100,00%
Diariamente ou quase	2	2,44%	0	0,00%	-2,44	-100,00%
Não sei	4	4,88%	2	2,44%	-2,44	-50,00%

Quadro 21 - Comparação da frequência do consumo de álcool na avaliação inicial e avaliação intermédia

Após a análise dos dados obtidos na avaliação intermédia do projeto consideramos ter alcançado, até ao momento, os objetivos propostos. No final do ano letivo, em junho de 2018, será efetuada uma avaliação final do projeto.

7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

A saúde Pública em Portugal tem sido alvo de grandes mudanças ao longo dos anos. No início assistimos a uma prestação de cuidados de saúde e assistência de “iniciativa religiosa e corporativa, à semelhança do sucedido na maior parte dos países europeus, e só progressivamente os responsáveis locais e o poder central foram olhando esta temática como merecedora de enquadramento legislativo e de intervenção permanente” (Rodrigues & Leão, 2014, p. 33). O conceito de saúde enquanto política pública é recente, surge por volta de meados do século XIX. Até então, e a partir da Idade Média eram as Misericórdias quem desempenhava um “papel central no quadro do tratamento dos enfermos, sobretudo os mais carenciados. Esse protagonismo resultou em larga medida da sua proximidade relativamente às populações, a que se soma o facto de se distribuírem no território nacional de forma bastante consistente” (Rodrigues & Leão, 2014, p. 33). De realçar que nesta época a prestação de cuidados de saúde era efetivada de forma pontual e como forma de resposta a problemas específicos, a situações de emergência, como as tão conhecidas epidemias da nossa história. A saúde da população tinha pouca prioridade nas políticas públicas.

Ao longo dos anos, os vários indicadores de saúde, doença e mortalidade têm vindo a espelhar as prioridades políticas relativas à saúde pública. Verificamos assim o “modo como a maior ou menor atenção dada à higiene pública e ao sistema de controlo sanitário influenciaram os níveis da morbidade e da mortalidade” no nosso país ” (Rodrigues & Leão, 2014, p. 33). É na fase do Iluminismo pombalino, em meados do século XVIII que a saúde é reconhecida como um determinante importante para a evolução do país.

É então no século XIX que a Saúde Pública germina na Inglaterra, com John Snow. Considerado por diversos autores como o “pai da Epidemiologia”, desenvolveu diversos e importantes estudos epidemiológicos acerca do risco de contrair cólera estar relacionado com o consumo de água de determinada companhia que abastecia uma zona específica de Londres, procedendo à monitorização da população e mapeamento da origem do abastecimento de água. É desta relação causa-efeito que floresce a primeira vitória da Saúde Pública.

No início da década de 70 e ainda na vigência do Estado Novo, é reconhecido o direito à proteção da saúde e a necessidade da introdução de alterações profundas das políticas públicas (Alves & Carneiro, 2014). No período do Estado Novo a prestação de cuidados de saúde encontrava-se concentrada nos hospitais. A prestação de cuidados de saúde em ambulatório era, em

parte, assegurada pela Previdência Social não havendo uma valorização dos cuidados de saúde na vertente preventiva (Alves & Carneiro, 2014). É então no ano de 1971 que se dá a reforma da Saúde de Gonçalves Ferreira, então Secretário de estado do Ministério da Saúde e assistência, passando a ser reconhecido o direito à saúde e ser efetuada a prestação de cuidados em duas estruturas funcionais para a prestação pública de cuidados de saúde: os centros de saúde e os hospitais. Surgem assim os cuidados de saúde primários em Portugal.

Em 1978, com a Declaração de Alma-Ata, é enfatizada a importância dos cuidados de saúde primários, na promoção da saúde a todos os povos do mundo. Nesse mesmo ano, em Portugal, o segundo governo constitucional decidia “universalizar o acesso à saúde: todos os portugueses, fossem ou não trabalhadores por conta de outrem e beneficiários da segurança social, passavam a poder ser assistidos de forma universal e gratuita” (Campos, 2008, p.19). Refere ainda o mesmo autor que “pela primeira vez se consagrava o direito universal à defesa e proteção da saúde, previsto na Constituição de 1976”. Assistíamos assim à criação do Serviço Nacional de Saúde.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, é na iniciativa “A Saúde Pública nas Américas” que são definidas as 11 Funções Essenciais de Saúde Pública. A 20 de Novembro de 2010 é aprovado o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública, onde são definidas as referidas competências.

De acordo com o referido regulamento (2011, p.8667) “a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade”. Ao longo da segunda metade do século XIX e início do século XX assistimos à chamada transição epidemiológica, onde “as tradicionais doenças infectocontagiosas declinaram em termos relativos e absolutos e o seu lugar foi ocupado por doenças crónicas e degenerativas” (Maia, 2000, p.583). Esta alteração leva ao reconhecimento do papel dos cuidados de saúde primários, onde o enfermeiro, e mais especificamente o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública deve assumir um papel ativo, sendo um recurso essencial na prestação de cuidados aos indivíduos, famílias e comunidade.

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 efetivos ganhos em saúde (Regulamento n.º 128/2011, 2011, p.8667).

Durante a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é preconizado que o enfermeiro consiga dar resposta aos objetivos delineados tendo em conta o perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, conforme especificado no Regulamento n.º 128/2011. Ao longo deste percurso de ano e meio, foi adquirido todo um conjunto de conhecimentos, nas diferentes unidades curriculares frequentadas, que deverá permitir o alcance das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Todos estes conhecimentos, acrescidos do *Know-how* oriundo de vários anos de experiência profissional e pessoal, reúnem as condições necessárias para o desenvolvimento de todo um conjunto de competências cruciais a este processo de formação.

Desta forma, devo referir que a realização dos estágios preconizados para este percurso permitiram a aquisição das competências comuns ao enfermeiro especialista, nomeadamente, o desenvolvimento de uma prática profissional e ética, a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos, tendo sempre em consideração a privacidade, a segurança e a dignidade pelo cliente. A realização de ambos os estágios permitiu ainda o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, a colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e a promoção de um ambiente seguro e terapêutico. Foi ainda possível o aperfeiçoamento da capacidade de tomada de decisão e gestão de todo o processo de cuidados, otimizando a equipa colaboradora no processo e supervisionando as tarefas delegadas, tendo sempre em consideração a adaptação dos recursos e estratégias de liderança às necessidades. Como seria imprescindível, toda a ação foi desenvolvida fundamentada em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, conforme especificado nas competências comuns do enfermeiro especialista. Para além de todo este conjunto de conhecimentos, não menos importante é o autoconhecimento que temos de nós próprios e que também estes estágios foram potenciadores desta realidade. Considero assim ter conseguido alcançar as competências comuns do enfermeiro especialista.

Quanto às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, de acordo com o regulamento de competências já aqui referido, estas são:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Assim, foi elaborado o diagnóstico de saúde de uma comunidade, tendo em consideração os diferentes determinantes de saúde que influenciam e favorecem o consumo de álcool nos adolescentes. Após análise dos resultados obtidos foram identificados os principais problemas e necessidades encontrados e estabelecidas prioridades entre estes, utilizando critérios objetivos. Foram formulados objetivos mensuráveis de acordo com as prioridades estabelecidas e selecionadas estratégias de intervenção exequíveis tendo em conta os objetivos definidos e as diferentes orientações políticas de saúde. Foi desenvolvido e implementado o projeto “Aprende, Pensa e Decide”, estabelecidas parcerias com várias entidades distintas permitindo uma maior eficácia das intervenções. Durante a operacionalização do projeto procedeu-se à avaliação do mesmo, bem como à avaliação dos diferentes indicadores delineados, no sentido de supervisionar a eficácia das intervenções realizadas, procedendo sempre à sua otimização e reformulação quando necessário. Considera-se, desta forma, ter conseguido desenvolver as diferentes unidades de competência regulamentadas, alcançando a primeira competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – **“Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”**.

No que diz respeito à segunda competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – **“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”**, considera-se que o desenvolvimento de todo o processo de planeamento em saúde permitiu alcançar as diferentes unidades de competência e consecutivamente esta competência. A criação e implementação do projeto “Aprende, Pensa e Decide” permitiu liderar um processo comunitário com vista à capacitação de um grupo

aumentando o nível de literacia para a saúde desta comunidade educativa, cooperando na adoção de estilos de vida saudáveis. Para que este processo de capacitação ocorresse da forma mais adequada e eficaz revelou-se imprescindível a mobilização de conhecimentos de diferentes domínios, nomeadamente enfermagem, comunicação, educação, ciências humanas e sociais e a orientação de um modelo conceptual no âmbito da promoção e educação para a saúde. A aquisição desta competência permitiu a mobilização e melhoria de um conjunto de competências sociais necessárias e imprescindíveis no processo de liderança do projeto e capacitação de um grupo e/ou comunidade, de entre as quais a capacidade de liderança, a atitude positiva, capacidade de resolução de problemas, a assertividade, o pensamento crítico, a resiliência e flexibilidade, o poder de persuasão, entre outras.

O projeto “Aprende, Pensa e Decide” corresponde ao delineado pelo Programa Nacional de Saúde Escolar 2015, onde um dos seus eixos estratégicos e área de intervenção é a prevenção do consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, ao Referencial de Educação para a Saúde 2017 e ao Plano Nacional de Saúde (PNS) (2012-2016) com revisão e extensão a 2020, onde o aumento do consumo de álcool em idades jovens é tido como um risco para a saúde, surgindo como um dos indicadores em que houve um agravamento relativamente aos anos de 2004-2010 e como uma das áreas recomendadas a intervir. No PNS são de considerar os seguintes programas de saúde relacionados ao combate da redução do consumo de álcool pelos adolescentes: Programa Nacional de Redução dos Problemas ligados ao Álcool (2009-2012) da responsabilidade do IDT; Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências (2009-2012) e Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências (2009-2012). Considera-se assim ter adquirido a terceira competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – **“Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde”**.

Por último, a quarta competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – **“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”** conseguiu alcançar-se através da realização do diagnóstico de saúde, onde foi elaborado o diagnóstico epidemiológico de uma população relativamente à problemática do consumo de álcool na adolescência. Foi assim possível analisar e interpretar os dados epidemiológicos referentes a esta temática, observar qual a amplitude, evolução e sua distribuição, assim como identificar quais os fatores de risco e proteção associados à mesma.

CONCLUSÃO

O álcool é a droga psicoativa mais consumida na maioria dos países e uma das principais drogas de eleição entre os adolescentes. Apesar da evidência científica referir que a prevalência do consumo de álcool pelos adolescentes vir a declinar lentamente ao longo do tempo, esta ainda é uma realidade preocupante. Continua a haver um consumo bastante elevado de bebidas alcoólicas na adolescência, sendo que este se verifica cada vez em idades mais precoces.

O consumo de álcool na adolescência constitui um desafio de saúde pública emergente para o qual é essencial arranjar uma resposta célere. As características inerentes à adolescência, a família, a escola, o ambiente envolvente, bem como todo um conjunto de outros determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida enquadram os principais fatores motivadores para o desenvolvimento desta realidade. Sendo o consumo de álcool na adolescência uma problemática importante, esta não é um problema isolado, sendo responsável não só pelo comprometimento do estado de saúde e bem-estar atual do adolescente, mas também pelo compromisso da sua saúde em idade adulta, com repercussões para o resto da sua vida. Associado ao consumo de álcool surgem todo um conjunto de consequências físicas, psicológicas, emocionais, sociais e comportamentais.

É fundamental que estes adolescentes adotem estilos de vida mais saudáveis e que encarem o consumo de álcool como um comportamento de risco. Verifica-se que são vários os determinantes comportamentais de saúde relacionados com o consumo de álcool nesta idade. A necessidade de sobressair ou chamar a atenção, leva muitas vezes os adolescentes a adotarem comportamentos de risco, assim como, a própria curiosidade que é tão característica desta fase do desenvolvimento humano os impele nessa direção. As situações mencionadas, aliadas muitas vezes à dinâmica familiar, ao próprio contexto dos grupos de amigos e da comunidade onde se insere, acabam por ter uma influência significativa sobre a adoção de comportamentos de risco associados ao álcool. Ainda que muitas vezes fique apenas pela primeira experiência, em alguns casos pode ser o início de um consumo mais regular, e por vezes mesmo excessivo.

Todos estes determinantes, individuais, familiares, sociais e culturais, devem ser considerados no planeamento das estratégias de prevenção e promoção da saúde com vista à sua modificação, levando os adolescentes, famílias e comunidade a fazer escolhas que promovam mais a sua saúde e o seu bem-estar. Apesar de já terem sido desenvolvidas várias políticas de diminuição do consumo e acesso a bebidas alcoólicas por adolescentes, continuamos a assistir

a um elevado consumo e a um fácil acesso a bebidas alcoólicas pelos adolescentes. É urgente que se controle o acesso dos adolescentes ao consumo de álcool, cumprindo as leis já implementadas. Torna-se assim essencial que se continue a produzir novos conhecimentos acerca desta temática a fim de melhorar a saúde dos nossos adolescentes e consequentemente da nossa população.

Depois de elaborado o diagnóstico de situação, foi possível verificar-se uma elevada incidência de adolescentes entre a amostra que já consomem álcool, o que revela o uso precoce de álcool nesta faixa etária. O diagnóstico de situação permitiu ainda identificar como problemas: o défice de conhecimentos dos adolescentes relativos ao álcool e às consequências que advêm deste consumo, bem como, a existência de um consumo de álcool incentivado e tolerado pelos pais/família, surgindo muitas vezes como primeiro elo de ligação entre os adolescentes e o consumo de álcool. Atendendo à célebre frase “as crianças são o futuro do nosso planeta”, torna-se urgente agir para atenuar este problema. Revelava-se assim de extrema pertinência, o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária que desse resposta a este problema. Surge assim o projeto de intervenção “Aprende, Pensa e Decide”, aqui relatado. Este é desenvolvido em meio escolar, e assume como objetivo geral reduzir em 10%, a prevalência do consumo de álcool, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até Junho de 2018, no sentido de prevenir o comportamento de consumo precoce de álcool e moderar o comportamento de consumo já instalado. Este projeto pretende envolver os adolescentes, a sua família, a escola, bem como toda a comunidade, pois todos representam um papel preponderante. Tem a duração de 1 ano, podendo depois ser replicado em anos posteriores, na mesma escola a alunos do 3º ciclo e/ou a alunos de outras escolas. Parece-nos um projeto inovador, de fácil execução, bastante pertinente e com boa viabilidade.

Os resultados da avaliação intermédia indicam que o projeto “Aprende, Pensa e Decide” permitiu o aumento de conhecimentos dos adolescentes envolvidos acerca do álcool, bem como o protelar do início do consumo em mais de 10% dos adolescentes envolvidos no projeto e a diminuição do consumo de álcool nos adolescentes que já o fazem de forma regular. Percebemos ainda que o projeto possibilitou a mobilização e o envolvimento dos pais/encarregados de educação e dos professores dos adolescentes envolvidos no projeto, o que revela estar dentro dos objetivos traçados.

Como aspeto dificultador/limitação devo realçar a imensa dificuldade de nos inserirmos no meio escolar, tal como para a realização do diagnóstico de saúde aqui apresentado. Seria de extrema importância, a aproximação dos profissionais de saúde à comunidade educativa nesta fase do desenvolvimento humano, trazendo esta aproximação benefícios para os adolescentes e para todos nós, com ganhos de saúde e cidadania garantidos. Para além da intervenção em meio escolar, onde os profissionais de saúde representam um papel crucial, na aquisição de estilos de vida mais saudáveis e na prevenção da adoção de comportamentos de risco, surge ainda com extrema importância a sensibilização e consciencialização dos pais/família acerca desta realidade. Outra das dificuldades sentidas esteve relacionada com o fato de não existir uma unidade curricular não disciplinar onde fosse possível desenvolver as nossas atividades, o que leva a que estas tenham que ser realizadas em substituição de uma aula curricular disciplinar. Outra das limitações notadas foi a obtenção das autorizações necessárias ao longo de todo o processo dentro do prazo estipulado.

Estar perante um tema bastante pertinente e atual, pelo qual nutrimos algum interesse, facilitou a realização deste projeto e do estágio. A metodologia do Planeamento em Saúde revelou-se essencial, permitindo a realização do diagnóstico de situação, a definição de estratégias e planeamento das intervenções/atividades, de forma a dar resposta aos problemas encontrados e objetivos traçados, bem como a sua operacionalização e avaliação. Um dos pontos mais enriquecedor foi a relação e interação que se estabeleceu com os adolescentes, tendo este fato sido relatado e sentido, não só por nós, mas também pelos diversos parceiros do projeto. Para além da relação desenvolvida com os alunos, também o interesse, motivação e bom relacionamento entre a equipa multidisciplinar integrada no projeto é de louvar e sem dúvida uma mais-valia para o sucesso deste. Devo ainda referir que o projeto “Aprende, Pensa e Decide” se revelou deveras compensador, na medida em que permitiu a reflexão aprofundada sobre uma temática que, considero de extrema importância no caminho da excelência dos cuidados de enfermagem enquanto futura enfermeira especialista. Permitiu-me ainda a aquisição e mobilização de conhecimentos, aptidões, competências sociais e competências específicas de uma enfermeira especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, bem como a aquisição de competências enquanto mestre.

Como sugestões para o futuro, considero bastante relevante, para além do diagnóstico do consumo de álcool, seus determinantes e conhecimentos adquiridos, a avaliação de aptidões sociais dos adolescentes. Após o diagnóstico feito, também a intervenção deverá incidir sobre

conhecimentos, comportamentos e aptidões sociais, de entre as quais a assertividade, capacidade de decisão, autoconhecimento, autocontrolo, entre outras. Outras das sugestões para o futuro engloba o planeamento de novas atividades onde haja maior envolvimento dos pais dos alunos, devendo estes ser os principais agentes de prevenção de comportamentos de risco e promoção da saúde dos seus educandos, pelo que uma das estratégias no futuro deverá compreender o *empowerment* dos pais, através de formação e aumento dos seus conhecimentos acerca do álcool na adolescência, seus efeitos e consequências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J. & Carneiro, M. (2014). Saúde pública e política do «código sanitário» ao regulamento geral de 1901. *CEM / Cultura, ESPAÇO & MEMÓRIA*. 5, 27-43.
- Anjos, K., Santos, V. & Almeida, O. (2012). Caracterização do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 36(2), 418-431. Acedido a 02 de junho de 2017. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/265786386>
- Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARSA] (2017). *Acedido em junho de 2017*. Disponível em:
<http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/EstruturaOrganica/Paginas/ACES-Alentejo-Central.aspx>
- Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Loures: Lusociência.
- Brito, I. (2007). Intervenção de conscientização para prevenção da brucelose em área endémica. (Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Porto. Acedido em maio de 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7216>
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 27 (2). 208-214. Acedido a 10 de junho de 2017. Disponível em:
<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10842>
- Brito, I., Precioso, J., Correia, C., Albuquerque, C., Samorinha, C., Cunha-Filho, H. & Becoña, E. (2015). Fatores associados ao consumo de álcool na adolescência, em função do género. *Psicologia, saúde & doenças*. 16(3), 392-410.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd1603010>

- Cabral, L. (2004). Alcoolismo juvenil. *Revista Millenium*. 30. 172-188. Acedido a 02 de junho de 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/557>
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*. 14(1). 317-335. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.531>
- Câmara Municipal de Évora [CME] (2012). *Diagnóstico Social Évora 2013-2015*. Évora: Câmara Municipal de Évora.
- Câmara Municipal de Évora [CME] (2013). *Monitorização da Carta Educativa – Concelho de Évora 2013*. Évora: Câmara Municipal de Évora.
- Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Chimeli, I., Nogueira, M., Pimenta, D. & Schall, V. (2016). A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 26 (2). 399-415. Acedido a 10 de maio de 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200004>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, seu regime de organização e funcionamento. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 38 (22 de fevereiro de 2008). 1182-1189.
- Decreto-lei n.º 106/2015 de 16 de junho (2015). Procede à primeira alteração ao Decreto- Lei n.º 50/2013, de 16 de abril. *Diário da República* 1.ª série, N.º 115 (16 de junho de 2015) 3896-3897.
- Despacho normativo n.º 24-A/2012 de 6 de dezembro (2012). Regulamentação da avaliação do Ensino Básico. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 236 (6 de dezembro de 2012). 38904-(4)- 38904-(12).

Direção Geral da Saúde [DGS] (2015a). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2015b). *Plano Nacional de Saúde – Saúde Escolar - 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 22 de março de 2017. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AG_O.2015.pdf

Direção Geral da Saúde/ Ministério da Educação- Direção Geral da Educação [DGS/DGE] (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde/ Ministério da Educação- Direção Geral da Educação. Acedido em 22 de agosto de 2017. Disponível em: http://dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_novo.pdf

EPRAL (2017). *Acedido em junho de 2017*. Disponível em: <http://www.epral.pt>

Faial, L., Silva, L., Pereira, E., Souza, L., Faial, C. & Cadengo, E. (2016). Vulnerabilidades na adolescência: um campo oportuno para a prática da saúde: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE online*. 10(9), 3473-3482. DOI: <http://10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201636>

Feijão, F. (2015). Estudo sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências. Lisboa: SICAD/MS.

Fundação Alentejo. *Acedido em junho 2017*. Disponível em: <http://www.fundacao-alentejo.pt>.

Fundação para um mundo livre de droga. *Acedido em setembro 2017*. Disponível em: <http://www.drugfreeworld.org/>

GARE (2017). *Acedido em outubro de 2017*. Disponível em: <https://gare.pt/>

Gueterres, E., Rosa, E., Silveira, A. & Santos, W. (2017). Educación para la salud en el contexto escolar: estudio de revisión integradora. *Enfermería Global*. 46, 464-476.

DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235801>

Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3.ª ed., Lisboa: Obras avulsas.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2013). Famílias nos Censos 2011: diversidade e mudança. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística. Imprensa de Ciências Sociais. Acedido em abril de 2017. Disponível em:

https://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2015/FamiliasCensos2011_a.pdf

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2014). Dia Internacional da Família. Destaque. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Obtido em abril de 2017. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquese&DESTAQUESdest_boui=216875336&DESTAQUESmodo=2

INE/PORDATA (2017). Acedido em 23 de maio de 2017. Disponível em:

[http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+\(percentagem\)-380](http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+(percentagem)-380)

IREFREA (2012). *Prevenção de comportamentos de risco na adolescência – Guia para profissionais e mediadores familiares*. Coimbra: IREFREA

Lopes, M., Caldeira, E., Jesus, P., Leão, R. & Murteira, M. (2014). Conhecer Global Atuar Local. Trabalho apresentado em I Fórum Internacional de Violência e Maus-Tratos (FIVMT) e do VII Fórum Internacional de Saúde Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS), In Resumos do I Fórum Internacional de Violência e Maus-Tratos (FIVMT) e do VII Fórum Internacional de Saúde Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS). Évora.

- Lourenço, R., Martins, L., Soares, M., Duarte, S. & Gomes, F. (2014). Consumo de álcool na adolescência: desafios de uma nova realidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 45. 260-265. Acedido a 31/05/2017. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/6320>
- Maia, J. (2000). Transição epidemiológica, infra-estruturas urbanas e desenvolvimento: a cidade do Porto. *Análise Social*. 35(156), 583-604. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218811605V0pTE5ay7Qo57FI9.pdf>
- Matos, C. (2012). *Ansiedade face aos testes em alunos do 1º ciclo do ensino básico: um estudo de caso*. Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Supervisão e Coordenação da Educação. Porto. Acedido em junho de 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11328/106>
- Murteiro, A. (2012). *Consumo de álcool nos adolescentes – Capacitação de um grupo de promotores de saúde*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dissertação para obtenção do grau de Mestre. Lisboa. Acedido em maio 2017. Disponível no Repositório Comum da ESEL: <http://hdl.handle.net/10400.26/15818>
- Neves, K., Teixeira, M. & Ferreira, M. (2015). Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 19(2), 286-291. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150038>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2000). *Plano europeu de acção sobre o álcool 2000 – 2005*. Porto: Instituto de Alcoologia.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento n.º 128/2011- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série — N.º 35, 8667-8669.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). Parecer N.º 14/2013 - Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Acedido em maio de 2017. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_14_2013_Plano_de_Saude_Escolar.pdf

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. *Acedido em maio 2017*. Disponível em:

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=340:funcoes-essenciais-saude-publica-fesp&Itemid=444

Paiva, P., Paiva, H., Lamounier, J., Ferreira, E., César, C. & Zarzar, P. (2015). Consumo de álcool em binge por adolescentes escolares de 12 anos de idade e sua associação com sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(11), 3427-3435.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413812320152011.18792014>

Polícia de Segurança Pública [PSP] (2017). *Acedido em outubro de 2017*. Disponível em:

<http://www.psp.pt/Pages/programasespeciais/escolasegura.aspx?menu=4>

PORDATA (2017). *Acedido em junho de 2017*. Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Portugal>

Portaria nº 390/2002 de 11 de Abril (2002). Regulamento relativo às prescrições mínimas em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da administração pública. *Diário da República 1.ª série B*, N.º 85 (11 de abril de 2002). 3551-3553.

Rodrigues, C. (2013). *Comportamentos de consumo em adolescentes: Estudo sobre comportamentos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas em adolescentes de escolas de Coimbra*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Coimbra.

Rodrigues, T. & Leão, C. (2014). *Envelhecimento e Saúde - Propriedades Políticas num Portugal em Mudança* (1ª edição). Lisboa: Instituto Hidrográfico.

Ronzani, T., Paiva, F., Cotta, J. & Bastos, R. (2009). Expectativas sobre os Efeitos do Uso de Álcool entre Adolescentes. *Psicologia em Pesquisa*. 3(1), 75-86. Acedido em junho de 2017. Disponível em: www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2009/11/v3n1006.pdf

Ruiz, V. & Ramírez, L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería Universitaria*. 13(4), 239-245. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.10.001>

SAAP (2017). *Acedido em junho de 2017*. Disponível em: <http://saap.planetaclix.pt/saap/cartaeu.htm>

Sampaio Filho, F. et al (2010). Perceção de risco de adolescentes escolares na relação consumo de álcool e comportamento sexual. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(3), 508-514. Acedido em 22 de março de 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000157&pid=S1413-8271201400010000200031&lng=pt

Santos, M., Araújo, M., Silva, E., Pinto, M., Santos, N. & Santos, C. (2016). Percepção de adolescentes e jovens acerca da fisiopatologia do álcool e a influência desta sobre o consumo. *Revista de enfermagem UFPE on line*. 10(9), 3241-3250. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201608>

SICAD (2013). *Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD.

SICAD (2016). *Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Álcool*. Lisboa: SICAD.

Silva, P., Viana, M. & Carneiro, S. (2011). O desenvolvimento da adolescência na teoria de Piaget. Acedido a 18 de junho de 2017. Disponível em:

http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0250

Silva, M. (2016). O papel da escola nas ações preventivas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas por alunos do ensino fundamental I. SMAD, *Revista Eletrónica Saúde Mental Álcool Drog.* 12(1), 30-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i1p30-39>

Souza, S., Ferriani, M., Silva, M., Gomes, R. & Souza, T. (2010). A representação do consumo de bebidas alcoólicas para adolescentes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva.* 15(3), 733-741.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232010000300016>

Strecht, P. (2017). B'teen – É a vida dos adolescentes de hoje!. Lisboa: Verso de Kapa.

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Tavares, T., Bonito, J. & Oliveira, M. (2013). O consumo de álcool pelos alunos do 9º ano de escolaridade no distrito de Beja: fatores determinantes. *Journal of child and adolescent psychology.* 4(1), 21-48. Acedido a 24 de maio de 2017.

Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/88>

Teixeira, S. (1998). Gestão das Organizações. Amadora: McGraw-Hill.

UEVORA (2017). Acedido em junho de 2017. Disponível em: <http://www.uevora.pt>

Unidade de Saúde Pública [USP] (2015). *Relatório de atividades 2015*. USP: Évora.

Unidade de Saúde Pública [USP] (2017). *Perfil demográfico – Plano local de Saúde Évora*. USP: Évora.

Valente, G. (2012). Autorregulação e consumo de álcool em adolescentes no distrito de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Dissertação de Mestrado. Viseu. Acedido a 21 de maio de 2017. Disponível no Repositório do Instituto Politécnico de Viseu: <http://hdl.handle.net/10400.19/1628>

WHO (2014). *Global status report on alcohol and health – 2014*. WHO: Genebra, Suíça.

WHO (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. WHO: Genebra, Suíça.

WHO (2016b). *Acedido a 19/05/2017*. Disponível em:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/alcohol-related-deaths-prevention/en/>.

WHO (2017). *Acedido a 19/05/2017*. Disponível em:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>.

ANEXOS

ANEXO 1

Número de alunos por agrupamento de escolas

Agrupamento de Escolas	Escola Sede	Freguesia	Estabelecimentos	Nº Alunos	Nº Turmas
Agrupamento de Escolas nº 1 de Évora	Escola EB1/JI da Malagueira	Malagueira	JI Cruz da Picada	61	3
			JI Manuel Ferreira Patrício	72	4
		N. Srª da Tourega	JI Valverde	10	0
			EB1 Valverde	33	2
		Malagueira	EB1 Cruz da Picada	56	3
		Malagueira	EB1 Senhora da Glória	86	4
		Malagueira	EB1 Vista Alegre	93	4
		Malagueira	EB1 Manuel Ferreira Patrício	233	12
		Malagueira	EB2 Manuel Ferreira Patrício	152	12
		Malagueira	EB3 Manuel Ferreira Patrício	198	13
			Turmas Vocacionais	6	1
TOTAL DE AGRUPAMENTO 1				1.000	58
Agrupamento de Escolas nº 2 de Évora	Escola Secundária Gabriel Pedreira	Senhora da Saúde	JI Santo António	15	1
			JI Garcia de Resende	45	2
		S. Vicente do Pigeiro	JI Vendinha	3	1
		Senhora da Saúde	EB1 Chafariz D' El Rei	104	4
			EB1 Câmara	94	4
			EB1 Heróis Ultramar	89	4
			EB1 Comenda	70	3
		Horta das Figueiras	EB1 Rossio	153	6
		S. Vicente do Pigeiro	EB1 Vendinha	8	1
		Senhora da Saúde	EB André de Resende - 5º e 6º ano	363	15
			EB André de Resende - 7º e 8º ano	283	13
			Turmas Profissionais	114	6
			Vocacional 3º ciclo	13	1
			Vocacional Secundário	15	1
			Ensino Recorrente	55	2
EFA	82		3		
ES Gabriel Pereira -9º ano e secundário	783		30		
TOTAL DE AGRUPAMENTO 2				2.289	97

Tabela 1 – Número de alunos dos agrupamentos 1 e 2 de escolas do concelho de Évora (Ano letivo 2016/2017) Fonte: Dados fornecidos pela USP

Agrupamento de Escolas	Escola Sede	Freguesia	Estabelecimentos	Nº Alunos	Nº Turmas
Agrupamento de Escolas nº 3 de Évora	Escola EB3/5 Severim de Faria	N. Srª Guadalupe	JI Agua de Lupe	10	1
		S. Sebastião da Giesteira	JI S. Sebastião da Giesteira	11	1
		S. Mamede	EB1 S. Mamede	177	7
		S. Sebastião da Giesteira	EB1 S. Sebastião da Giesteira	23	2
		S. Manços	EB1 S. Manços	30	2
		Horta das Figueiras	EB1 Horta das Figueiras	72	3
			EB1 Almeirim	62	3
		Sto. Antão	EB2 Santa Clara	238	11
			EB3 Santa Clara	191	9
			PIEF 2º Ciclo	14	1
			PIEF 3º Ciclo	5	1
	Horta das Figueiras	ES Severim de Faria	880	36	
TOTAL DE AGRUPAMENTO 3				1.713	115
Agrupamento de Escolas nº 4 de Évora	Escola EB3/5 André de Gouveia	S. Bento do Mato	JI Azaruja	19	1
		Canaviais	JI Canaviais	69	3
		Bacelo	JI Galopim de Carvalho	75	3
		N. Srª Graça do Divor	JI Graça do Divor	20	1
		Nª Srª. Machede	JI Nª Srª. Machede	9	1
		Bacelo	JI Penedo D'Ouro	80	4
		S. Miguel Machede	EPEI S. Miguel Machede	3	1
		S. Bento do Mato	EB1 Azaruja	37	2
		Bacelo	EB1 Galopim de Carvalho	223	10
		Canaviais	EB1 Canaviais	128	6
		Bacelo	EB1 Frei Aleixo	101	4
		N. Srª Graça do Divor	EB1 Graça do Divor	21	2
		Nª Srª. Machede	EB1 Nª Srª. Machede	10	1
		Bacelo	EB2 Conde Vilalva	258	12
			EB3 Conde Vilalva	344	18
			Turmas Profissionais	187	9
		Malagueira	ES André de Gouveia	475	20
TOTAL DE AGRUPAMENTO 4				2.059	98
Total do concelho				7.061	368

Tabela 2 – Número de alunos dos agrupamentos 3 e 4 de escolas do concelho de Évora (Ano letivo 2016/2017) Fonte: Dados fornecidos pela USP

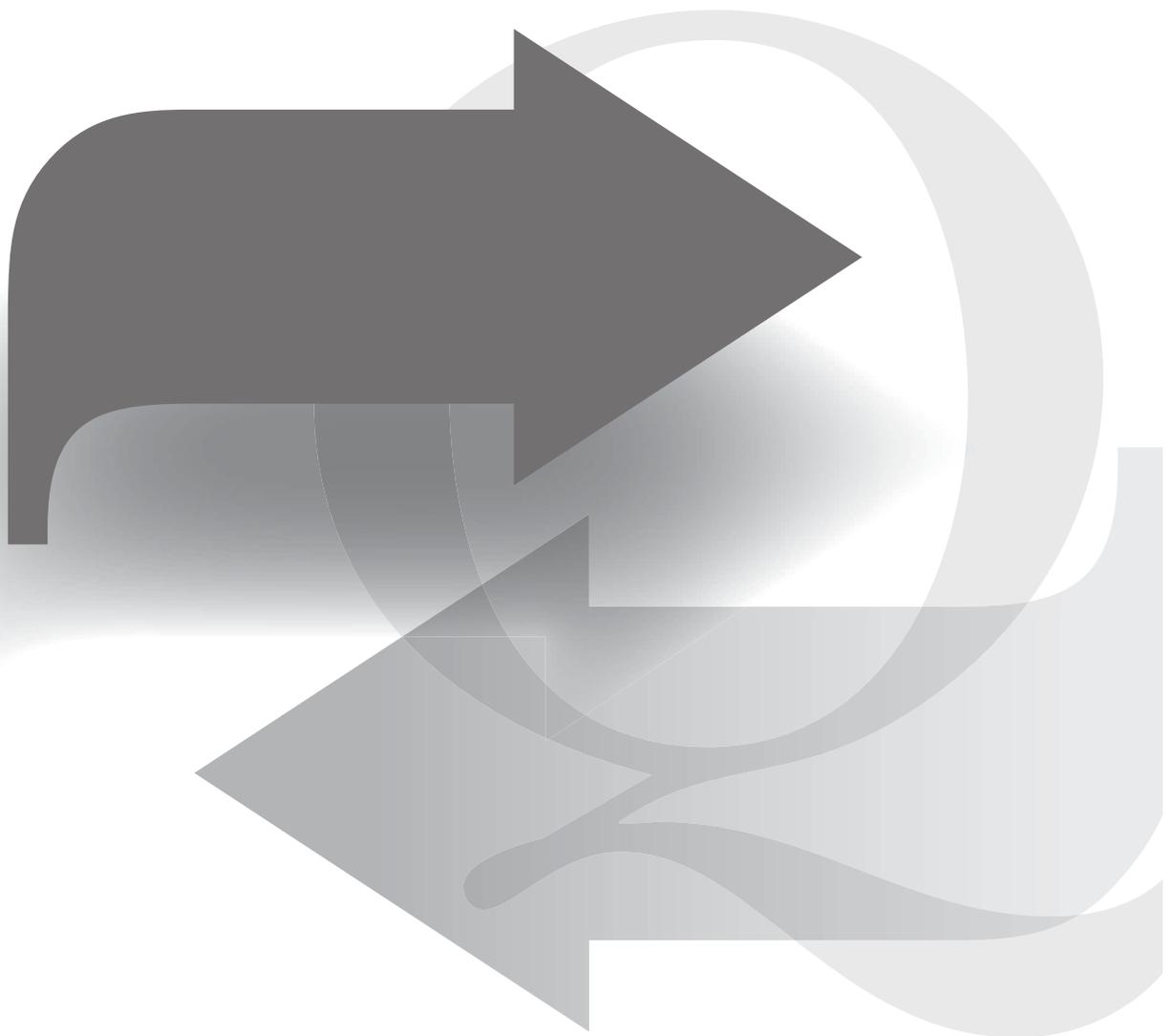
ANEXO 2

Questionário Adolescentes “*European Family Empowerment*”



European Family Empowerment

Questionário **Adolescentes**



■ CÓDIGO DE ANONIMATO

As tuas respostas serão **CONFIDENCIAIS** e **NÃO SERÃO MOSTRADAS** a mais ninguém.

COMO PREENCHER O QUESTIONÁRIO

No questionário podes responder à maioria das questões colocando um “X” na caixa ao lado da resposta que se aplica melhor à tua situação. Por exemplo:



Também será pedido que escrevas as tuas respostas nas caixas vazias. Por exemplo:

2 5

Se for pedido que escrevas repostas em caixas, utiliza letras maiúsculas, assim:

SOBRINHO

Podes ser instruído a “saltar” algumas questões. Quando isto acontecer, verás uma seta com uma indicação sobre qual a resposta que deves responder de seguida. Por exemplo:

➡ POR FAVOR, PASSA PARA A Q 4.16 (Questão 4.16)

Se te enganares em alguma resposta deves riscar e escrever a resposta correcta ao lado.

Exemplo:

1.1 Que idade tens? (Escreve a tua idade no quadrado)

~~17~~ ~~18~~

17

Office use only:

Code Site postcode _____ Country code _____

1.1 Que idade tens? (Escreve a tua idade no quadrado)

		anos
--	--	------

1.2 Qual o teu sexo? (Por favor, assinala com "X")

Masculino	
Feminino	

1.3 Com quem é que vives? (Por favor escolhe todas as que se aplicam)

1) Mãe e Pai	
2) Só com a Mãe	
3) Só com o Pai	
4) Avós	
5) Mãe e Padrasto	
6) Pai e Madrasta	
7) Irmão (s)	
8) Irmã (s)	
9) Outros (Por favor, escreve na caixa)	

1.4 Quantos irmãos (rapazes) tens?

(Escreve o número na caixa, se não tens é 0)

--	--	--

1.5 Quantas irmãs (raparigas) tens?

(Escreve o número na caixa, se não tens é 0)

--	--	--

1.6 Tu és o filho...?

Único	
Mais velho	
Do meio	
Mais novo	
Gémeo	

1.7 Em que país nasceste? (Ex. Portugal)

--

1.8 Qual das seguintes opções descreve melhor a tua etnia?

1) Branca	
2) Mestiça	
3) Negra	
4) Cigana	
5) Asiática	
6) Outra (Por favor, escreva na caixa)	

1.9 Quantas vezes mudaste de casa/apartamento nos últimos 5 anos?

Mudei

--	--

 vezes

2.1 Com que frequência bebes álcool? (Bebida completa, não só um gole, ou experimentar)

1) Nunca bebi álcool		➔ Passa para a Q 2.7
2) Experimentei uma vez		
3) Menos de uma vez por mês		
4) Mensalmente		
5) Semanalmente		
6) 2-4 vezes por semana		
7) Diariamente ou quase		
8) Não sei		

2.2 Que idade tinhas quando bebeste a tua 1ª bebida alcoólica? (Bebida completa, não só um gole, ou experimentar)

Eu tinha

--	--

 anos

2.3 Quantas vezes ficaste embriagado no ultimo mês?

(Se ficaste embriagado uma vez por semana, serão 4 vezes)

vezes Não sei

2.4 Pensa nos últimos 30 dias. Em quantas ocasiões bebeste as seguintes bebidas?

(Coloca um "x" em cada linha)

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
1) Cerveja (não inclui cerveja sem álcool)							
2) Cidra (não inclui cidra sem álcool)							
3) Alcopops (martini metz, Smirnoff ice, sangria, etc)							
4) Vinho							
5) Bebidas Espirituosas (whisky, cognac, shots, etc) (inclui bebidas brancas com sumos)							

2.5 Como, ou através de quem, arranjás álcool? (Escolhe todas as opções que se aplicarem)

1) Não sei	<input type="checkbox"/>	6) Outros Adultos	<input type="checkbox"/>
2) Dadas pelos pais	<input type="checkbox"/>	7) Arranjo em casa	<input type="checkbox"/>
3) Irmãos mais velhos	<input type="checkbox"/>	8) Em Bares/pubs/discotecas	<input type="checkbox"/>
4) Amigos	<input type="checkbox"/>	9) Em lojas/supermercados	<input type="checkbox"/>
5) Pais de Amigos	<input type="checkbox"/>	10) Outra (especifica, pf)	<input type="text"/>

2.6 Onde é que bebes álcool? (Escolhe todas as opções que se aplicarem)

1) Não sei	<input type="checkbox"/>
2) Em casa	<input type="checkbox"/>
3) Num local público (parque, rua, praia)	<input type="checkbox"/>
4) Casa de amigos	<input type="checkbox"/>
5) Casa de familiares	<input type="checkbox"/>
6) Em Bares/pubs/discotecas	<input type="checkbox"/>
7) Noutros locais (especifica, pf)	<input type="text"/>

2.7 Quantos dos teus amigos bebem álcool? (Escolhe uma opção)

1) Nenhum deles bebe álcool	<input type="checkbox"/>
2) Alguns deles bebem álcool	<input type="checkbox"/>
3) A maioria bebe álcool	<input type="checkbox"/>
4) Todos bebem álcool	<input type="checkbox"/>

2.8 Quantas vezes achas que o teu Pai/Mãe ou Educadores bebem álcool?

(Por favor escolhe uma opção para cada)

	Mãe	Pai
1) Nunca bebi álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Menos de uma vez por mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Mensalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Semanalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 2-4 vezes por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Diariamente ou quase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Já beberam mas já não bebem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Escolhe uma opção)

1) Familiares	<input type="checkbox"/>
2) Amigos/colegas	<input type="checkbox"/>
3) Sozinho	<input type="checkbox"/>

2.10 Da primeira vez que bebeste álcool, porque o fizeste?

(Escolhe uma opção)

1) Curiosidade	<input type="checkbox"/>
2) Expetativa de diversão	<input type="checkbox"/>
3) Influência de amigos	<input type="checkbox"/>
4) Influência dos pais/familiares	<input type="checkbox"/>
5) Outros (indica quais)	<input type="text"/>

5.3 Por favor lê as seguintes afirmações que descrevem o modo como os pais por vezes actuam com os seus filhos. Pensa como é que cada uma delas se adequa à forma como o teu PAI te trata. Por favor escolhe a opção que verdadeiramente indica a tua situação através da escala: quase sempre verdade, às vezes é verdade, raramente é verdade e nunca é verdade. Lembra-te que não há respostas certas ou erradas. **Se não tens pai, passa para a pergunta Q 5.4**

SOBRE O MEU PAI OU EDUCADOR MASCULINO

	VERDADE SOBRE MIM	NÃO É VERDADE SOBRE MIM
1) Pensa que eu sei sempre o que devo/posso fazer		
2) Diz-me exactamente a que horas devo chegar a casa		
3) Está sempre a dizer-me como me devo comportar		
4) Acredita em muitas regras e pede-me que as siga		
5) Dá-me a liberdade que eu quero		
6) Diz-me exactamente como devo fazer o meu trabalho (Ex. TPC, tarefas)		
7) Deixa-me ir a qualquer sítio que eu queira e não faz perguntas		
8) Insiste que eu devo fazer as coisas exactamente como me são ditas		
9) Deixa-me sair às horas que eu quiser		
10) Gostava de estar sempre a dizer-me como devo fazer as coisas		
11) Dá-me certas tarefas para fazer e não me deixa fazer mais nada até que as acabe		
12) Deixa-me fazer o que eu quiser		
13) Quer controlar tudo o que faço		
14) Diz coisas simpáticas sobre mim		
15) Faz com que seja fácil para mim partilhar coisas importantes com ele		
16) Está realmente interessado no que eu faço		
17) Faz-me sentir querido e importante		
18) Faz-me sentir que o que eu faço é importante		
19) Importa-se com aquilo que eu penso e gosta que eu fale sobre isso		
20) Diz-me que gosta de mim		
21) Trata-me com carinho		

5.4 Quantas vezes conversas com os teus pais/educadores sobre os seguintes assuntos?

Assuntos sobre...	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1) Rendimento Escolar (notas, trabalhos)				
2) O tipo de amigos que tens				
3) Chegar mais tarde a casa do que é suposto				
4) A maneira como te vestes (roupas que escolhes usar)				
5) A tua utilização de internet				
6) A tua utilização de televisão				
7) A quantidade de trabalhos de casa que tens para fazer				
8) Consumos de álcool				
9) Consumos de tabaco				
10) Consumos de cannabis				
11) Utilização do telemóvel				
12) Comportamentos sexuais				
13) A quantidade de dinheiro que gastas				

Secção 6

Sobre a Escola

6.1 Por favor lê as seguintes afirmações sobre a escola e escolhe a opção (nunca, às vezes, muitas vezes ou sempre) que se refere a ti nas últimas DUAS SEMANAS:

	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1) Foi difícil prestar atenção nas aulas				
2) Eu esqueci-me de coisas				
3) Tive dificuldade em acompanhar a matéria				
4) Faltei às aulas porque não me sentia bem				
5) Eu fui à escola mas algumas vezes faltei às aulas (Ex. baldei-me)				
6) Algumas vezes não fui à escola porque não quis				
7) Algumas vezes não fui às aulas porque os meus pais me deixaram faltar				
8) Gostei de estar na escola				
9) Senti-me seguro na minha escola				

6.2 O que é que achas que vai acontecer no futuro? (Escolhe uma opção por cada afirmação)

	Sim	Não	Não sei	Já faço isto
1) Vou continuar a estudar (continuar o E.básico ou secundário)				
2) Vou para a Universidade				
3) Vou ser desempregado				
4) Vou deixar os estudos e vou arranjar um emprego (sem um estudo mais aprofundado)				
5) Vou abrir um negócio próprio				
6) Outros				

Secção 7

Sobre ti e os problemas que possas ter vivido

7.1 Aconteceu-te alguma das seguintes situações nos ÚLTIMOS SEIS MESES?

(Escolhe uma opção em cada linha)

	Sim	Não
1) Parei de fazer desporto ou outra actividade		
2) Fiquei lesionado depois de ter bebido		
3) Tive problemas com a polícia		
4) Consumi drogas ilegais		
5) Tive pouco dinheiro		
6) Tive um problema familiar		
7) Arrependi-me de uma relação sexual		
8) Apanhei uma Infecção Transmitida Sexualmente		
9) Perdi/Mudei de amigos		
10) Ganhei/Perdi peso anormalmente (+/- 5kg)		

7.2 Em baixo está uma lista de afirmações que falam dos sentimentos em geral sobre ti próprio. Para cada afirmação escolhe uma opção.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1) Sinto que sou uma pessoa com valor, ao mesmo nível que os outros.				
2) Sinto que tenho várias qualidades.				
3) Em geral, estou inclinado(a) para dizer que me sinto um fracassado.				
4) Sou capaz de fazer as coisas tão bem como outras pessoas				
5) Sinto que não tenho motivos de orgulho				
6) Tenho uma atitude positiva sobre mim próprio(a)				
7) No geral, estou satisfeito comigo próprio(a)				
8) Gostava de ter mais respeito por mim				
9) Por vezes sinto-me inútil				
10) Às vezes sinto que não sou bom/boa em nada				

8.1 Usas Internet?

Sim ➔ Salta para a Q 8.2
 Não ➔ Responde a Q 8.1b depois salta para a Q 9.1

8.1b Se não, porque é que não usas internet?

(Por favor escreve na caixa em baixo)

8.2 Onde é que acedes à Internet? (Selecciona todas as opções que se aplicam)

1) Casa	<input type="checkbox"/>
2) Escola	<input type="checkbox"/>
3) Ciber café	<input type="checkbox"/>
4) Telemóvel/iPad	<input type="checkbox"/>
5) Centro Comunitário/Social/Recreativo	<input type="checkbox"/>
6) Outro (por favor, especifica)	<input style="width: 150px;" type="text"/>

8.3 Aproximadamente quanto tempo passas (em horas) na internet EM TUA CASA cada semana?

(Selecciona uma opção)

1) Nenhuma	<input type="checkbox"/>
2) 1-5 horas por semana	<input type="checkbox"/>
3) 6-10 horas por semana	<input type="checkbox"/>
4) 10-20 horas por semana	<input type="checkbox"/>
5) Mais de 20 horas por semana	<input type="checkbox"/>

8.4 Aproximadamente quanto tempo passas (em horas) na internet FORA DE CASA cada semana?

(Selecciona uma opção)

1) Nenhuma	<input type="checkbox"/>
2) 1-5 horas por semana	<input type="checkbox"/>
3) 6-10 horas por semana	<input type="checkbox"/>
4) 10-20 horas por semana	<input type="checkbox"/>
5) Mais de 20 horas por semana	<input type="checkbox"/>

8.5 Para que actividades usas mais frequentemente a Internet (Ex. diariamente ou semanalmente)?

1) Redes Sociais (ex. Facebook)	<input type="checkbox"/>
2) Salas de Chat	<input type="checkbox"/>
3) Download de música/filmes/séries/jogos	<input type="checkbox"/>
4) Ver programas de TV (ex. séries)	<input type="checkbox"/>
5) Compras	<input type="checkbox"/>
6) Email ou Messenger	<input type="checkbox"/>
7) Jogos (Ex. Xbox Live)	<input type="checkbox"/>
8) Trabalhos de Escola	<input type="checkbox"/>
9) Outras (Por favor indica)	<input type="checkbox"/>

8.6 Os teus pais limitam o tempo que podes passar na Internet?

Sim
 Não
 Não sei

8.7 Os teus pais/educadores controlam os sites que visitas?

Sim
 Não
 Não sei

8.8 Alguma vez viste publicidade a álcool na Internet?

Sim
 Não
 Não sei

Secção 9

Sobre amigos, família, tempos livres e o sítio onde vives

9.8 Outro tópico em que estamos interessados é na confiança. Globalmente falando, dirias que se pode confiar na maioria das pessoas, ou dirias que nunca se é cuidadoso demais quando se lida com os outros? (Escolhe uma opção)

1) Podemos confiar na maioria das pessoas	
2) Temos que ter cuidado com as pessoas	
3) Depende das pessoas/circunstâncias	
4) Não sei	

9.9 Durante os últimos 12 meses fizeste algum tipo de trabalho não pago no sentido de ajudar (trabalho voluntário) a algum dos seguintes grupos, clubes ou organizações? Selecciona todas as opções que se aplicam, e escreve o número de horas que trabalhaste por semana.

Tipo de trabalho voluntário	Fiz parte	Média de horas
1) Eventos escolares (por ex.: fundos para a escola)	<input type="checkbox"/>	
2) Grupos políticos (por ex.: actividades de campanhas eleitorais)	<input type="checkbox"/>	
3) Grupos de igreja (por ex.: bazares; vendas de natal, etc.)	<input type="checkbox"/>	
4) Grupos de jovens (por ex.: escuteiros)	<input type="checkbox"/>	
5) Clubes desportivos (por ex.: angariação de fundos para equipamento desportivo)	<input type="checkbox"/>	
6) Outros (por favor especifica)	<input type="checkbox"/>	

9.10 Por favor, lê as seguintes frases e indica quanto concordas com elas. (Selecciona uma opção)

	Muito	Um pouco	Não muito	Nada	Não tenho experiência para comentar	Não sei
1) Posso confiar na polícia.						
2) Posso confiar nos professores.						
3) Posso confiar nos tribunais (por ex.: Ministério Público)						
4) Posso confiar nos médicos.						
5) As pessoas na minha vizinhança tentam ajudar-se mutuamente						
6) As pessoas na minha vizinhança tentam cuidar umas das outras.						
7) As pessoas na minha vizinhança são de confiança.						
8) Onde moro as pessoas são próximas (relacionam-se entre si)						
9) Onde moro, as pessoas estão dispostas a ajudar os seus vizinhos.						
10) Onde moro as pessoas não se relacionam entre si						

**Muito Obrigado pelo teu tempo dedicado
a responder a este questionário!**

**Verifica rapidamente se
respondeste a todas as perguntas.**

**Lembra-te que ninguém verá
as tuas respostas.**



ANEXO 3

Questionário de Conhecimentos acerca do álcool

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

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

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

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

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

ANEXO 4

**Parecer Comissão de Ética da Área da Saúde e do Bem-Estar da Universidade
de Évora**



Documento	1	8	0	9	8
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Paulo Infante, Prof.ª Doutora Sandra Leandro e Prof.ª Fátima Jorgs, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Consumo de álcool na adolescência*" da investigadora **Tânia Patrícia Cabo Relíquias** (mestranda) e Prof.ª Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira (responsável académico).

Universidade de Évora, 20 de Março 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

ANEXO 5

Parecer Comissão Nacional de Proteção de Dados

CNPD - Resposta a pedido de informação no âmbito de estudo de investigação

Ellen Barends ellen@cnpd.pt

qua 10-01-2018 11:48

Para:taniareliquias@hotmail.com <taniareliquias@hotmail.com>;

Refª 02.02

Ofício 113138 de 10/01/2018

Exmª Senhora Drª Tânia Relíquias, Pedimos, me primeiro lugar, as nossas desculpas pela demora da nossa resposta, mas o elevado número de solicitações não nos tem possibilitado ser mais célere.

Quanto seu pedido para a realização do estudo com o objectivo de avaliação diagnóstica e intervenção nos comportamentos de risco e consumo de substâncias psicoactivas por adolescentes e o início do seu consumo em idades muito precoces, informa-se que dos documentos enviados e esclarecimento prestados, resulta que não há tratamento de dados pessoais, não se aplicando, neste caso, a Lei 67/98 (Lei de Proteção de Dados Pessoais (LPD) - Lei nº 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei nº 103/2015, de 24 de agosto).

Assim, o estudo a realizar, no âmbito do projecto desenvolvido na Unidade de Saúde Pública de Évora que integra o projeto “Conhecer Global Atuar Local” que faz parte do programa “Tu decides” desenvolvido pelo IREFREA Portugal – os participante são constituídos por um grupo de alunos de turmas do 8º ano de escolaridade (3º Ciclo) numa escola do Concelho de Évora em que será aplicado o questionário “European Family Empowerment”, não carece de Autorização desta CNPD, desde que a responsável pelo tratamento obtenha a colaboração da escola de forma a dar cumprimento aos seguintes requisitos:

- a) Obtenção, pela escola, do consentimento prévio dos encarregados de educação;
- b) nos documentos que servem de base à recolha de dados, a responsável deve abster-se de identificar dos alunos, designadamente não mencionando os nomes, moradas e/ou números do aluno os quais, direta ou indirectamente, permitem identificar ou tornar identificáveis os inquiridos;
- c) a responsável deve abster de consultar a ficha biográfica dos alunos e/ou qualquer outro documento que permita a identificação dos mesmos;

Qualquer resposta ao presente e-mail deve ser enviada para geral@cnpd.pt, não se garantindo a resposta às questões remetidas para as caixas de e-mail pessoais dos funcionários .

Com os melhores cumprimentos,

Ellen Barends

Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd)

[GAP - Gabinete de Atendimento ao Público]

Rua de São Bento, 148-3º; 1200 - 821 Lisboa

Telef.: 21.393 00 39 (Linha Privacidade): Dias úteis das 10.00h às 13.00h

Atendimento presencial: Dias úteis das 14.00h às 16.30h

url: <http://www.cnpd.pt>

ANEXO 6

**Autorização da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular
(DGIDC)**

Assunto:

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0607400003

De: mime-noreply@gepe.min-edu.pt <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>**Enviado:** 25 de janeiro de 2018 12:25**Para:** taniareliquias@hotmail.com; taniareliquias@hotmail.com**Assunto:** Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0607400003

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0607400003, com a designação *Projeto de Avaliação Diagnóstica e intervenção no âmbito da prevenção do consumo de álcool*, registado em 10-01-2018, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Tânia Patrícia Cabo Relíquias

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vítor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

Observações:

a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público do concelho de Évora a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos e revelando alguma sensibilidade, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamentos.

b) De acordo com informação prestada pela CNPD à entidade requerente, via email ref: Refª 02.02 , ofício 113138 de 10/01/2018,(...) Assim, o estudo a realizar, no âmbito do projecto desenvolvido na Unidade de Saúde Pública de Évora que integra o projeto “Conhecer Global Atuar Local” que faz parte do programa “Tu decides” desenvolvido pelo IREFREA Portugal – os participante são constituídos por um grupo de alunos de turmas do 8º ano de escolaridade (3º Ciclo) numa escola do Concelho de Évora em que será aplicado o questionário “European Family Empowerment”, não carece de Autorização desta CNPD, desde que a responsável pelo tratamento obtenha a colaboração da escola de forma a dar cumprimento aos seguintes requisitos: Obtenção, pela escola, do consentimento prévio dos encarregados de educação; nos documentos que servem de base à recolha de dados, a responsável deve abster-se de identificar dos alunos, designadamente não mencionando os nomes, moradas e/ou números do aluno os quais, direta ou indirectamente, permitem identificar ou tornar identificáveis os inquiridos; a responsável deve abster de consultar a ficha biográfica dos alunos e/ou qualquer outro documento que permita a identificação dos mesmos;(…) resultando obrigações que o responsável tem de cumprir de acordo com determinação legal. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham na recolha e tratamento de dados pessoais. No caso presente de recolha de dados junto de alunos menores (menos de 18 anos), as autorizações assinadas devem ficar em poder da Escola/Agrupamento. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes da declaração de consentimento informado.

c) Reforça-se, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção ou de formação em meio escolar , junto de alunos em contexto escolar, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

ANEXO 7

Poema escrito para o Jantar Literário

POEMA ESCRITO PARA O JANTAR LITERÁRIO

MOTE

Ó bebida que me atiras ao chão
Com essa arma que empunhais
Sem equilíbrio e sem razão
Não te queremos mais

I

A juventude anda louca
E a vida num vendaval
E não há um remédio tal
E não há caminho certo
E não há ninguém por perto
Decerto não é constipação
É uma falta de informação
Que a juventude tem
Sem porquê nem por quem
Ó bebida que me atiras ao chão

II

No campo da socialização
Tudo é valente e forte
Ninguém se lembra da morte
É tudo de copo na mão
Do que serve a instrução
Se ninguém se entende mais
Depois é que são os ais
Em o corpo rebentando
Tudo vai derrotando
Com essa arma que empunhais

III

Jovem é a mentalidade
Empunhando copo na mão
Olha para a população
E acaba com a falsidade
É uma calamidade
Não se sabe porque razão
E já acabou a pensão
Pagará com a vida
Pois tem a alma ferida
Sem equilíbrio e sem razão

IV

Em todos os cantos da Terra
Onde existe um humano
Não haja guerra nem dano
Não haja dano nem guerra
Façam da vida Primavera
Somos todos especiais
E iguais aos demais
Deem à vida uma razão
Do álcool abram mão
Não te queremos mais

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Análise Escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

TABELAS DE FREQUÊNCIAS

Sinto que sou uma pessoa com valor, ao mesmo nível que os outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	33	40,2	41,3	41,3
	Concordo	40	48,8	50,0	91,3
	Discordo	4	4,9	5,0	96,3
	Discordo fortemente	3	3,7	3,8	100,0
	Total	80	97,6	100,0	
Missing	99	2	2,4		
Total		82	100,0		

Tabela 1 – 1ª afirmação escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

Sinto que tenho várias qualidades

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	27	32,9	33,8	33,8
	Concordo	48	58,5	60,0	93,8
	Discordo	3	3,7	3,8	97,5
	Discordo fortemente	2	2,4	2,5	100,0
	Total	80	97,6	100,0	
Missing	99	2	2,4		
Total		82	100,0		

Tabela 2 – 1ª afirmação escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

Em geral, estou inclinado(a) para dizer que me sinto um fracassado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	8	9,8	10,1	10,1
	Concordo	8	9,8	10,1	20,3
	Discordo	34	41,5	43,0	63,3
	Discordo fortemente	29	35,4	36,7	100,0
	Total	79	96,3	100,0	
Missing	99	3	3,7		
Total		82	100,0		

Tabela 3 – 3ª afirmação escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

Sou capaz de fazer as coisas tão bem como outras pessoas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	25	30,5	31,3	31,3
	Concordo	38	46,3	47,5	78,8
	Discordo	12	14,6	15,0	93,8
	Discordo fortemente	5	6,1	6,3	100,0
	Total	80	97,6	100,0	
Missing	99	2	2,4		
Total		82	100,0		

Tabela 4 – 4ª afirmação escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

Sinto que não tenho motivos de orgulho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	9	11,0	11,3	11,3
	Concordo	12	14,6	15,0	26,3
	Discordo	32	39,0	40,0	66,3
	Discordo fortemente	27	32,9	33,8	100,0
	Total	80	97,6	100,0	
Missing	99	2	2,4		
Total		82	100,0		

Tabela 5 – 5ª afirmação escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

Tenho uma atitude positiva sobre mim próprio(a)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	27	32,9	33,8	33,8
	Concordo	46	56,1	57,5	91,3
	Discordo	5	6,1	6,3	97,5
	Discordo fortemente	2	2,4	2,5	100,0
	Total	80	97,6	100,0	
Missing	99	2	2,4		
Total		82	100,0		

Tabela 6 – 6ª afirmação escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

No geral, estou satisfeito comigo próprio(a)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	23	28,0	28,8	28,8
	Concordo	49	59,8	61,3	90,0
	Discordo	5	6,1	6,3	96,3
	Discordo fortemente	3	3,7	3,8	100,0
	Total	80	97,6	100,0	
Missing	99	2	2,4		
Total		82	100,0		

Tabela 7 – 7ª afirmação escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

Gostava de ter mais respeito por mim

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	11	13,4	13,8	13,8
	Concordo	29	35,4	36,3	50,0
	Discordo	23	28,0	28,8	78,8
	Discordo fortemente	17	20,7	21,3	100,0
	Total	80	97,6	100,0	
Missing	99	2	2,4		
Total		82	100,0		

Tabela 8 – 8ª afirmação escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

Por vezes sinto-me inútil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	10	12,2	12,5	12,5
	Concordo	25	30,5	31,3	43,8
	Discordo	23	28,0	28,8	72,5
	Discordo fortemente	22	26,8	27,5	100,0
	Total	80	97,6	100,0	
Missing	99	2	2,4		
Total		82	100,0		

Tabela 9 – 9ª afirmação escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

Às vezes sinto que não sou bom/boa em nada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo fortemente	8	9,8	10,0	10,0
	Concordo	24	29,3	30,0	40,0
	Discordo	29	35,4	36,3	76,3
	Discordo fortemente	19	23,2	23,8	100,0
	Total	80	97,6	100,0	
Missing	99	2	2,4		
Total		82	100,0		

Tabela 10 – 10ª afirmação escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

		Média			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	15	1	1,2	1,3	1,3
	17	1	1,2	1,3	2,5
	20	1	1,2	1,3	3,8
	21	1	1,2	1,3	5,0
	22	2	2,4	2,5	7,5
	24	3	3,7	3,8	11,3
	25	6	7,3	7,5	18,8
	26	5	6,1	6,3	25,0
	27	2	2,4	2,5	27,5
	28	7	8,5	8,8	36,3
	29	6	7,3	7,5	43,8
	30	6	7,3	7,5	51,3
	31	6	7,3	7,5	58,8
	32	7	8,5	8,8	67,5
	33	9	11,0	11,3	78,8
	34	4	4,9	5,0	83,8
	35	4	4,9	5,0	88,8
	37	2	2,4	2,5	91,3
	38	1	1,2	1,3	92,5
	39	3	3,7	3,8	96,3
40	3	3,7	3,8	100,0	
Total		80	97,6	100,0	
Missing	99	2	2,4		
Total		82	100,0		

Tabela 11 – Pontuação obtida escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

Statistics

Média

N	Valid	80
	Missing	2
Mean		30,06
Median		30,00
Mode		33
Std. Deviation		5,127
Minimum		15
Maximum		40

Tabela 12 – Dados estatísticos relativos à pontuação obtida escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

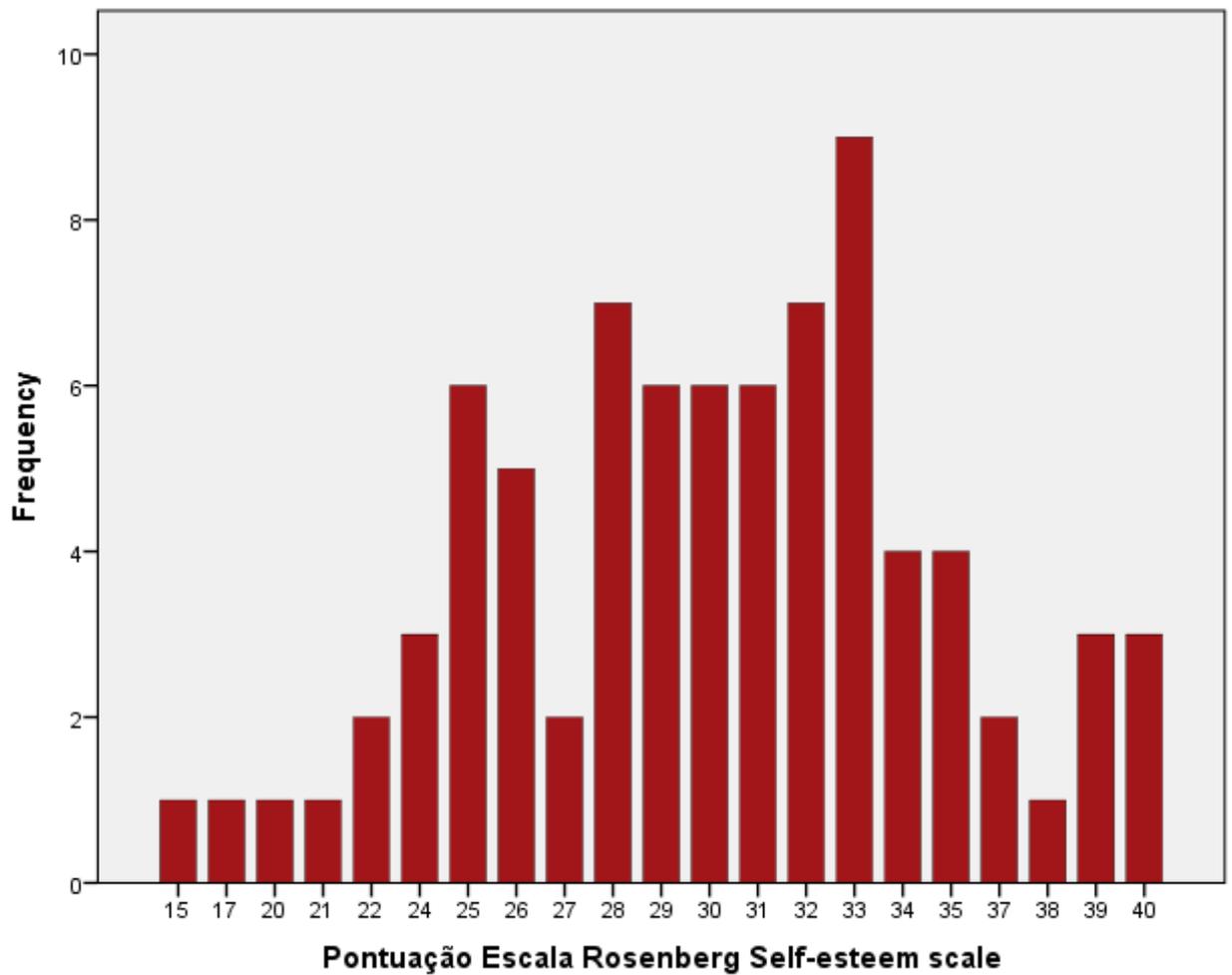


Gráfico 1 – Pontuação obtida escala de Rosenberg self-esteem scale – Auto-estima

APÊNDICE 2

Análise dados QCaA

Afirmações do QCaA		Corretas		Incorretas	
		Nº	%	Nº	%
1	O álcool das bebidas alcoólicas é “álcool etílico” como o álcool (...)	13	15,90%	69	84,10%
2	O consumo de álcool pode causar dependência.	67	81,70%	15	18,30%
3	O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool (...)	68	82,90%	14	17,10%
4	O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem (...)	40	48,80%	42	51,20%
5	Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.	68	82,90%	14	17,10%
6	O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.	70	85,40%	12	14,60%
7	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um (...)	49	59,80%	33	40,20%
8	As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.	65	79,30%	17	20,70%
9	As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque (...)	56	68,30%	26	31,70%
10	O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de (...)	72	87,80%	10	12,20%
11	O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.	27	32,90%	55	67,10%
12	O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso (...)	43	52,40%	39	47,60%
13	Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.	71	86,60%	11	13,40%
14	Dois pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma (...)	63	76,80%	19	23,20%
15	Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas (...)	46	56,10%	36	43,90%
16	O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade (...)	33	40,20%	49	59,80%
17	O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.	66	80,50%	16	19,50%
18	A idade não tem influência na capacidade do fígado “queimar” o álcool.	56	68,30%	26	31,70%
19	É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.	71	86,60%	11	13,40%
20	Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.	52	63,40%	30	36,60%
21	As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool (...)	66	80,50%	16	19,50%
22	O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.	63	76,80%	19	23,20%
23	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira (...)	23	28,00%	59	72,00%
24	A cerveja é boa para “matar” a sede.	64	78,00%	18	22,00%
25	O álcool das bebidas alcoólicas é “queimado” no fígado.	60	73,20%	22	26,80%
26	Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.	48	58,50%	34	41,50%
27	O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.	53	64,60%	29	35,40%
28	O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre (...)	46	56,10%	36	43,90%
29	Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.	63	76,80%	19	23,20%
30	O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool.	66	80,50%	16	19,50%
31	As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam (...)	62	75,60%	20	24,40%
32	No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.	64	78,00%	18	22,00%
33	Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade (...)	66	80,50%	16	19,50%
34	As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.	31	37,80%	51	62,20%
35	O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações (...)	68	82,90%	14	17,10%
36	O fígado está preparado para “queimar” qualquer quantidade de álcool.	61	74,40%	21	25,60%
37	Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.	28	34,10%	54	65,90%
38	O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente (...)	58	70,70%	24	29,30%
39	Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas (...)	28	34,10%	54	65,90%
40	O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, (...)	67	81,70%	15	18,30%

Quadro 1 – Apresentação dos resultados do QCaA na avaliação inicial

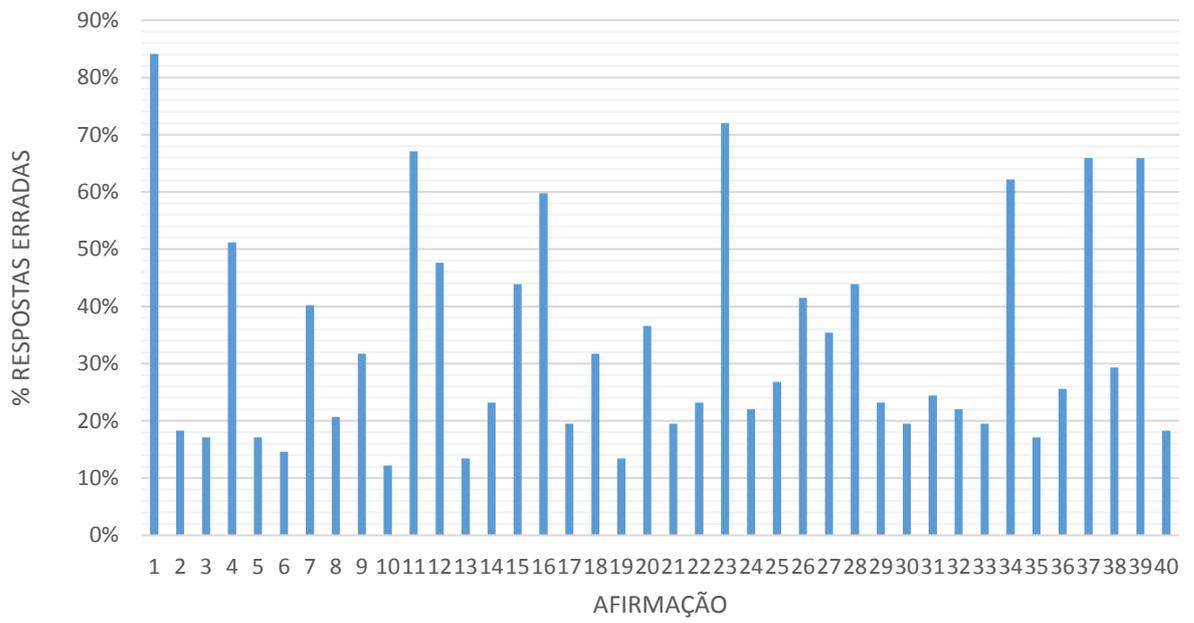


Gráfico 1 – Frequência em % de respostas erradas ao QCaA na avaliação inicial

APÊNDICE 3

Objetivo geral, objetivos específicos e metas definidas

Objetivo geral	Objetivos específicos	Metas
<p>1- Reduzir em 10%, a prevalência do consumo de álcool, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3ºciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até Junho de 2018</p>	<p>1.1-Aumentar em 25% os conhecimentos acerca do álcool, problemas a si associados, potenciais consequências e riscos inerentes ao seu consumo, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3ºciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até junho de 2018</p>	<p>1.1.1- Que 75% dos alunos participem nas atividades realizadas;</p> <p>1.1.2- Que 25% dos alunos consigam identificar 2 problemas ligados ao consumo de álcool relativamente à doença e morte prematura;</p> <p>1.1.3- Que 25% dos alunos consigam identificar 2 características das bebidas alcoólicas (fermentadas, destiladas e alcoolizadas);</p> <p>1.1.4- Que 25% dos alunos consigam identificar a relação entre a graduação de uma bebida e a quantidade de álcool puro presente na mesma;</p> <p>1.1.5- Que 25% dos alunos consigam identificar 2 efeitos imediatos do consumo de bebidas alcoólicas;</p> <p>1.1.6- Que 25% dos alunos consigam identificar 2 consequências do consumo de bebidas alcoólicas na adolescência;</p> <p>1.1.7- Que 25% dos alunos consigam identificar quais os comportamentos de risco visionados num filme, associados ao consumo de bebidas alcoólicas na adolescência;</p>

	<p>1.2-Adiar o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas, em 10% dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3ºciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até junho de 2018</p>	<p>1.2.1- Que 75% dos alunos participem nas atividades realizadas;</p> <p>1.2.2- Que 75% dos alunos participem no preenchimento do questionário relativo ao Consumo de álcool, na fase final da implementação do projeto;</p>
	<p>1.3- Promover a mobilização e o envolvimento dos pais/encarregados de educação e dos professores dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3ºciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, nas atividades planeadas, ao longo da implementação do projeto</p>	<p>1.3.1- Que 25% dos pais/familiares dos alunos do 9º ano participem nas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto;</p> <p>1.3.2 – Que 100% dos professores envolvidos diretamente no projeto participem nas atividades planeadas;</p>

Quadro 1: Objetivo geral, objetivos específicos e metas definidas

APÊNDICE 4

Operacionalização das variáveis em estudo

OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Secção 1 – Sobre ti		
Variáveis	Medida	Indicadores
1.1- Idade	Número de anos	Média de idades dos adolescentes
1.2 – Sexo Masculino/Feminino	(%) e (Nº)	Adolescentes do sexo masculino Adolescentes do sexo feminino
1.3 – Com quem vive	Mãe e Pai Só com a Mãe Só com o Pai Avós Mãe e Padrasto Pai e Madrasta Irmão (s) Irmã (s) Outros	Percentagem de respostas que indicam a pessoa com quem vivem
1.4; 1.5; 1.6 - Fratia	Filhos únicos Com irmãos (%) e (Nº)	Adolescentes filhos únicos. Adolescentes com irmãos

Quadro 1 – Operacionalização das variáveis da secção 1 do questionário adolescentes

Secção 2 – Sobre álcool		
Variáveis	Medida	Indicadores
2.1 - Frequência consumo de Álcool	Nunca bebeu álcool Experimentou uma vez Menos de uma vez por mês Mensalmente Semanalmente 2-4 vezes por semana Diariamente ou quase	Percentagem de respostas que indicam a frequência do consumo
2.2 - Idade do consumo da primeira bebida alcoólica	Número de anos	Média de idade referida para o início de consumo de bebidas alcoólicas
2.3 - Embriaguez no último mês	Número de vezes	Média do número de ocorrências de embriaguez nos últimos 30 dias
2.4 - Consumo de bebidas alcoólicas no último mês: 1) Cerveja 2) Cidra 3) Alcopops 4) Vinho 5) Bebidas Espirituosas	Nunca Uma a duas vezes 3-5 vezes 6-9 vezes 10-19 vezes 20-39 vezes 40 vezes ou mais	Percentagem de respostas que indicam a frequência do consumo das diferentes bebidas alcoólicas
2.5 – Como ou através de quem arranjam álcool	Dadas pelos pais Amigos Irmãos mais velhos Pais de Amigos Outros adultos Arranjo em casa Em Bares/pubs/discotecas Em lojas/supermercados	Percentagem de respostas dadas
2.6 – Local onde consomem álcool	Em casa Num local público Casa de amigos Casa de familiares Em Bares/pubs/discotecas	Percentagem de respostas dadas
2.7 - Número de amigos que bebem álcool	Nenhum dos amigos Alguns dos amigos A maioria dos amigos Todos os amigos	Percentagem de respostas dadas
2.8 - Frequência no consumo de álcool dos pais	Nunca Menos de uma vez por mês Mensalmente Semanalmente 2-4 vezes por semana Diariamente ou quase Já beberam mas já não bebem	Percentagem de respostas dadas
2.9 – Com quem estavam no primeiro consumo	Familiares Amigos/colegas Sozinho	Percentagem de respostas dadas
2.10 – Razão do primeiro consumo	Curiosidade Diversão Amigos Pais/familiares	Percentagem de respostas dadas

Quadro 2 – Operacionalização das variáveis da secção 2 do questionário adolescentes

Secção 5 – Sobre a vida familiar		
Variáveis	Medida	Indicadores
<p>5.1 - Vida familiar e Regras familiares:</p> <p>1) Os meus pais/educadores perguntam se faço os meus trabalhos de casa;</p> <p>2) Os meus pais/educadores querem que telefone se chegar mais tarde a casa;</p> <p>3) As regras na minha família são muito claras;</p> <p>4) Quando estou fora de casa, um dos meus pais/educadores sabe onde eu estou e com quem estou;</p> <p>5) É-me permitido fumar;</p> <p>6) É-me permitido beber álcool em casa;</p> <p>7) É-me permitido beber álcool fora de casa;</p> <p>8) Existe álcool em minha casa mas não me é permitido beber;</p> <p>9) Os meus pais/educadores falam comigo sobre álcool e os riscos associados;</p> <p>10) Os meus pais/educadores falam comigo sobre drogas e os riscos associados;</p> <p>11) Os meus pais/educadores falam comigo sobre tabaco e os riscos associados;</p> <p>12) Os meus pais/educadores conhecem os amigos com quem normalmente saio;</p> <p>13) Os meus pais estão em contacto com os pais dos meus amigos;</p> <p>14) Os meus pais discutem.</p>	<p>Nunca Às vezes Muitas vezes Sempre.</p>	<p>Percentagem de respostas dadas em cada uma das afirmações</p>
<p>5.4 - Assuntos sobre os quais falam com os pais:</p> <p>1) Rendimento Escolar;</p> <p>2) O tipo de amigos que tem;</p> <p>3) Chegar mais tarde a casa do que é suposto;</p> <p>4) A maneira como te vestes;</p> <p>5) A tua utilização de internet;</p> <p>6) A tua utilização de televisão;</p> <p>7) A quantidade de trabalhos de casa que tens para fazer;</p> <p>8) Os teus consumos de álcool;</p> <p>9) Os teus consumos de tabaco;</p> <p>10) Os teus consumos de cannabis;</p> <p>11) A tua utilização do telemóvel;</p> <p>12) Os teus comportamentos sexuais;</p> <p>13) A quantidade de dinheiro que gastas.</p>	<p>Nunca Às vezes Muitas vezes Sempre.</p>	<p>Percentagem de respostas dadas em cada uma das afirmações</p>

Quadro 3 – Operacionalização das variáveis da secção 5 do questionário adolescentes

Secção 6 – Sobre a escola		
Variáveis	Medida	Indicadores
6.1 – Comportamento na escola (últimas 2 semanas): 1) Foi difícil prestar atenção nas aulas; 2) Eu esqueci-me de coisas; 3) Tive dificuldade em acompanhar a matéria; 4) Faltei às aulas porque não me sentia bem; 5) Eu fui à escola mas algumas vezes faltei às aulas; 6) Algumas vezes não fui à escola porque não quis; 7) Algumas vezes não fui às aulas porque os meus pais me deixaram faltar; 8) Gostei de estar na escola; 9) Senti-me seguro na minha escola.	Nunca Às vezes Muitas vezes Sempre	Percentagem de respostas dadas em cada uma das afirmações
6.2 - Perspectivas de futuro: 1) Vou continuar a estudar; 2) Vou para a Universidade; 3) Não vou ser desempregado; 4) Não vou deixar os estudos e vou arranjar um emprego; 5) Vou abrir um negócio próprio.	Sim Não	Percentagem de respostas dadas em cada uma das afirmações

Quadro 4 – Operacionalização das variáveis da secção 6 do questionário adolescentes

Secção 7 – Sobre ti e os problemas que possas ter vivido		
Variáveis	Medida	Indicadores
7.1 - Acontecimentos pessoais (últimos 6 meses): 1) Parei de fazer desporto ou outra atividade; 2) Fiquei lesionado depois de ter bebido; 3) Tive problemas com a polícia; 4) Consumi drogas ilegais; 5) Tive pouco dinheiro; 6) Tive um problema familiar; 7) Arrependi-me de uma relação sexual; 8) Apanhei uma Infecção Transmitida Sexualmente; 9) Perdi/Mudei de amigos; 10) Ganhei/Perdi peso anormalmente (+/- 5kg).	Sim Não	Percentagem de respostas dadas em cada uma das afirmações
7.2 - Autoestima	Escala de Rosemberg self-esteem scale	Média da pontuação obtida na escala

Quadro 5 – Operacionalização das variáveis da secção 7 do questionário adolescentes

Secção 8 – Sobre a internet		
Variáveis	Medida	Indicadores
8.1 – Utilização internet	Sim Não	Percentagem de respostas dadas
8.2 – Acesso à internet	Casa Escola Ciber café Telemóvel/iPad Centro Comunitário/Social/Recreativo Outro	Percentagem de respostas dadas em cada uma das afirmações
8.5 – Aplicação da internet	Redes Sociais Salas de Chat Download de música/filmes/séries/jogos Ver programas de TV Compras Email ou Messenger Jogos Trabalhos de Escola Outras	Percentagem de respostas dadas em cada uma das afirmações
8.6 – Limitação parental da internet	Sim Não	Percentagem de respostas dadas
8.7 – Supervisão de pais/educadores na internet	Sim Não	Percentagem de respostas dadas
8.8 – Visualização de publicidade a álcool na internet	Sim Não	Percentagem de respostas dadas

Quadro 6 – Operacionalização das variáveis da secção 8 do questionário adolescentes

Secção 9 – Sobre amigos, família, tempos livres e o sítio onde vives		
Variáveis	Medida	Indicadores
9.3 - Atividades realizadas: 1) Jogo jogos de computador; 2) Pratico desporto, atletismo, atividade física; 3) Leio livros por gosto; 4) Nunca saio à noite (para uma discoteca, festa, café, etc.); 5) Saio à noite (para uma discoteca, festa, café, etc.) quase todos os dias; 6) Outros passatempos (toco instrumentos, canto, escrevo, etc.); 7) Saio com amigos para o shopping, parques, ruas, só para me divertir; 8) Uso internet para atividades de lazer (chats, procurar música, jogar, etc.);	Quase todos os dias 1-2 vezes por semana 1-2 vezes por mês Menos de uma vez por mês Nunca	Percentagem de respostas dadas em cada uma das afirmações
9.4 - Entrada em espaços noturnos, onde a entrada é proibida a pessoas para a idade	Sim Não	Percentagem de respostas dadas
9.5 – Saídas à noite para bares/cafés/discotecas (últimos 4 fins-de-semana)	Número de fins-de-semana	Média do número de fins-de-semana
9.6 - Idas à discoteca à noite, num fim-de-semana normal (incluindo Sexta-Feira, Sábado e Domingo)	Número de noites	Média do número de noites
9.7 – Média do dinheiro gasto nas saídas à noite	Montante gasto	Média do montante gasto
9.8 – Confiança: 1) Podemos confiar na maioria das pessoas; 2) Temos que ter cuidado com as pessoas; 3) Depende das pessoas/circunstâncias;	Resposta a uma das afirmações	Média da percentagem de respostas dadas em cada uma das afirmações
9.9 – Trabalho voluntário (últimos 12 meses): 1) Eventos escolares; 2) Grupos políticos; 3) Grupos de igreja; 4) Grupos de jovens; 5) Clubes desportivos.	Sim Não	Percentagem de respostas dadas em cada um dos itens
9.10 - Sítio onde vive e relacionamento com a vizinhança: 5) As pessoas na minha vizinhança tentam ajudar-se mutuamente; 6) As pessoas na minha vizinhança tentam cuidar umas das outras; 7) As pessoas na minha vizinhança são de confiança; 8) Onde moro as pessoas são próximas (relacionam-se entre si); 9) Onde moro, as pessoas estão dispostas a ajudar os seus vizinhos; 10) Onde moro as pessoas não se relacionam entre si; 11) No sítio onde moro as pessoas não partilham os mesmos valores.	Muito Um pouco Não muito Nada Não tenho experiência para comentar	Percentagem de respostas dadas em cada uma das afirmações

Quadro 7 – Operacionalização das variáveis da secção 9 do questionário adolescentes

APÊNDICE 5

Pedido de autorização para utilização dos questionários

Re: Fw: Pedido de Autorização de utilização do questionário Adolescentes "European Family Empowerment"

Boa noite Tânia

Muito obrigado pelo seu mail.

Claro que poderá utilizar o nosso questionário apenas pedindo que faça referencia ao Irefrea e ao estudo financiado pela comissão europeia.

Se quiser alguma informação adicional pode dispor do nosso apoio.

Com os melhores cumprimentos.

Fernando Mendes

Fernando Mendes
IREFREA Portugal
www.irefrea.org
www.programatudecides.blogspot.com

No dia 14 de maio de 2017 às 13:05, Tania Reliquias <TaniaReliquias@hotmail.com> escreveu:

Caro Doutor Fernando Mendes,

O meu nome é Tânia Patrícia Cabo Relíquias, enfermeira no Hospital do Espírito Santo de Évora, a frequentar o Mestrado em Associação - Área de Especialização Saúde Comunitária e Saúde Pública, de 5 Escolas de Enfermagem (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tenho como supervisora a Enfermeira Rita Leão, enfermeira na Unidade de Saúde Pública ACES Alentejo Central e como orientadora a Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.

Estou neste momento a iniciar a elaboração de um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito do Consumo de Álcool na adolescência, no intuito de melhor compreender este fenómeno, bem como todos os determinantes de saúde que o influenciam. Será ainda meu objetivo aumentar os conhecimentos dos adolescentes acerca do álcool e das suas consequências, adiar o início do consumo e diminuí-lo naqueles que já o fazem.

Assim, contacto V. Ex^ª no sentido de lhe solicitar a sua colaboração através da autorização para a utilização do Questionário Adolescentes "European Family Empowerment", na fase de colheita de dados do já referido projeto. Pretendo utilizar o questionário somente no que concerne às questões relacionadas com o consumo de álcool, excluindo a secção 3 e 4,

pedindo para tal a sua autorização. Se considerar pertinente gostaria ainda de acrescentar à secção 2 as questões: "Com quem bebeu álcool pela primeira vez?" e "Qual o motivo que o levou a consumir álcool pela primeira vez?".

Encontro-me inteiramente à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que lhe possam surgir.

Sem outro assunto, aguardo com expectativa a sua resposta.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos,

Tânia Relíquias

Re: Pedido de Autorização de utilização do questionário de Conhecimentos acerca do álcool QCaA

Cara Enfermeira Tânia,

Em primeiro lugar agradecer o seu contacto e desde já os parabéns pela escolha de uma área tão importante.

Autorizo a utilização do questionário em referência

Votos de muitos sucessos pessoais e profissionais

Apresente os meus cumprimentos à professora Ermelinda

Teresa Barroso

Enviado do meu iPhone

No dia 14/05/2017, às 13:01, Tania Relíquias <TaniaReliquias@hotmail.com> escreveu:

Cara Professora Doutora Teresa Barroso,

O meu nome é Tânia Patrícia Cabo Relíquias, enfermeira no Hospital do Espírito Santo de Évora, a frequentar o Mestrado em Associação - Área de Especialização Saúde Comunitária e Saúde Pública, de 5 Escolas de Enfermagem (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tenho como supervisora a Enfermeira Rita Leão, enfermeira na Unidade de Saúde Pública ACES Alentejo Central e como orientadora a Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.

Estou neste momento a iniciar a elaboração de um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito do Consumo de Álcool na adolescência, no intuito de melhor compreender este fenómeno, bem como todos os determinantes de saúde que o influenciam. Será ainda meu objetivo aumentar os conhecimentos dos adolescentes acerca do álcool e das suas consequências, adiar o início do consumo e diminuí-lo naqueles que já o fazem.

Assim, contacto V. Ex^a no sentido de lhe solicitar a sua colaboração através da autorização para a utilização do Questionário de Conhecimentos acerca do álcool (QCAA), na fase de colheita de dados do já referido projeto.

Encontro-me inteiramente à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que lhe possam surgir.

Sem outro assunto, aguardo com expectativa a sua resposta.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos,

Tânia Relíquias

APÊNDICE 6

Pedido de autorização diretor agrupamento

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de questionários e implementação de projeto de intervenção comunitária de âmbito académico.

O meu nome é Tânia Patrícia Cabo Relíquias, enfermeira no Hospital do Espírito Santo de Évora, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização Saúde Comunitária e Saúde Pública, de 5 Escolas de Enfermagem (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tenho como supervisora a Enfermeira Rita Leão, enfermeira na Unidade de Saúde Pública ACES Alentejo Central e como orientadora a Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.

Estou neste momento a iniciar a elaboração de um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito do Consumo de Álcool na adolescência, no intuito de melhor compreender este fenómeno, bem como todos os determinantes de saúde que o influenciam. Será ainda meu objetivo aumentar os conhecimentos dos adolescentes acerca do álcool e das suas consequências, adiar o início do consumo e diminuí-lo naqueles que já o fazem.

Assim, solicito a sua colaboração através da autorização para a aplicação de um questionário de caracterização da população-alvo, na fase de colheita de dados do já referido projeto, assim como, para a sua implementação numa fase posterior de operacionalização.

A população alvo do estudo serão os alunos a frequentar o 8º ano de escolaridade, no momento.

Comprometo-me a não interferir com o funcionamento das aulas letivas. É ainda de referir que será respeitada o anonimato e confidencialidade dos participantes.

Encontro-me inteiramente à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que lhe possam surgir.

Agradecendo desde já a sua colaboração,

Évora, 16 de Maio de 2017

Tânia Patrícia Cabo Relíquias

Na qualidade de Coordenadora do Conselho de Educação para a Saúde do Município de Évora (Gémea Pereira), autorizo a aplicação do questionário.

APÊNDICE 7

Consentimento informado pais

Exmo. (a) Sr. (a),

Encarregado (a) de Educação

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de questionários para projeto de intervenção comunitária de âmbito académico.

O meu nome é Tânia Patrícia Cabo Relíquias, enfermeira no Hospital do Espírito Santo de Évora, a frequentar o Mestrado em Associação – Área de Especialização Saúde Comunitária e Saúde Pública, de 5 Escolas de Enfermagem (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Tenho como supervisora a Enfermeira Rita Leão, enfermeira na Unidade de Saúde Pública ACES Alentejo Central e como orientadora a Professora Doutora Ermelinda Caldeira, professora na Universidade de Évora.

Estou neste momento a iniciar a elaboração de um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito do Consumo de Álcool na adolescência, no intuito de melhor compreender este fenómeno, bem como todos os determinantes de saúde que o influenciam. Será ainda meu objetivo aumentar os conhecimentos dos adolescentes acerca do álcool e das suas consequências, adiar o início do consumo e diminuí-lo naqueles que já o fazem.

Assim, solicito a sua colaboração através da autorização para a aplicação de um questionário de caracterização da população-alvo, na fase de colheita de dados do já referido projeto.

Comprometo-me a não interferir com o funcionamento das aulas letivas. É ainda de referir que será respeitada o anonimato e confidencialidade dos participantes.

Encontro-me inteiramente à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que lhe possam surgir.

Agradecendo desde já a sua colaboração,

Évora, 16 de Maio de 2017

Aluna

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, encarregado de educação, do aluno _____
_____ declaro que autorizo a participação do meu educando (a) no
preenchimento do questionário para efeitos de trabalho de investigação de âmbito
académico.

Foi-me garantida a possibilidade de em qualquer momento o meu educando(a) recusar a
participação neste trabalho, sem qualquer tipo de consequências.

Este consentimento será assinado por mim em duplicado, ficando com um dos
exemplares.

Data: / /

Assinatura

APÊNDICE 8

Questionário avaliação projeto - professores

Avaliação do projeto



Aprende,
Pensa e
Decide!

Este questionário tem como objetivo a avaliação do projeto "Aprende, Pensa e Decide". As respostas dadas serão confidenciais.

Muito obrigado pelo tempo dispendido.

Qual ou quais os pontos fortes que identifica no projeto "Aprende, Pensa e Decide"?

Identifica fraquezas ou aspetos negativos no projeto? Qual ou quais?

Na sua opinião, qual ou quais foram as oportunidades que o projeto "Aprende, Pensa e Decide" permitiu?

O que considera poder ser uma ameaça ao projeto?

Obrigado pela colaboração!

APÊNDICE 9

Questionário avaliação projeto - alunos

Avaliação das atividades realizadas



Aprende,
Pensa e
Decide!

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

- 1 - Discordo totalmente
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 - Indiferente
- 4 - Concordo parcialmente
- 5 - Concordo totalmente

Conteúdos das sessões de trabalho		1	2	3	4	5
A	Os conteúdos apresentados são do meu interesse.					
B	Os conteúdos apresentados são actuais.					
C	Compreendi os conteúdos apresentados.					
D	Adquiri novos conhecimentos.					
E	Os conhecimentos adquiridos tem aplicação futura.					
F	O projeto "Aprende, pensa e decide" é importante.					
G	Estas iniciativas são importantes na escola.					
H	Contribuiu para melhorar atitudes.					

Instrumentos e métodos utilizados		1	2	3	4	5
A	Foi importante conhecer os resultados dos questionários.					
B	O Kahoot é um modo de aprender divertido.					
C	Os métodos utilizados nas sessões são motivadores.					
D	A página de Facebook do projeto é interessante.					
E	Gostava de continuar com este projeto.					

Parcerias		1	2	3	4	5
A	A participação da PSP foi interessante.					
B	As atividades realizadas pela GARE foram divertidas.					
C	A cooperação da escola foi importante.					
D	A ligação da saúde à educação é importante.					

Obrigado!

APÊNDICE 10

Planos de Sessão das atividades/intervenções planeadas

Atividade 1 - Página de Facebook – “APRENDE, PENSA E DECIDE!”

Objetivo: Divulgar semanalmente na página de Facebook, as dinâmicas realizadas no decurso do projeto, bem como outros assuntos relacionados com a temática do mesmo para os alunos do 9º ano de escolaridade 3ºciclo do ensino básico da escola secundária Gabriel Pereira, seus pais, família e restante comunidade, ao longo do projeto

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Indicadores de Avaliação	Avaliação
- Criação de logotipo; - Criação de página de Facebook / mail do projeto; - Dinâmica de divulgação semanal do projeto e do tema, junto dos alunos envolvidos no projeto, seus pais, família e restante comunidade	Enfermeira mestranda	Semanalmente Até ao final do projeto	Página de Facebook do projeto	Método expositivo; Divulgação das dinâmicas realizadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Que 90% das dinâmicas desenvolvidas no âmbito do projeto sejam divulgadas aos alunos envolvidos no projeto, seus pais, família e restante comunidade 	$\frac{\text{Nº de atividades realizadas}}{\text{Nº de atividades planeadas}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de dinâmicas divulgadas}}{\text{Nº total de dinâmicas desenvolvidas}} \times 100$	100% $\frac{6}{7} \times 100 = 85,7\%$

Recursos Materiais: Computador, Internet

Recursos financeiros: a cargo da enfermeira mestranda

Atividade 2 - Apresentação dos resultados e divulgação do projeto “Aprende, Pensa e Decide”

Objetivo: Sensibilizar os adolescentes, pais/encarregados de educação e comunidade escolar para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis e de comportamentos adequados relativos ao consumo de bebidas alcoólicas, durante esta atividade.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Indicadores de Avaliação	Avaliação
<p>Apresentação dos resultados do projeto Pensar local, Atuar global e dos questionários realizados no diagnóstico de situação; Atividade dirigida aos alunos de 9º ano, associação de pais e professores;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de cartaz de divulgação; - Realização de parcerias; - Divulgação do evento, nomeadamente nos órgãos de comunicação social locais; - Entrega de folheto para entregar aos pais; - Desenvolvimento de várias dinâmicas realizadas pelos parceiros do projeto. 	<p>Enfermeira Tânia Relíquias (Mestranda)</p> <p>Enfermeira Rita Leão (Supervisora)</p> <p>Professora Responsável pelo PES</p> <p>Agentes da Polícia de Segurança Pública (Escola Segura)</p> <p>Técnicos do GARE</p>	<p>10 de novembro 2017</p>	<p>Auditório da Escola Secundária Gabriel Pereira;</p> <p>Espaço Polivalente da Escola Secundária Gabriel Pereira;</p>	<p>Método expositivo;</p> <p>Método ativo;</p>	<p>• Que 75 % dos alunos do 9º ano participem;</p>	<p>$\frac{\text{Nº de alunos presentes}}{\text{Nº total de alunos}} \times 100$</p>	<p>$\frac{134}{134} \times 100 = 100\%$</p>

Atividade 3 - Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 9º ano de escolaridade
“Sabias que...”

Objetivo: Aumentar em 25% os conhecimentos sobre o que é o álcool e os problemas a si associados no que diz respeito à doença e morte prematura, nos adolescentes que frequentam o 9º ano 3º ciclo do ensino básico da escola secundária Gabriel Pereira, ao longo desta sessão.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Indicadores de Avaliação	Avaliação
- Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 9º ano do 3º ciclo da escola Secundária Gabriel Pereira. Temas a abordar: - O que é o álcool / bebidas alcoólicas; - Proporção de doentes e de mortes associadas ao consumo de bebidas alcoólicas em Portugal, no resto da Europa e do Mundo; - Proporção de anos de vida saudáveis perdidos. - Quis game web (Kahoot); - Entrega de autocolante com o logotipo de projeto;	Enfermeira mestranda	Dezembro 2017	Auditório da Escola Secundária	- Método expositivo;	<ul style="list-style-type: none"> • Que 75% dos alunos do 9º ano participem na sessão de educação para a saúde; • Que 25% dos alunos consigam identificar 2 problemas ligados ao consumo de álcool relativamente à doença e morte prematura. 	$\frac{\text{Nº de alunos presentes}}{\text{Nº total de alunos}} \times 100$	100%
		Duração de 50'	Gabriel Pereira;	- Método interrogativo ; - Método ativo.		$\frac{\text{Nº de alunos com resposta correta}}{\text{Nº de alunos presentes}} \times 100$	98,5%

Recursos Materiais: Computador, Telemóvel, internet, Data show e autocolantes elaborados pela enfermeira mestranda

Recursos financeiros a cargo da enfermeira mestranda

Atividade 4 - Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 9º ano de escolaridade
“A Química e as bebidas alcoólicas...”

Objetivo: Aumentar em 25% os conhecimentos sobre as características das bebidas alcoólicas, nos adolescentes que frequentam o 9º ano 3º ciclo do ensino básico da escola secundária Gabriel Pereira, ao longo desta sessão.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Indicadores de Avaliação	Avaliação
Aula temática dirigida aos adolescentes, sobre as características das bebidas alcoólicas	Professora de Ciências Naturais da turma	Dezembro 2017 Duração de 110'	Sala de aula da turma	- Método expositivo; - Método interrogativo; - Método Demonstrativo; - Exposição temática pela Professora de Ciências Naturais	<ul style="list-style-type: none"> • Que 75% dos alunos participem na aula; • Que 25% dos alunos consigam identificar 2 características das bebidas alcoólicas (fermentadas, destiladas e alcoolizadas); • Que 25% dos alunos consigam identificar a relação entre a graduação de uma bebida e a quantidade de álcool puro presente na mesma. 	$\frac{\text{Nº de alunos presentes}}{\text{Nº total de alunos}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de alunos com resposta correta}}{\text{Nº de alunos presentes}} \times 100$	<p align="center">100%</p> <p align="center">89,6%</p>
Exposição temática pela Professora de Ciências Naturais (Atividade adaptada de Barroso (2012))				- Método ativo - Dinâmicas de grupo acerca da temática em causa;		$\frac{\text{Nº de alunos com resposta correta}}{\text{Nº de alunos presentes}} \times 100$	<p align="center">81,7%</p>

Atividade 5 - Kahoot

Objetivo: Aumentar em 25% o conhecimento nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade da escola secundária Gabriel Pereira, sobre o álcool, efeitos, consequências e comportamentos de risco associados ao consumo de álcool, ao longo das várias atividades

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Indicadores de Avaliação	Avaliação
Kahoot – <i>Quiz game</i> , em que serão colocadas perguntas que deverão ser respondidas num período limite de tempo. Atividade dirigida aos alunos do 9º ano integrados no projeto. O jogador que conseguir acertar mais respostas em menor tempo, ganha mais pontos e é o vencedor.	Enfermeira mestranda	Janeiro 2018	Auditório da Escola Secundária Gabriel Pereira;	- Método ativo	<ul style="list-style-type: none"> Que 75% dos alunos do 9ºano, integrados no projeto, participem de forma ativa nesta atividade 	$\frac{\text{Nº de alunos presentes}}{\text{Nº total de alunos}} \times 100$	100%

Recursos Materiais: Computador/ telemóvel pessoal; Internet; Prémio para os vencedores

Recursos financeiros: Recursos financeiros a cargo da enfermeira mestranda

Atividade 6 - Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 9º ano de escolaridade
“Não beber, dá saúde e faz crescer!”

Objetivo: Aumentar em 25% os conhecimentos sobre efeitos e consequências do consumo de álcool durante a adolescência, nos adolescentes que frequentam o 9º ano 3º ciclo do ensino básico da escola secundária Gabriel Pereira, ao longo desta sessão.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Indicadores de Avaliação	Avaliação
- Sessão de educação para a saúde dirigida aos alunos do 9º ano do 3º ciclo da escola Secundária Gabriel Pereira; Temas a abordar: - Efeitos provocados pelo consumo de bebidas alcoólicas; - Consequências do consumo de bebidas alcoólicas na adolescência; - Padrões de consumo, alcoolismo, coma alcoólico e riscos associados, enquadramento legal e comportamentos de risco.	Enfermeira mestranda	Janeiro de 2018	Sala de aula da turma	- Método expositivo;	<ul style="list-style-type: none"> • Que 75% dos alunos do 9º ano participem na sessão de educação para a saúde; • Que 25% dos alunos consigam identificar 2 efeitos imediatos do consumo de bebidas alcoólicas; • Que 25% dos alunos consigam identificar 2 consequências do consumo de bebidas alcoólicas na adolescência; • Que 25% dos alunos consigam identificar quais os comportamentos de risco visionados num filme, associados ao consumo de bebidas alcoólicas na adolescência; 	$\frac{\text{Nº de alunos presentes}}{\text{Nº total de alunos}} \times 100$	100%
		Duração de 50'		- Método interrogativo;		$\frac{\text{Nº de alunos com resposta correta}}{\text{Nº de alunos presentes}} \times 100$	96,6%
			- Método ativo.	$\frac{\text{Nº de alunos com resposta correta}}{\text{Nº de alunos presentes}} \times 100$		98,9%	
						$\frac{\text{Nº de alunos com resposta correta}}{\text{Nº de alunos presentes}} \times 100$	100%
Recursos Materiais: Computador, Data show, internet							
Recursos financeiros a cargo da enfermeira mestranda							

Atividade 7 - Encontro “Aprende, Pensa e Decide”

Objetivo: Sensibilizar os adolescentes, pais/encarregados de educação e comunidade escolar para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis e de comportamentos adequados relativos ao consumo de bebidas alcoólicas, durante esta atividade.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Indicadores de Avaliação	Avaliação
Encontro temático, dirigido aos pais/encarregados de educação dos alunos e toda a comunidade escolar, com a apresentação dos resultados do projeto Pensar local, Atuar global e do projeto Aprende, Pensa e Decide; - Elaboração convite de divulgação do Encontro.	Enfermeira Tânia Relíquias (Mestranda) Enfermeira Rita Leão (Supervisora)	Janeiro 2018	Auditório da Escola Secundária Gabriel Pereira	Método expositivo; Método ativo.	<ul style="list-style-type: none"> Que 25% dos pais/familiares dos alunos do 9º ano participem na atividade; 	$\frac{\text{Nº pessoas convidadas presentes}}{\text{Nº total de pessoas convidadas}} \times 100$	$\frac{38}{134} \times 100 = 28,4\%$

Atividade 8 - Aula temática de Educação Visual dirigida aos alunos do 9º ano de escolaridade
“Sabias que?”

Objetivo: Aumentar em 25 % o conhecimento, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade da escola secundária Gabriel Pereira, sobre o álcool, efeitos, consequências e comportamentos de risco associados ao consumo de álcool, ao longo desta sessão.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Avaliação
Aula temática dirigida aos adolescentes, sobre os diferentes temas abordados: - Exposição temática pela Professora de Educação Visual; - Construção de um cartaz alusivo ao tema; - Realização de uma exposição dos cartazes elaborados, com eleição do melhor cartaz;	- Professora de Educação Visual da turma - Júri selecionado - Enfermeira mestranda	Mês de junho em data a designar	- Sala de aula da turma - Espaço polivalente da escola;	- Método expositivo; - Método ativo - Dinâmicas de grupo acerca da temática em causa;	<ul style="list-style-type: none"> • Que 75% dos alunos participem na aula; • Que 40% dos alunos exponham os posters realizados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Registo de ocorrências • Nº de posters expostos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de alunos presentes/Nº total de alunos X 100 • Nº de posters expostos/Nº total de posters X 100

Recursos Materiais: Cartolinas; Máquina Fotográfica; Prémio para melhor poster

Recursos financeiros a cargo da enfermeira mestranda

APÊNDICE 11

Cronograma de atividades

APÊNDICE 12

Logotipo do projeto “Aprende, Pensa e Decide”

LOGOTIPO PROJETO “Aprende, Pensa e Decide!”



Aprende,
Pensa e
Decide!

APÊNDICE 13

Folheto informativo para os pais

O papel dos pais é fundamental durante a adolescência, sendo que representam um elemento importante no desenvolvimento de comportamentos e atitudes saudáveis nos seus filhos, de entre os quais os comportamentos diretamente relacionados ao consumo de álcool.

O projeto **Aprende, Pensa & Decide** tem como objetivos:

- Reduzir a prevalência do consumo de álcool, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico, da Escola Secundária Gabriel Pereira, em Évora, até Junho de 2018;
- Aumentar os conhecimentos acerca do álcool, problemas a si associados, potenciais consequências e riscos inerentes ao seu consumo, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade;
- Adiar o início precoce do consumo de bebidas alcoólicas, nos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade;
- Promover a mobilização e o envolvimento dos Pais/encarregados de educação e dos professores dos adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade.



**Aprende,
Pensa e
Decide!**



aprendepensaedecide@gmail.com



@aprendepensaedecide



**PROJETO DE PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL
NOS ADOLESCENTES**

“Eu fui para uma festa e me lembrei do que você me disse. Você me pediu para não beber álcool. Então, eu bebi uma Sprite. Senti orgulho de mim mesmo, como você disse que sente. Você me disse que não deve beber e dirigir, ao contrário do que alguns amigos me disseram. Fiz uma escolha saudável e seu conselho foi correto, como tudo que você me dá sempre. ... Quando a festa finalmente acabou, as pessoas começaram a dirigir sem poder fazê-lo. Fui para o meu carro com a certeza de que iria voltar para casa em paz. Nunca imaginei o que me esperava. Agora estou deitada na rua e ouvi o policial dizer: "O rapaz que causou este acidente estava bêbado". Mãe, sua voz parece tão distante. Meu sangue é derramado em toda parte eu estou tentando com todas as minhas forças não pode lamentar. Eu posso ouvir. Os médicos dizem: "A garota vai morrer". Tenho a certeza de que o jovem, que dirigia a toda velocidade, decidiu beber e dirigir, e agora eu tenho que morrer. Por que as pessoas fazem isso, mãe? Sabendo que isto vai arruinar muitas vidas. A dor está me cortando como se fosse uma centena de facas. Diga a minha irmã para não chorar, diz ao papai pra ser forte. E quando eu ir para o céu, eu vou estar assistindo todos vocês. Alguém deveria ter dito aquele garoto. "É errado beber e dirigir". Talvez, se seus pais tivessem dito, eu não estaria morrendo agora. Minha respiração está ficando mais fraca, mais e mais. Mãe, estes são os meus últimos momentos e me sinto tão desesperada... Eu gostaria de poder te abraçar, enquanto eu estou morrendo aqui. Eu gostaria de poder dizer o quanto eu te amo, MÃE. Então ... Eu te amo... e... adeus ...”

Fonte: https://www.gostador.com/taizsa_sobre_o_alcool/

(História Verdídica, estas palavras foram escritas por um jornalista que assistiu ao acidente, a pedido da jovem.

Às vezes não são só os nossos filhos, também são os filhos dos outros!

Vamos todos juntos criar um futuro mais seguro e saudável para os nossos filhos!?

O álcool é a droga psicoativa mais consumida na maioria dos países e uma das principais drogas de eleição entre os adolescentes

O consumo de álcool é um problema real ao qual devemos dedicar a máxima importância. Para além de ser por si só uma problemática relevante, esta não é um problema isolado, é ainda a porta de entrada para todo um conjunto de outras consequências.

Tentativas de suicídio, homicídio, afogamento

Baixo aproveitamento escolar, delinquência

Comportamentos sexuais de Risco

Morte ou sequelas graves em acidentes de viação

Consumo de outras drogas lícitas e ilícitas ou dependência alcoólica no futuro

Efeitos nocivos para o normal desenvolvimento cerebral

APÊNDICE 14

Cartaz de divulgação da atividade 2

Consumo de álcool na Adolescência

**Apresentação dos
resultados:**

**Consumo de álcool na
adolescência**

**Conhecimentos acerca
do álcool**

- **Alunos 9º ano**
- **Auditório da ESGP**

2017

10 Nov.

➤ **09h**
➤ **11h**

**Vem ainda
divertir-te
com as
atividades
que
preparámos
para ti!**

**Com a
presença da:
GARE
Escola Segura
Entre outros**



GARE Escola
Segura
Gabriel
Pereira



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

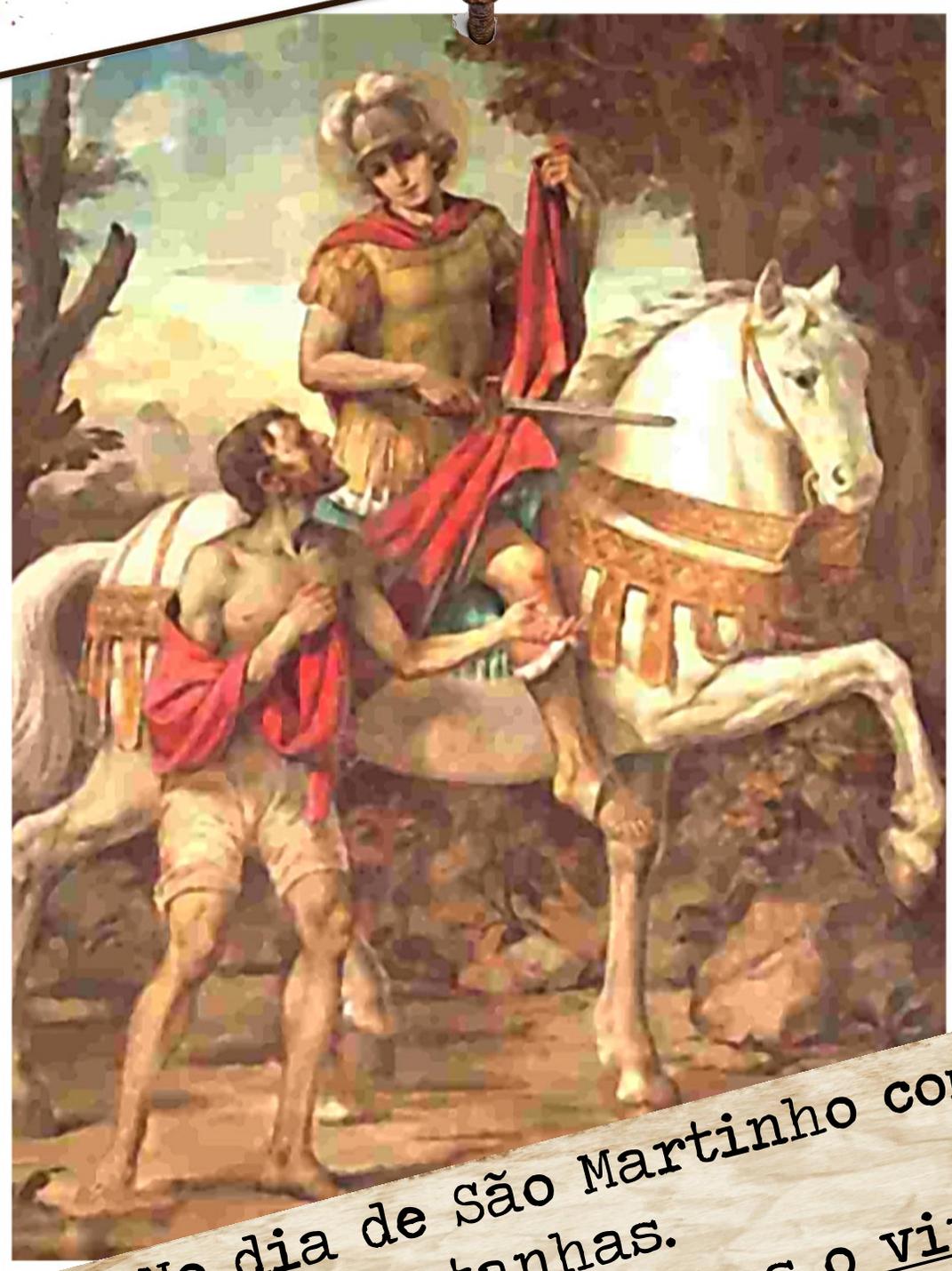


APÊNDICE 15

Cartaz São Martinho



Aprende,
Pensa e
Decide!



No dia de São Martinho come
só as castanhas.
Não bebas o vinho!

FONTE (Imagem):
<http://pex331.blogspot.pt/feitas-de-sao-martinho-1082429>
<https://pinimg.com/7/8x/04/bc/72/04bc72b5f0x/d12020b277288c7ce6-vintage-source-vintage-stock.png>

APÊNDICE 16

Cartaz de promoção do projeto “Aprende, Pensa e Decide”

APÊNDICE 17

Convite aos pais para Encontro temático



Aprende,
Pensa e
Decide!

Caros pais/encarregados de educação, no próximo dia 25 de Janeiro, às 18h30', no auditório da Escola Secundária Gabriel Pereira, vai realizar-se a apresentação dos resultados dos inquéritos realizados aos vossos educandos no âmbito:

- projeto "Conhecer global, Atuar local" (Comportamentos de risco e consumo de substâncias psicoativas);
- projeto "Aprende, pensa e decide" (Consumo de álcool na adolescência);

Contamos com a vossa presença

Eu, encarregado de educação, do aluno _____
declaro que tomei conhecimento.

Assinatura

APÊNDICE 18

Artigo científico

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
Unidade Curricular Estágio Final
2º Ano / 1º Semestre

CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA
O CONHECIMENTO ALIADO À SAÚDE

Tânia Relíquias nº 37160

**CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA:
O CONHECIMENTO ALIADO À SAÚDE**

**CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA
O CONHECIMENTO ALIADO À SAÚDE**

**ALCOHOL CONSUMPTION IN ADOLESCENCE
KNOWLEDGE ALLIED WITH HEALTH**

***Tânia Patrícia Cabo Relíquias**, Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora; Enfermeira no Serviço de Cirurgia Geral – tira 1 do Hospital Espírito Santo de Évora – EPE; aluna do mestrado em enfermagem em associação, Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; taniareliquias@hotmail.com*

Resumo

Introdução: A adolescência é uma fase de descoberta e transformação, onde a necessidade de experimentação e a procura de novas experiências e sensações se podem revelar preponderantes na adoção de comportamentos de risco, de entre os quais o consumo de álcool. **Objetivo:** analisar o perfil do comportamento de consumo de álcool nos adolescentes de uma escola de Évora, caracterizar os seus conhecimentos acerca do álcool e identificar quais os fatores que determinam o comportamento de consumo. **Metodologia:** metodologia quantitativa, estudo transversal, descritivo correlacional. A amostra é constituída por 82 adolescentes a frequentar o 8º ano de escolaridade, selecionados de forma aleatória. Neste estudo foi utilizada como técnica de recolha de dados a aplicação de dois questionários anónimos, de forma a possibilitar a quantificação dos fenómenos estudados permitindo encontrar relações entre variáveis e fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos. A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS versão 24,0. **Resultados:** 66% da amostra já consumiram álcool, sendo que 32% corresponde à taxa de consumo regular e 34% à taxa de experimentação. A maioria dos alunos iniciou o consumo cerca dos 12/13 anos de idade, sendo a média da idade referida como aquela em que beberam a 1ª bebida alcoólica de 12 anos. As bebidas alcoólicas consumidas com maior frequência foram a cerveja (28%), seguido dos alcopops (22%), Cidra (20%) e bebidas espirituosas (17%). A bebida menos popular entre os estudantes foi o vinho, sendo referido como uma das bebidas consumidas, por apenas 11% dos adolescentes. 9,4% dos alunos que referem já consumir bebidas alcoólicas embriagaram-se alguma vez nos últimos 30 dias à data de inquirição. 67% dos adolescentes ingeriram álcool pela primeira vez com familiares e 31% na companhia de amigos. A curiosidade surge como o principal motivo para o início do consumo. Relativamente aos conhecimentos que os alunos possuem acerca do álcool verificou-se uma média de 27 respostas corretas por aluno, o que equivale a 66% de respostas certas. Verificando-se assim que numa escala qualitativa, os alunos possuem conhecimentos suficientes acerca do tema. **Conclusão:** constata-se o início precoce e consumo regular e excessivo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes, o défice de conhecimentos acerca do tema, bem

como o consumo de álcool muitas vezes incentivado e tolerado pelos pais/família. A educação para a saúde em contexto escolar revela-se uma estratégia de prevenção privilegiada para combater as necessidades identificadas, através da implementação de ações de promoção da saúde, possibilitando o envolvimento dos adolescentes, pais/família, e de toda a comunidade escolar, visando a aquisição de estilos de vida saudáveis e a prevenção de comportamentos nocivos.

Descritores: Álcool, Adolescente, Conhecimento, Saúde Escolar, Promoção da Saúde.

Abstract

Introduction: Adolescence is a phase of discovery and transformation, where the need for experimentation and the search for new experiences and sensations may be preponderant in the adoption of risk behaviours, among them alcohol consumption. **Objective:** to analyse the behavioural profile of alcohol consumption in adolescents at a school in Évora, to characterize their knowledge about alcohol and to identify the factors that determine consumption behaviour. **Methodology:** quantitative methodology, cross-sectional study, descriptive correlation. The sample consists of 82 adolescents attending the 8th year of schooling, randomly selected. In this study, the data collection was done through two anonymous questionnaires, in order to allow the quantification of the studied phenomena, allowing the identification of relation between variables and making descriptions using the statistical treatment of the data collected. Data analysis was performed using the statistical software SPSS version 24.0. **Results:** 66% of the sample already consumed alcohol, 32% of which corresponds to the rate of regular consumption and 34% to the rate of experimentation. The majority of the students started the consumption around the 12/13 years of age, as for the age they drank the first alcoholic drink was 12 years old. The most frequently consumed alcoholic beverages were beer (28%), followed by alcopops (22%), Cider (20%) and spirits (17%). The less popular drink among students was wine, being referred to as one of the drinks consumed by only 11% of adolescents. 9.4% of students who already consume alcoholic beverages have drunk themselves in the last 30 days at the time of the interview. 67% of adolescents

ingested alcohol for the first time with family members and 31% in the company of friends. Curiosity emerges as the main reason for the beginning of consumption. With regard to students' knowledge about alcohol, an average of 27 correct answers per student was found, which is equivalent to 66% of correct answers. On a qualitative scale, students have sufficient knowledge about the subject. **Conclusion:** the early start, regular and excessive consumption of alcoholic beverages by adolescents, the lack of knowledge about the subject, as well as the consumption of alcohol often encouraged and tolerated by the parents / family. Health education in a school context is a strategy of prevention to combat the identified needs, through the implementation of health promotion actions, enabling the involvement of adolescents, parents / family, and the entire school community, aiming to the acquisition of healthy lifestyles and the prevention of harmful behaviours.

Descriptors: Alcohol, Adolescent, Knowledge, Health School, Health Promotion

Introdução

A adolescência é “uma fase marcada por grandes descobertas e instabilidade emocional, período crítico para o desenvolvimento de competências sociais e interpessoais, aquisição de habilidades para aturar e tomar decisões, consubstanciando a personalidade”¹. Caracterizada por uma “multiplicidade de condutas, de tentativas e erros, que determina a socialização e individualização nesta faixa etária”². Sendo a adolescência uma fase de construção de uma identidade, de transformação, de descoberta, por vezes turbulenta e conflituosa, é comum a procura de novas experiências e sensações. A curiosidade exala os seus sentidos. Todas as alterações físicas, hormonais, psíquicas, emocionais, cognitivas e sociais a que os adolescentes estão sujeitos podem cooperar para a adoção de comportamentos de risco pelos mesmos, de entre os quais o consumo de álcool.

Todo este processo sofre a influência de múltiplos fatores, tais como: a personalidade do próprio indivíduo, os pais, a família, os amigos, a comunidade em geral, o ambiente e cultura onde o adolescente está inserido. O consumo de álcool não é uma prática recente na sociedade, podendo afirmar-se que esta é uma prática milenar, que acompanha o homem desde os primórdios da humanidade. Muitas vezes desvalorizado pela nossa sociedade, aceite socioculturalmente, associado à diversão, momentos de lazer, cerimónias religiosas, utilizado para celebrar os bons momentos, mas também para ajudar a ultrapassar os menos bons, o álcool não é visto, pela grande maioria dos cidadãos, como uma droga, sendo conseqüentemente o seu uso bem tolerado. Assume assim o papel de droga liberalizada, aceite por todos, discriminada por nenhuns. É considerado a droga psicoativa mais consumida na maioria dos países e uma das principais drogas de eleição entre os adolescentes. “A tolerância social concedida aos consumos de álcool e a escassa percepção do risco associado a essa ingestão tem sido dos factores que tem contribuído para a generalização dos consumos entre os adolescentes e jovens, favorecendo a instauração de uma imagem de “normalização” destas condutas”².

Sendo a adolescência um processo de desenvolvimento biopsicossocial, repleto de múltiplas transformações, nesta fase do ciclo vital o consumo de álcool pode ser responsável não só pelo comprometimento do estado de saúde atual

do adolescente, mas também pelo compromisso da sua saúde em idade adulta, com repercussões para o resto da sua vida. O início precoce do consumo de álcool, bem como o seu consumo excessivo tem reflexos a nível individual, familiar e social, conduzindo ainda a elevados custos com a saúde e consideráveis perdas económicas.

De acordo com os dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde³, assistíamos no ano de 2012 à ocorrência de 3,3 milhões de mortes no mundo relacionadas ao consumo de álcool, o correspondente a 5,9% de todas as mortes ocorridas. Portugal ocupa a 8ª posição dos maiores consumidores da região da Europa, surgindo ainda como um dos dez países com maior consumo de álcool *per capita* do mundo. Na região da Europa, o consumo de álcool representa o terceiro fator de risco de doença e mortalidade. No nosso país, de acordo com a DGS⁴, representa o 5º fator de risco que mais contribui para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa. O Relatório Anual 2015 do SICAD⁵ referente ao consumo de álcool menciona que no ano de 2014 o número médio de anos de vida saudável perdidos, por doenças atribuíveis ao álcool, pela população portuguesa foi de 13,5 anos. Existem ainda estudos⁶ que referem que “25% de todas as mortes ocorridas em jovens entre quinze e dezanove anos de idade são atribuídas ao álcool”. Consideramos assim, estar perante uma problemática de elevada magnitude da nossa sociedade. Deparamo-nos com um grave problema de morbilidade e mortalidade da sociedade mundial e nacional, revelando-se um desafio de saúde pública emergente ao qual é importante dar uma resposta urgente. Têm sido mobilizados vários órgãos governamentais a nível mundial para o desenvolvimento de políticas de combate a esta problemática, contudo a evidência revela que o consumo de álcool pelos adolescentes continua a ser um problema real, potenciador de muitas outras complicações, pelo que os progressos conseguidos até hoje têm sido lentos e inconsistentes. É necessário maior investimento em políticas e programas de combate a esta problemática, que promovam estilos de vida saudáveis, centrados no envolvimento ativo dos adolescentes, da sua família e da comunidade em geral, na tentativa de obtermos melhores resultados.

“A promoção de comportamentos saudáveis durante a adolescência e a tomada de medidas para proteger melhor os jovens dos riscos para a saúde são fundamentais para a prevenção de problemas de saúde na idade adulta e para

a futura saúde e capacidade de desenvolvimento e prosperidade dos países”⁷. A intervenção ao nível da saúde escolar assume elevada importância uma vez que constitui “o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção da saúde na escola, que deve desenvolver competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida”⁸. Diz-nos a evidência científica que se o adolescente tiver bons conhecimentos acerca do álcool e dos subsequentes efeitos para o seu organismo, estes terão influência no consumo de álcool, podendo mesmo cooperar para a diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas⁹. Desta forma, torna-se bastante relevante e pertinente a abordagem desta temática nesta fase da vida, como forma de prevenção e promoção da saúde na adolescência.

No ano de 2006, em Coimbra, é realizado um estudo¹⁰ em duas escolas no sentido de caracterizar o padrão de consumo de álcool e os conhecimentos acerca do álcool por parte dos estudantes do 3º ciclo. Este estudo reporta que 65,10% dos jovens já tinha consumido álcool alguma vez na vida e destes 18,78% referiram ter-se embriagado. No que diz respeito à caracterização dos conhecimentos foi possível identificar um défice de conhecimentos acerca dos efeitos do álcool e do seu consumo durante a adolescência.

De 2013 a 2015 foram efetuados em Portugal, vários estudos relativos ao consumo de bebidas alcoólicas na população escolar, nomeadamente o Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS) em 2014, onde se concluiu que “32% dos alunos do 6º/8º/10º anos de escolaridade já tinham experimentado bebidas alcoólicas e 14% tinham consumido nos últimos 30 dias à data da inquirição”⁵. Concluiu-se ainda, de acordo com o referido no mesmo relatório que, o tipo de bebidas alcoólicas consumidas com maior frequência foram as bebidas destiladas (5,4% consomem todas as semanas/meses e 0,4% diariamente) e a cerveja (4,5% consomem todas as semanas/meses e 0,5% diariamente). Aproximadamente 12% dos estudantes inquiridos já se tinham embriagado.

Contudo, apesar do consumo de álcool na adolescência constituir uma temática já bastante abordada ao longo do tempo, alvo de várias intervenções e estudos de investigação em todo o mundo, esta continua a ser uma problemática bastante atual e premente. Na cidade de Évora são escassos os estudos

efetuados e publicados acerca deste assunto, pelo que se revelou essencial a avaliação aprofundada da realidade presente no seu contexto particular, a fim de caracterizar o padrão de consumo de álcool dos nossos adolescentes, relacionando-o com os vários determinantes sociais da saúde, podendo assim elaborar e desenvolver estratégias de intervenção baseadas na prevenção, específicas e individualizadas, mais adequadas e eficazes.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil do comportamento de consumo de álcool nos adolescentes de uma escola de Évora, caracterizar os seus conhecimentos acerca do álcool e identificar quais os fatores que determinam os comportamentos de consumo.

O estudo encontra-se integrado no projeto “Conhecer Global Atuar Local” - projeto de avaliação diagnóstica e intervenção na área dos comportamentos de risco e consumo de substâncias na Região Alentejo – projeto de parceria entre a Universidade de Évora (UÉ), a Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) e a Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares (DGEstE).

Metodologia

Metodologia quantitativa, estudo transversal, descritivo correlacional, realizado numa escola pública do 2º e 3º ciclo, situada na área urbana da cidade de Évora, selecionada de forma aleatória. Após alguma pesquisa bibliográfica e considerando a finalidade do estudo, todo o referencial teórico de suporte e a faixa etária da população abrangida foi selecionado como instrumento de colheita de dados o questionário Adolescentes “European Family Empowerment”, utilizado no programa de prevenção em meio escolar da European Institute of Studies on Prevention (IREFREA) financiado pela União Europeia. Este questionário faz parte integrante do programa “Tu decides” desenvolvido pelo IREFREA Portugal¹¹. Originalmente é constituído por 9 secções. A primeira secção do questionário diz respeito à informação sociodemográfica do estudante. A segunda secção deste questionário corresponde ao estudo acerca do consumo de álcool pelo aluno. A terceira e quarta secção do questionário original, com a concordância do autor, foram excluídas deste estudo. A quinta secção refere-se à descrição da vida familiar do inquirido. De seguida, a sexta secção questiona o adolescente quanto às suas

atitudes e comportamentos na escola e expectativas futuras. A sétima secção aborda o adolescente quanto aos problemas que vivenciou e quanto aos sentimentos que experiencia. A oitava secção relaciona-se com a utilização das novas tecnologias e internet pelos adolescentes. Por último, a nona secção, questiona o jovem em relação aos seus amigos, família, tempos livres e ambiente em que vive.

Dado os objetivos do estudo, para analisar os conhecimentos que os adolescentes já possuem acerca do álcool e do seu consumo, foi utilizado o questionário de Avaliação de Conhecimentos acerca do álcool (QCaA)¹⁰. O questionário QCaA é constituído por 40 afirmações acerca do álcool de formato dicotómico (Verdadeiro/Falso) e cumpre o objetivo de avaliar os conhecimentos pré-existentes dos adolescentes acerca do tema. Das 40 afirmações que compõem o QCaA, 21 são afirmações verdadeiras (1, 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 17, 19, 21, 25, 26, 27, 30, 33, 35, 37, 38, 39 e 40), sendo as restantes 19 consideradas falsas (4, 5, 6, 9, 11, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 28, 29, 31, 32, 34 e 36). A pontuação atribuída vai dos 0 aos 40 pontos, sendo a cada resposta correta atribuído 1 ponto. O total das respostas corretas atribui a pontuação final do questionário¹⁰.

Para a utilização de ambos os questionários selecionados foi pedida a devida autorização dos autores.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Para a aplicação dos questionários foi formalmente obtida a autorização do Conselho Diretivo da Escola, da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) e da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Respeitando a sua decisão livre e informada foi explicado aos pais/encarregado de educação o propósito do estudo, qual o seu papel no decorrer do mesmo, bem como o seu carácter confidencial e anónimo. Foi então pedida a devida autorização para o preenchimento dos instrumentos de colheita de dados pelos seus educandos, mais especificamente, o seu consentimento informado livre e esclarecido.

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS versão 24,0 (Statistical Package for the Social Sciences).

A população alvo deste estudo é constituída por adolescentes que frequentam o 8º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico de uma escola

CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA: O CONHECIMENTO ALIADO À SAÚDE

pública da área urbana do concelho de Évora. Foi constituída uma amostra aleatória, num total de 82 alunos, distribuídos por 4 turmas.

Dos 82 adolescentes incluídos na amostra, 60% são do sexo feminino e 40% do sexo masculino, sendo a média de idades de 13,78 anos de idade (DP=0,73); a nacionalidade predominante é a portuguesa, correspondendo a 98,8% da amostra; no que diz respeito à tipologia familiar 69,5% dos estudantes inquiridos vivem no seio de uma família clássica, constituída pelos seus progenitores e irmãos, e nalguns casos específicos coabitam na sua residência também um dos seus avós. 91,5% dos alunos inquiridos têm irmãos, deparando-nos com uma média de 1,8 irmãos por aluno e 40,2% dos estudantes são o filho primogénito (Tabela 1).

Características		Média	DP
Idade		13,78	0,73
		n	%
Género	Masculino	33	40
	Feminino	49	60
Tipologia familiar	Tradicional	57	69,5
	Monoparental	14	17,1
	Outras	11	13,4
Lugar na fratria	Único	7	8,5
	Mais velho	33	40,2
	Do meio	18	22,0
	Mais novo	22	26,8
	Gémeo	2	2,4

Tabela 1 – Caracterização da amostra relativamente às características sociodemográficas (n=82)

Resultados

Ao analisar o perfil do comportamento de consumo de álcool, e tal como podemos observar no gráfico 1, verificou-se que apenas cerca de um terço dos adolescentes referiram nunca ter consumido álcool (34,1%); com igual representatividade surge a taxa de experimentação, uma vez que, 34,1% refere ter ingerido álcool apenas uma vez e 31,8% dos estudantes mencionam consumir álcool regularmente.

CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA: O CONHECIMENTO ALIADO À SAÚDE

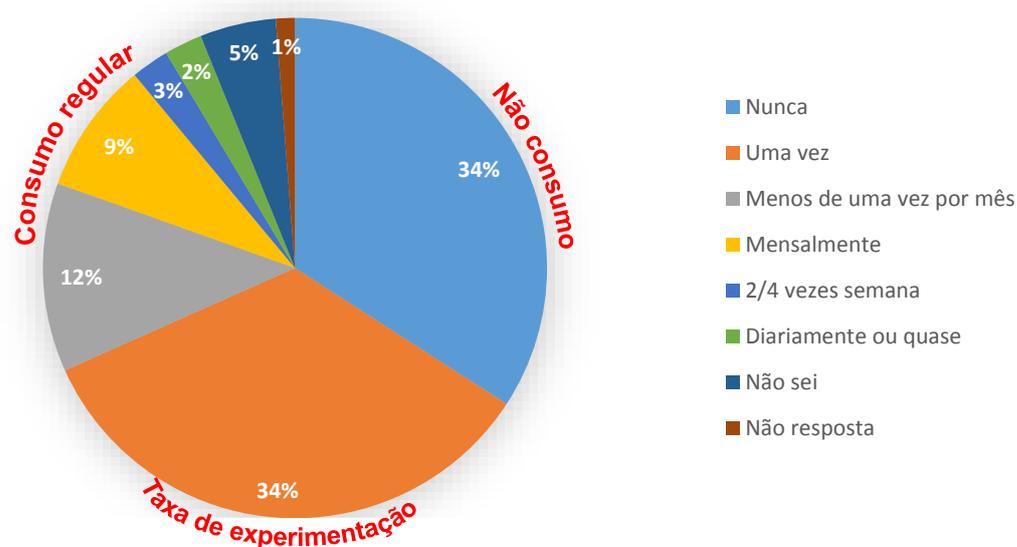


Gráfico nº1 – Padrão de consumo de álcool (n=82)

A maioria dos alunos iniciou o consumo cerca dos 12/13 anos de idade, sendo a média da idade referida como aquela em que beberam a 1ª bebida alcoólica de 12,06 anos (DP=1,75), com um intervalo entre os 6 e 16 anos de idade. 56,9% dos adolescentes inquiridos teve o primeiro contacto com o álcool antes dos 13 anos de idade, e 6 alunos referiram mesmo ter ingerido a primeira bebida alcoólica antes dos 10 anos. Correlacionando a idade de início de consumo com o género, verificou-se um valor de correlação forte ($r=0,354$; $p<0,011$). Verificou-se que os rapazes iniciaram o consumo de álcool mais cedo e as raparigas numa fase mais tardia. No entanto, mesmo o início do consumo começando ligeiramente mais tarde nas raparigas, ainda assim dá-se numa idade prematura.

Não se verificou a existência de discrepância na frequência com que consomem álcool de acordo com o género ($r= -0,110$; $p<0,330$), isto é, a frequência com que os adolescentes inquiridos consomem álcool é semelhante, independentemente se se é rapaz ou rapariga.

Analisando o tipo de bebida que os rapazes ou raparigas preferem também não se identificaram diferenças significativas entre as bebidas eleitas por cada um dos sexos. Conclui-se que a bebida ingerida por maior número de alunos, nos últimos 30 dias, foi a cerveja (28,05%), seguida dos alcopops (21,95%), Cidra (19,51%) e bebidas espirituosas (17,07%) (Tabela 2). A bebida

**CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA:
O CONHECIMENTO ALIADO À SAÚDE**

menos popular entre os estudantes foi o vinho, sendo referido como uma das bebidas consumidas por apenas 9 adolescentes.

Consumo de álcool		n=51	
		n	%
Frequência do consumo de cerveja (últimos 30 dias)	0	28	54,9
	1-2	9	17,6
	3-5	9	17,6
	6-9	2	3,9
	10-19	1	2,0
	20-39	1	2,0
	40 ou mais	1	2,0
Frequência do consumo de cidra (últimos 30 dias)	0	35	68,6
	1-2	10	19,6
	3-5	5	9,8
	6-9	1	2,0
	10-19	0	0,0
	20-39	0	0,0
	40 ou mais	0	0,0
Frequência do consumo de Alcopops (últimos 30 dias)	0	33	64,7
	1-2	13	25,5
	3-5	2	3,9
	6-9	2	3,9
	10-19	0	0,0
	20-39	1	2,0
	40 ou mais	0	0,0
Frequência do consumo de vinho (últimos 30 dias)	0	42	82,4
	1-2	7	13,7
	3-5	0	0,0
	6-9	0	0,0
	10-19	0	0,0
	20-39	0	0,0
	40 ou mais	2	3,9
Frequência do consumo de bebidas espirituosas (últimos 30 dias)	0	37	72,5
	1-2	5	9,8
	3-5	2	3,9
	6-9	2	3,9
	10-19	0	0,0
	20-39	0	0,0
	40 ou mais	5	9,8

Tabela 2 – Frequência do consumo de álcool/tipo de bebida alcoólica

Relativamente às pessoas com quem estavam aquando do primeiro consumo (Tabela 3), 66,7% dos estudantes referiram estar com familiares e 31,4% com amigos. Não se verificou uma correlação positiva entre o género e a

**CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA:
O CONHECIMENTO ALIADO À SAÚDE**

pessoa com quem estavam no momento do primeiro consumo ($r = -0,258$; $p < 0,67$).

Relativamente aos locais ou pessoas através dos quais os alunos referem conseguir arranjar álcool (Tabela 3), são os amigos quem a maior parte dos alunos refere como sendo a pessoa através da qual arranja álcool (37,3%), seguido dos pais dos próprios estudantes (27,5%). No que respeita ao local (Tabela 3) mais referido surgem os bares, *pubs* e discotecas, correspondendo a 21,6% das respostas.

Consumo de álcool		n=51	
		n	%
Com quem estavas quando bebeste pela 1ª vez?	Familiares	34	66,7
	Amigos/Colegas	16	31,4
	Sozinho	1	2,0
Como, ou através de quem, arranja álcool?	Não sei	11	21,6
	Dadas pelos pais	14	27,5
	Irmãos mais velhos	4	7,8
	Amigos	19	37,3
	Pais de amigos	4	7,8
	Outros adultos	5	9,8
	Em casa	5	9,8
	Bares, pubs, discotecas	11	21,6
	Lojas, supermercados	10	19,6

Tabela 3 – Com quem estavam no 1º consumo / Como ou através de quem arranjam álcool

Verificou-se ainda que 6,10% dos alunos que dizem já consumir bebidas alcoólicas referiram ter-se embriagado nos últimos 30 dias. Dos alunos que se embriagaram, revelam tê-lo feito em média 2,8 vezes nos últimos 30 dias. Não se verificou uma correlação positiva entre a embriaguez e o género ($r = 0,160$; $p < 0,292$). A curiosidade surge como o motivo predominante para o início do consumo (Tabela 4), e, tal como já foi referido (Tabela 3), foi a companhia dos pais (66,7%) e dos amigos (31,4%) a eleita para tal acontecer. A expectativa de diversão, influência de amigos, pais, outros familiares e influência de pais de amigos surgem com uma diminuta percentagem de respostas.

Analisados agora os principais contextos em que, os adolescentes incluídos na amostra, consomem álcool, tal como podemos verificar na tabela abaixo, cerca de 41,2 % afirmaram consumir álcool habitualmente em locais públicos e, cerca de 33,3% refere fazê-lo em bares, *pubs* e/ou discotecas. 27,5%

CONSUMO DE ÁLCOOL NA ADOLESCÊNCIA: O CONHECIMENTO ALIADO À SAÚDE

diz que o faz em casa, seguido de 23,5% que diz fazê-lo em casa de amigos. 21,6% aponta a casa de familiares como o local onde consome álcool, e 9,8% especificam outros locais, tais como, festas, feiras e restaurantes.

Consumo de álcool		n=51	
		n	%
Motivo do 1º consumo	Curiosidade	46	90,2
	Expetativa de diversão	1	2,0
	Influência de amigos	2	3,9
	Influência dos pais/familiares	2	3,9
Onde é que bebes álcool?	Em casa	14	27,5
	Num local público	21	41,2
	Casa de amigos	12	23,5
	Casa de familiares	11	21,6
	Bares, pubs, discotecas	17	33,3
	Outros locais	5	9,8

Tabela 4 – Motivo do 1º consumo / Local frequente de consumo

No que diz respeito aos dados obtidos no Questionário de Conhecimentos acerca do álcool, verificou-se uma média de 27 respostas corretas por aluno, o que equivale a 66% de respostas certas. Podemos assim afirmar, de acordo com o emitido no despacho normativo n.º 24-A/2012, Nº 236 de 6 de dezembro de 2012¹², que os conhecimentos dos quais os alunos são detentores correspondem numa escala qualitativa, a suficientes. Realizando uma análise relativamente ao número de respostas corretas de acordo com o género, pudemos concluir que não existe uma diferença significativa, verificando-se uma média de 25 respostas corretas por aluno do sexo masculino e 27 respostas corretas por aluno do sexo feminino.

Discussão de resultados

Apesar da prevalência do consumo de álcool pelos adolescentes ter vindo a declinar lentamente, conforme nos demonstra a evidência científica, esta é ainda uma realidade preocupante. Verificámos através da análise do perfil do comportamento de consumo de álcool dos adolescentes inquiridos, que somente 34,1% referiram nunca ter consumido álcool. Estes resultados vão ao encontro dos resultados do projeto “Conhecer Global Atuar Local” realizado na Região Alentejo¹³ no ano de 2014 com uma amostra de 1217 alunos do 7º e 9º ano de

escolaridade, no qual se constatou que 34,68% dos adolescentes inquiridos já tinham consumido bebidas alcoólicas alguma vez na vida.

A maioria dos alunos iniciou o consumo cerca dos 12/13 anos de idade, sendo a média da idade referida como aquela em que beberam a 1ª bebida alcoólica de 12,06 anos. Também, em 2011 é efetuado, no distrito de Beja, um estudo¹⁴ acerca do fenómeno do consumo de álcool entre jovens escolares, onde foi possível verificar que mais de 90% dos alunos inquiridos já teriam consumido álcool, com uma média de idades do 1º consumo de 12,7 anos. Confirma-se a premissa que, na maioria das vezes, é durante a adolescência que se inicia o consumo de álcool. A exposição das crianças ao álcool ocorre cada vez mais prematuramente, sendo este um dado relevante e inquietante. Dos adolescentes participantes no estudo, 56,9% teve o primeiro contacto com o álcool antes dos 13 anos de idade, seis dos quais referiram mesmo ter ingerido a primeira bebida alcoólica antes dos 10 anos. Estes dados vêm confirmar o já enunciado pela DGS⁴ no ano de 2015, onde podemos constatar que continua a haver um consumo bastante elevado de bebidas alcoólicas na adolescência, verificando-se uma idade de experimentação inferior aos 14 anos de idade.

Através da análise dos dados foi possível verificar-se que os rapazes iniciaram o consumo de álcool numa idade mais precoce e as raparigas numa fase mais tardia da sua vida. Contudo, embora as raparigas tenham iniciado o consumo de álcool mais tarde, ainda assim aconteceu numa idade demasiado jovem. Não se evidenciou uma associação positiva entre a frequência do consumo de álcool e o género ($r = -0,110$; $p < 0,330$). Também outros autores¹⁵ referem que ao longo de várias épocas, foram os indivíduos do sexo masculino os maiores consumidores de álcool, mas “nas últimas duas décadas, este predomínio tem-se vindo a atenuar de forma considerável e inclusivamente a desaparecer”. Outras das correlações que não se revelou significativa foi a associação entre o tipo de bebida eleita e o género.

Evidenciou-se uma associação positiva entre o consumo de álcool e a idade do aluno ($r = 0,342$; $p < 0,002$), sendo que os alunos mais velhos praticamente todos já experimentam ou consomem regularmente álcool e os alunos de idade inferior, muitos revelam nunca ter experimentado ou ter testado apenas uma vez. No que diz respeito às pessoas presentes na primeira experiência de consumo, a maioria dos adolescentes (66,7%) fê-lo na presença

de familiares e 31,4% dos amigos. Estes resultados vão de encontro com os de outros estudos realizados^{13,14,15,16}.

Ao examinar os locais ou pessoas através dos quais os estudantes mencionam obter álcool, identificámos que são os amigos quem a maior parte dos adolescentes referencia como sendo a pessoa através da qual consegue obter álcool (37,3%), seguido dos seus próprios pais (27,5%). No que concerne ao local mais referenciado surgem os bares, *pubs* e discotecas, com 21,6% das respostas dadas. Analisando a correlação entre o género e o local onde costumam consumir álcool, não se verificou a existência de uma interdependência entre as duas variáveis, sendo o local de consumo semelhante entre os dois sexos.

Diz a evidência científica que subsistem durante a adolescência determinadas características inerentes a esta etapa do ciclo vital que podem aumentar a vulnerabilidade para o consumo de bebidas alcoólicas. É comum a procura de novas experiências e sensações. A curiosidade aparece como o principal incentivo dos adolescentes a experimentar bebidas alcoólicas. São vários os estudos^{14,17} em que a curiosidade é o motivo predominante para o início do consumo. A adolescência é uma fase do ciclo vital propícia à adoção de comportamentos de risco, o que facilmente se confirma nos dados obtidos neste estudo, onde adolescentes de idade tão precoce já consomem álcool, assumindo assim um comportamento de risco. Para além deste fato, verificamos ainda, que na adolescência existe frequentemente uma ausência da perceção do risco a que nos expomos, pelo que um comportamento de risco facilmente conduz a outras condutas menos próprias e por vezes arriscadas. Verificou-se, ainda que em idades bem tenras, a presença de comportamentos de risco diretamente relacionados com o consumo de álcool, falamos assim da presença da embriaguez. Esta registou-se, nos últimos 30 dias anteriores ao preenchimento do questionário, em 6,10% dos alunos que referem já consumir bebidas alcoólicas. Não se registaram diferenças entre raparigas e rapazes ($r = -0,160$; $p < 0,292$). Os resultados obtidos identificam assim o consumo de álcool como um problema de saúde dos adolescentes, confirmando-se assim a presença de um problema de elevada magnitude nesta população específica.

Relativamente ao estudo dos conhecimentos que os estudantes possuem acerca do álcool é de referir que estes são detentores de poucos conhecimentos

no que concerne a esta temática. Sendo que, mais de metade da amostra apresenta noções errôneas, principalmente sobre os efeitos e consequências da ingestão de álcool no seu organismo e comportamento. Outros autores¹⁰ atestam estes resultados referindo que “a falta de conhecimentos acerca dos efeitos do álcool e o seu consumo durante a adolescência é preocupante uma vez que se pode traduzir em consequências nefastas no desenvolvimento e desempenho do adolescente, em particular devido à diminuição da percepção de risco, um importante fator de risco para o consumo de bebidas alcoólicas”.

Conclusão

A elaboração deste estudo acerca do consumo de álcool na adolescência, permitiu analisar o perfil do comportamento de consumo de álcool nos adolescentes de uma escola de Évora, assim como, quais os fatores que determinam esse comportamento. Foi ainda possível caracterizar os conhecimentos que os adolescentes detêm acerca do álcool, pelo que considero, assim, ter atingido os objetivos propostos.

Verificou-se uma elevada incidência de adolescentes entre a amostra que já consomem álcool, o que revela o uso precoce de álcool nesta faixa etária. Atendendo à célebre frase “as crianças são o futuro do nosso planeta”, torna-se urgente agir para atenuar este problema.

O consumo de álcool na adolescência constitui um desafio de saúde pública emergente para o qual é essencial arranjar uma resposta célere. As características inerentes à adolescência, a família, a escola, o ambiente envolvente, bem como todo um conjunto de outros determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida enquadram os principais fatores motivadores para o desenvolvimento desta realidade.

O álcool é a droga psicoativa mais consumida na maioria dos países e uma das principais drogas de eleição entre os adolescentes. Apesar da evidência científica referir que a prevalência do consumo de álcool pelos adolescentes vir a declinar lentamente ao longo do tempo, esta ainda é uma realidade preocupante. Continua a haver um consumo bastante elevado de bebidas alcoólicas na adolescência, sendo que este se verifica cada vez em idades mais precoces. Verificou-se que 65,4% dos adolescentes envolvidos já tinham iniciado

o consumo de álcool e alguns já o consomem de forma regular, sendo que a amostra é constituída por adolescentes entre os 13 e os 16 anos. A maioria dos estudantes iniciou o consumo cerca dos 12/13 anos de idade, sendo a média da idade referida como aquela em que beberam a 1ª bebida alcoólica de 12,06 anos.

Sendo o consumo de álcool na adolescência uma problemática importante, esta não é um problema isolado, sendo responsável não só pelo comprometimento do estado de saúde e bem-estar atual do adolescente, mas também pelo compromisso da sua saúde em idade adulta, com repercussões para o resto da sua vida. Associado ao consumo de álcool surgem todo um conjunto de consequências físicas, psicológicas, emocionais, sociais e comportamentais.

É fundamental que estes adolescentes adotem estilos de vida mais saudáveis e que encarem o consumo de álcool como um comportamento de risco. Verifica-se que são vários os determinantes comportamentais de saúde relacionados com o consumo de álcool nesta idade. A necessidade de sobressair ou chamar a atenção, leva muitas vezes os adolescentes a adotarem comportamentos de risco, assim como, a própria curiosidade que é tão característica desta fase do desenvolvimento humano os impele nessa direção. As situações mencionadas, aliadas muitas vezes à dinâmica familiar, ao próprio contexto dos grupos de amigos e da comunidade onde se insere, acabam por ter uma influência significativa sobre a adoção de comportamentos de risco associados ao álcool. Ainda que muitas vezes fique apenas pela primeira experiência, em alguns casos pode ser o início de um consumo mais regular, e por vezes mesmo excessivo. Todos estes determinantes, individuais, familiares, sociais e culturais, devem ser considerados no planeamento das estratégias de prevenção e promoção da saúde com vista à sua modificação, levando os adolescentes, famílias e comunidade a fazer escolhas que promovam mais a sua saúde e o seu bem-estar.

Para além do diagnóstico de saúde relativo ao consumo de álcool e determinantes que influenciam o seu consumo, este estudo permitiu ainda identificar como problemas: o défice de conhecimentos dos adolescentes relativos ao álcool e às consequências que advêm deste consumo. Apesar de já terem sido desenvolvidas várias políticas de diminuição do consumo e acesso a

bebidas alcoólicas por adolescentes, continuamos a assistir a um elevado consumo e a um fácil acesso a bebidas alcoólicas pelos adolescentes. É urgente que se controle o acesso dos adolescentes ao consumo de álcool, cumprindo as leis já implementadas. Torna-se assim essencial que se continue a produzir novos conhecimentos acerca desta temática a fim de melhorar a saúde dos nossos adolescentes e conseqüentemente da nossa população. A escola constitui um meio privilegiado para uma atuação precoce na prevenção do consumo de álcool, sendo que “a promoção da saúde baseada nos princípios das Escolas Promotoras da Saúde e numa metodologia de trabalho por projeto, tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar”¹⁸ e “desenvolve processos de ensino e aprendizagem que melhoram os resultados acadêmicos e contribui para elevar o nível de literacia para a saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa”¹⁸. É de extrema importância, a aproximação dos profissionais de saúde à comunidade educativa nesta fase do desenvolvimento humano, trazendo esta aproximação benefícios para os adolescentes e para todos nós, com ganhos de saúde e cidadania garantidos. Para além da intervenção em meio escolar, onde os profissionais de saúde representam um papel crucial, na aquisição de estilos de vida mais saudáveis e na prevenção da adoção de comportamentos de risco, surge ainda com extrema importância a sensibilização e consciencialização dos pais/família acerca desta realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paiva, P., Paiva, H., Lamounier, J., Ferreira, E., César, C. & Zarzar, P. (2015). Consumo de álcool em binge por adolescentes escolares de 12 anos de idade e sua associação com sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(11), 3427-3435. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413812320152011.18792014>
2. Cabral, L. (2004). Alcoolismo juvenil. *Revista Millenium*. 30. 172-188. Acedido a 02 de junho de 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/557>

3. WHO (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. WHO: Genebra, Suíça.
4. Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
5. SICAD (2016). Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Álcool. Lisboa: SICAD.
6. Souza, S., Ferriani, M., Silva, M., Gomes, R. & Souza, T. (2010). A representação do consumo de bebidas alcoólicas para adolescentes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 15(3), 733-741. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232010000300016>
7. WHO. (2017). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>
Acedido a 19/05/2017.
8. Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). Parecer N.º 14/2013 - Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Acedido em maio de 2017.
Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_14_2013_Plano_de_Saude_Escolar.pdf
9. Santos, M., Araújo, M., Silva, E., Pinto, M., Santos, N. & Santos, C. (2016). Percepção de adolescentes e jovens acerca da fisiopatologia do álcool e a influência desta sobre o consumo. Revista de enfermagem UFPE on line. 10(9), 3241-3250. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201608>
10. Barroso, T. (2012). Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool. Loures: Lusociência.

11. Rodrigues, C. (2013). Comportamentos de consumo em adolescentes: Estudo sobre comportamentos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas em adolescentes de escolas de Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Coimbra.
12. Despacho normativo n.º 24-A/2012 de 6 de dezembro (2012). Regulamentação da avaliação do Ensino Básico. Diário da República, 2.ª série, N.º 236 (6 de dezembro de 2012). 38904(4)- 38904-(12).
13. Lopes, M., Caldeira, E., Murteira, M., Leão, R. & Jesus, P. (2014). Conhecer Global Atuar Local. Trabalho apresentado em I Fórum Internacional de Violência e Maus-Tratos (FIVMT) e do VII Fórum Internacional de Saúde Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS), In Resumos do I Fórum Internacional de Violência e Maus-Tratos (FIVMT) e do VII Fórum Internacional de Saúde Envelhecimento e Representações Sociais (FISERS). Évora.
14. Tavares, T., Bonito, J. & Oliveira, M. (2013). O consumo de álcool pelos alunos do 9º ano de escolaridade no distrito de Beja: fatores determinantes. Journal of child and adolescent psychology. 4(1), 21-48. Acedido a 24 de maio de 2017.
Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/88>
15. Lourenço, R., Martins, L., Soares, M., Duarte, S. & Gomes, F. (2014). Consumo de álcool na adolescência: desafios de uma nova realidade. Acta Pediátrica Portuguesa. 45. 260-265. Acedido a 31/05/2017.
16. Ruiz, V. & Ramírez, L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. Enfermería Universitaria. 13(4), 239-245.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.10.001>

17. Neves, K., Teixeira, M. & Ferreira, M. (2015). Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 19(2), 286-291. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150038>

18. Direção Geral da Saúde [DGS] (2015b). Plano Nacional de Saúde – Saúde Escolar - 2015. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 22 de março de 2017. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_A GO.2015.pdf

APÊNDICE 19

Avaliação do projeto - Alunos

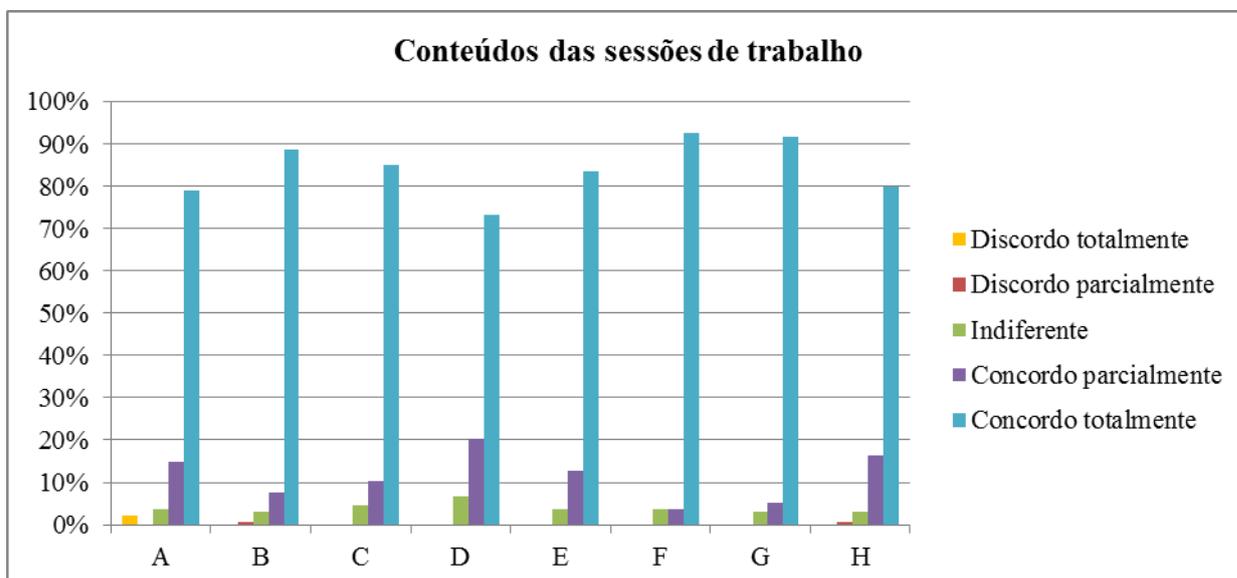


Gráfico 1 – Análise dos resultados questionário avaliação do projeto “Conteúdos sessões trabalho”

Legenda:

A - Os conteúdos apresentados são do meu interesse.

B - Os conteúdos apresentados são atuais.

C - Compreendi os conteúdos apresentados.

D - Adquiri novos conhecimentos.

E - Os conhecimentos adquiridos tem aplicação futura.

F - O projeto "Aprende, pensa e decide" é importante.

G - Estas iniciativas são importantes na escola.

H - Contribuiu para melhorar atitudes.

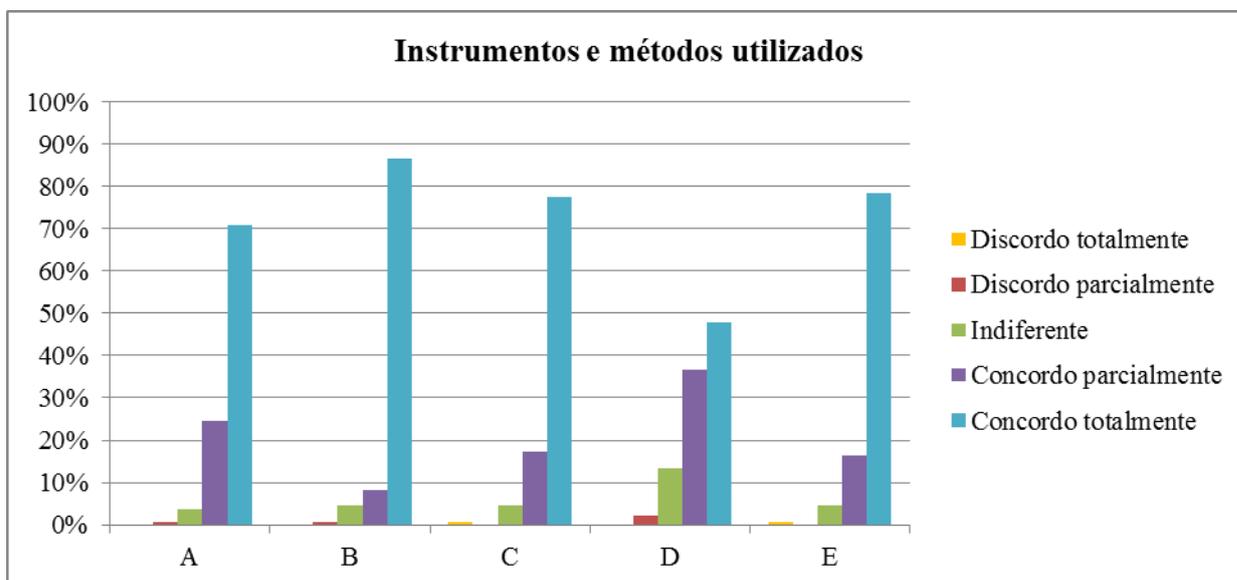


Gráfico 2 – Análise dos resultados questionário avaliação do projeto “Instrumentos e métodos utilizados”

Legenda:

A - Foi importante conhecer os resultados dos questionários.

B - O Kahoot é um modo de aprender divertido.

C - Os métodos utilizados nas sessões são motivadores.

D - A página de Facebook do projeto é interessante.

E - Gostava de continuar com este projeto.

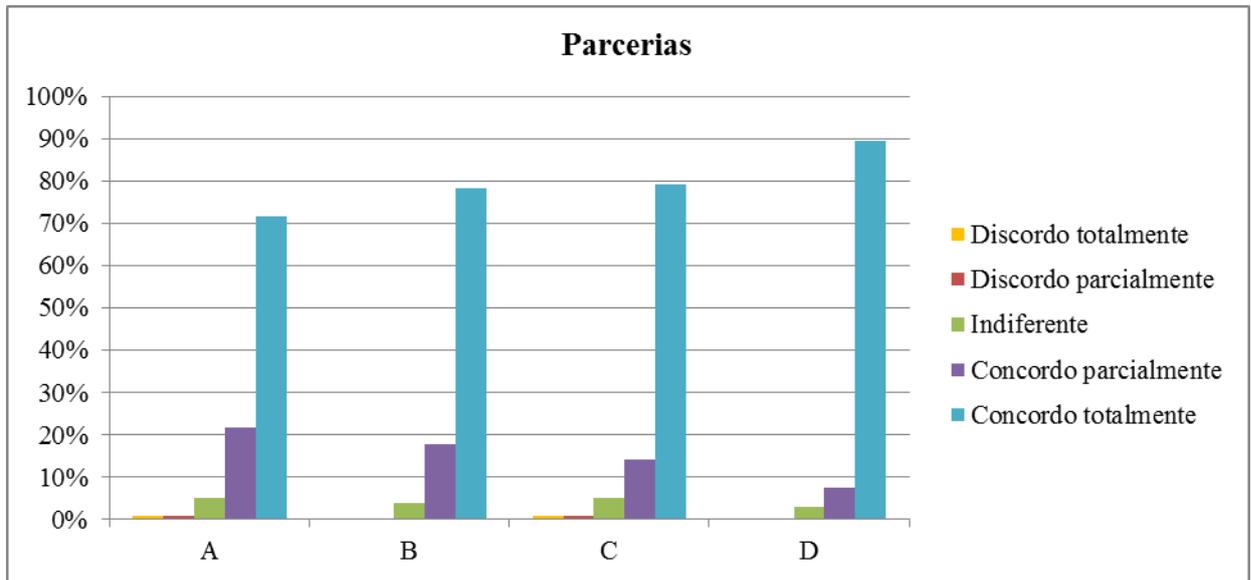


Gráfico 3 – Análise dos resultados questionário avaliação do projeto “Parcerias”

Legenda:

A - A participação da PSP foi interessante.

B - As atividades realizadas pela GARE foram divertidas.

C - A cooperação da escola foi importante.

D - A ligação da saúde à educação é importante.