

Literacia em saúde e o álcool

Mudança de comportamentos,
prevenção do consumo, promoção
da saúde ao longo do ciclo de vida

Este livro digital resulta do trabalho de profissionais da Pós-Graduação em Literacia em saúde na prática, ISPA, com a chancela da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. Os conteúdos são da responsabilidade dos autores, com a validação dos Diretores da PGLS ISPA.

Parabenizamos todos os autores pela capacidade de refletirem de forma assertiva, clara e positiva para a construção de caminhos nesta temática sobre o consumo de álcool, que traz, sem dúvida, mais consciência sobre este fator de grande impacto na vida de tantas pessoas.

Cristina Vaz de Almeida e Carlos Lopes

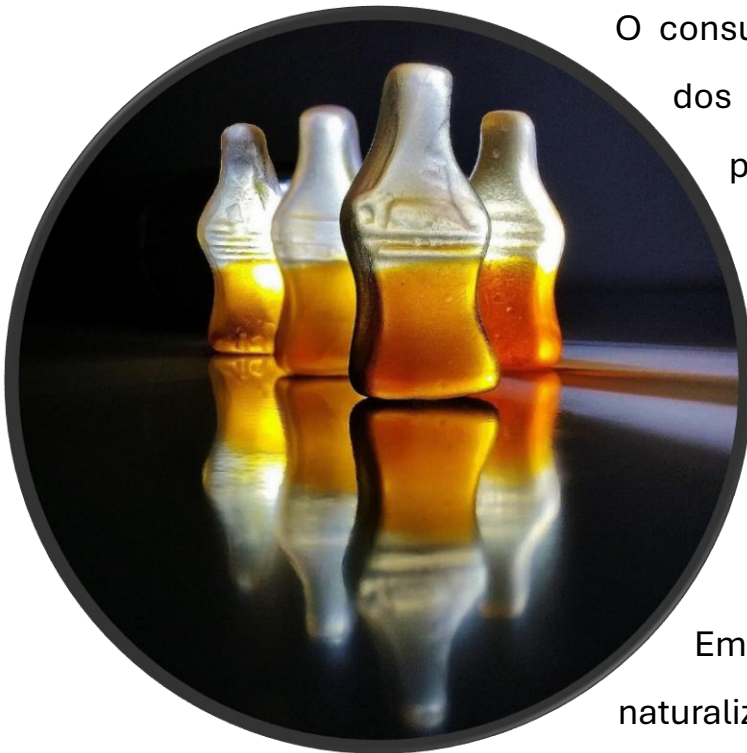
2026

Introdução

Cristina Vaz de Almeida, PhD, Diretor Pós-Graduação Literacia em saúde, ISPA

Carlos Lopes, PhD, Diretor Pós-Graduação Literacia em saúde, ISPS

3



O consumo de álcool permanece um dos desafios mais complexos e persistentes da saúde pública contemporânea, pela sua transversalidade social, cultural, económica e clínica, e pelo impacto que exerce ao longo de todo o ciclo de vida.

Embora frequentemente naturalizado em contextos familiares, recreativos, laborais e comunitários, o álcool associa-se a mortalidade evitável, doenças crónicas, sofrimento psicológico, acidentes rodoviários, violência, absentismo, perda de produtividade, fragilidade familiar e agravamento das desigualdades sociais.

Esta amplitude de consequências exige que a prevenção deixe de ser entendida como uma intervenção pontual ou meramente informativa,

passando a constituir uma estratégia contínua, integrada, intersectorial e sustentada em evidência científica.

A redução dos danos associados ao álcool não pode depender apenas da transmissão de conhecimento.

A informação é necessária, mas não suficiente.

Os comportamentos de consumo são influenciados por normas sociais permissivas, pressão de pares, disponibilidade física e económica das bebidas alcoólicas, publicidade, crenças culturais, sofrimento emocional, desigualdades, contextos recreativos e oportunidades reais de escolha. Por isso, a promoção da saúde e da literacia em saúde deve articular-se com políticas públicas, ambientes protetores, rastreio sistemático, intervenção breve, apoio familiar, participação comunitária e respostas clínicas acessíveis.

A prevenção eficaz deve ser pensada numa perspetiva de ciclo de vida.

Na infância, importa fortalecer competências emocionais, autocuidado, pensamento crítico e ambientes familiares protetores. Na adolescência, torna-se essencial atrasar a iniciação, reduzir o consumo episódico excessivo, contrariar normas sociais permissivas e envolver os jovens como protagonistas das mensagens e das soluções.

Nos jovens adultos, a prioridade centra-se nos contextos universitários, laborais iniciais, festivais, vida noturna, condução, saúde mental e violência associada ao consumo. Na idade adulta, a abordagem deve integrar os cuidados de saúde primários, a saúde ocupacional, as farmácias comunitárias, os municípios e as organizações locais.

Na gravidez, a mensagem de saúde pública deve ser clara e não culpabilizante: a opção mais segura é não consumir álcool. Na população idosa e nas pessoas com doença crónica, a prevenção requer atenção à polimedicação, quedas, solidão, alterações metabólicas, dor, saúde mental e interação com tratamentos.

A literacia em saúde surge, neste enquadramento, como eixo estruturante da mudança.

O seu papel não é apenas informar sobre riscos, mas transformar informação em compreensão, compreensão em decisão e decisão em ação protetora. Para tal, é necessário capacitar pessoas, famílias, profissionais, comunidades e instituições para acederem a informação credível, compreenderem os riscos, avaliarem criticamente mitos e mensagens comerciais, tomarem decisões ajustadas ao seu contexto e navegarem serviços de apoio. Uma abordagem de literacia em saúde aplicada ao álcool deve ser clara, positiva, culturalmente adequada, não moralista e orientada para soluções concretas.

Este livro propõe, assim, um conjunto de boas práticas para a prevenção do consumo de álcool, mudança comportamental e promoção da literacia em saúde ao longo do ciclo de vida.

Defende-se uma estratégia multidimensional, multiprofissional, multidomínio, assente em políticas públicas efetivas, comunicação clara, rastreio e intervenção breve, programas escolares continuados, envolvimento parental, ambientes saudáveis, ferramentas digitais, formação de profissionais e avaliação sistemática. A finalidade última é construir ecossistemas sociais e institucionais onde a escolha saudável seja mais compreensível, possível, valorizada e apoiada.

Introduction

Cristina Vaz de Almeida, PhD, Director of the Postgraduate Program in Health Literacy, ISPA

Carlos Lopes, PhD, Director of the Postgraduate Program in Health Literacy, ISPA

7

Alcohol consumption remains one of the most complex and persistent challenges in contemporary public health, due to its social, cultural, economic and clinical reach, and to its impact throughout the life course.

Although alcohol is often normalized in family, recreational, occupational and community settings, it is associated with preventable mortality, chronic disease, psychological distress, road accidents, violence, absenteeism, loss of productivity, family vulnerability and the worsening of social inequalities. This broad range of consequences requires prevention to move beyond isolated or merely informational action and to become a continuous, integrated, intersectoral strategy grounded in scientific evidence.



This book is based on the premise that reducing alcohol-related harm cannot rely solely on the transmission of knowledge. Information is necessary, but not sufficient.

Drinking behaviors are shaped by permissive social norms, peer pressure, the physical and economic availability of alcoholic beverages, advertising, cultural beliefs, emotional distress, inequalities, recreational contexts and people's real opportunities to choose differently.

For this reason, health promotion and health literacy must be linked to public policies, protective environments, systematic screening, brief intervention, family support, community participation and accessible clinical responses.

Effective prevention should be framed from a life-course perspective.

In childhood, the focus should be on strengthening emotional skills, self-care, critical thinking and protective family environments. In adolescence, it is essential to delay initiation, reduce heavy episodic drinking, challenge permissive social norms and involve young people as protagonists in the design of messages and solutions.

Among young adults, priority should be given to university settings, early working life, festivals, nightlife, driving, mental health and alcohol-related violence.

In adulthood, prevention should be integrated into primary health care, occupational health, community pharmacies, municipalities and local organizations.

During pregnancy, the public health message must be clear and non-blaming: the safest option is not to consume alcohol. Among older people and those living with chronic disease, prevention requires attention to polypharmacy, falls, loneliness, metabolic changes, pain, mental health and interactions with treatment.

Health literacy therefore emerges as a central axis of change. Its role is not only to inform people about risks, but to transform information into understanding, understanding into decision-making and decision-making into protective action.

This requires enabling individuals, families, professionals, communities and institutions to access reliable information, understand risks, critically assess myths and commercial messages, make decisions appropriate to their context and navigate support services. A health literacy approach to alcohol prevention must be clear, positive, culturally appropriate, non-moralistic and oriented towards practical solutions.

This book therefore proposes a set of good practices for preventing alcohol consumption, supporting behavioral change and promoting health literacy throughout the life course. It advocates a multicomponent strategy based on effective public policies, clear

communication, screening and brief intervention, sustained school-based programs, parental involvement, healthy environments, digital tools, professional training and systematic evaluation. Its aim is to build social and institutional ecosystems in which healthier choices become more understandable, possible, valued and supported.



Capítulo 1

Boas práticas para a prevenção do consumo de álcool, mudança de comportamentos e promoção da literacia em saúde ao longo do ciclo de vida

11

Cristina Vaz de Almeida, Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde, Diretora da Pós-Graduação em Literacia em Saúde, ISPA



1. Enquadramento O consumo de álcool continua a ser um problema relevante de saúde pública, com impacto na mortalidade evitável, doenças crónicas, saúde mental, acidentes rodoviários, violência, absentismo laboral, produtividade, segurança familiar e desigualdades sociais.

A Organização Mundial da Saúde identifica o pacote SAFER como uma síntese das intervenções mais custo-efetivas para reduzir danos associados ao álcool: restringir a disponibilidade, reforçar medidas contra a condução sob efeito de álcool, facilitar rastreio, intervenção breve e tratamento, aplicar proibições ou restrições à publicidade e aumentar preços através de impostos especiais sobre bebidas alcoólicas (OMS, 2025)

Em Portugal, o álcool é reconhecido como a substância psicoativa mais consumida, transversal a grupos etários, género, regiões e classes sociais, embora os padrões de consumo variem entre segmentos populacionais.

O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030 constitui o principal enquadramento estratégico nacional, com uma abordagem intersectorial, participativa e orientada para a redução de riscos, prevenção, tratamento, reinserção e proteção.

A evidência recente em Portugal mostra sinais positivos entre adolescentes, mas também alerta para riscos persistentes. O estudo ECATD-CAD 2024 indica uma descida clara do consumo de álcool e de comportamentos de risco acrescido, como consumo *binge* e embriaguez severa, entre 2015, 2019 e 2024; contudo, essa descida não é homogénea por sexo, tendo sido menos acentuada entre raparigas ². No contexto europeu, os dados ESPAD 2024 mostram uma descida do

consumo ao longo de 30 anos, mas confirmam que o álcool permanece amplamente usado entre jovens de 15-16 anos.

Os homens apresentam maiores prevalências de consumo de risco elevado/nocivo (5,1%) e dependência (2,2%) do que as mulheres (respetivamente 1,2% e 0,1%), e na faixa dos 25-34 anos há maior prevalência de consumo de risco elevado/nocivo enquanto os de 45-54 anos mostram maior prevalência de dependência (ICAD, 2024, p. 17)

Estes dados justificam uma estratégia de prevenção contínua, não episódica, adequada ao ciclo de vida e apoiada em literacia em saúde.



2. Princípios orientadores

A prevenção eficaz do consumo de álcool não deve assentar apenas na transmissão de informação.

A literatura mostra que o conhecimento isolado raramente é suficiente para alterar comportamentos quando existem normas sociais permissivas, pressão de pares, marketing agressivo, fácil disponibilidade, baixo preço relativo, baixa perceção de risco ou

sofrimento emocional. Assim, uma boa prática deve combinar literacia em saúde, mudança comportamental, regulação ambiental e apoio clínico-comunitário.

A abordagem deve integrar cinco princípios.

Primeiro, uma perspetiva de ciclo de vida, porque os determinantes do consumo são diferentes na infância, adolescência, juventude, idade adulta, gravidez, parentalidade, envelhecimento e situações de doença crónica.

Segundo, uma lógica de proporcionalidade universal: ações universais para toda a população, ações seletivas para grupos de maior vulnerabilidade e ações indicadas para pessoas com consumo de risco, consumo nocivo ou dependência.

Terceiro, comunicação clara, culturalmente adequada e não moralista.

Quarto, intervenção multidimensional, multifatorial, multiprofissional e interdisciplinar, combinando escola, família, cuidados de saúde, comunidade, locais de trabalho, municípios, comunicação social e políticas públicas.

Quinto, avaliação sistemática, com indicadores de processo, resultado e impacto.

3. Estratégias eficazes identificadas na literatura

As estratégias com maior robustez científica situam-se em dois níveis: políticas populacionais e intervenções comportamentais dirigidas.

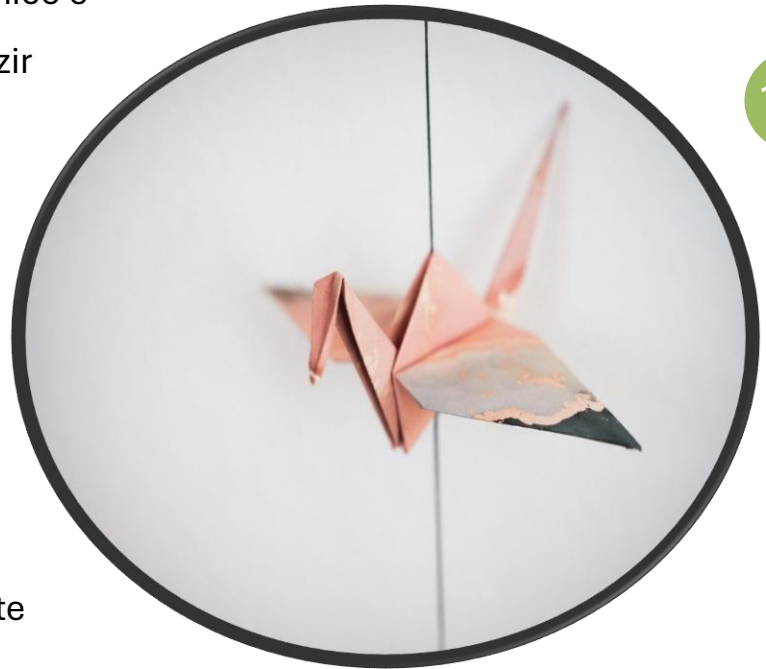
Ao nível populacional, a evidência internacional favorece medidas estruturais como preço mínimo ou aumento de impostos, restrição da disponibilidade física e temporal, fiscalização da venda a menores, redução da densidade de pontos de venda, controlo da publicidade e medidas rigorosas contra condução sob efeito de álcool. A OCDE defende que políticas combinadas contra o consumo nocivo são mais eficazes do que medidas isoladas e podem gerar ganhos em saúde, produtividade e sustentabilidade dos sistemas de saúde (OCDE, 2021).

Ao nível individual e comunitário, a evidência apoia o rastreio e intervenção breve, particularmente nos cuidados de saúde primários, quando se usam instrumentos validados, como o AUDIT, e aconselhamento breve, estruturado e centrado na pessoa.

A OMS considera o AUDIT um instrumento útil para identificar consumo excessivo, consumo nocivo e sinais de dependência, permitindo orientar intervenções breves ou encaminhamento especializado ². A evidência sobre intervenções breves é globalmente favorável em adultos, embora investigações recentes recomendem uma evolução para intervenções mais contextualizadas, relacionais e integradas em políticas de álcool mais amplas, e não apenas centradas na autorregulação individual (OCDE, 2018; OMS, 2025)

Organização Mundial da Saúde

As intervenções digitais de rastreio e intervenção breve também têm suporte empírico. A *Community Preventive Services Task Force* recomenda o rastreio eletrónico e intervenção breve para reduzir consumo excessivo autorreportado e problemas relacionados com álcool, usando computadores, telemóveis ou outros dispositivos digitais. Esta abordagem é particularmente relevante para jovens adultos, estudantes universitários, trabalhadores e populações que podem preferir ferramentas anónimas, flexíveis e de baixo limiar de acesso.



No contexto escolar, a evidência é mais heterogénea. Programas universais baseados apenas em palestras informativas tendem a ter impacto limitado. As melhores práticas incluem programas continuados, interativos, baseados em competências socioemocionais, resistência à pressão de pares, tomada de decisão, pensamento crítico sobre marketing, perceção normativa correta, resolução de problemas e envolvimento de pares.

Revisões Cochrane (Minozzi et al., 2024), indicam que alguns programas escolares, familiares ou multicomponentes podem reduzir o uso indevido de álcool em jovens, embora os resultados devam ser interpretados com cautela devido à variabilidade dos programas e dos contextos. As intervenções familiares mostram efeitos pequenos, por vezes inconsistentes, mas potencialmente relevantes quando promovem comunicação parental, supervisão, regras claras e vínculo afetivo.

4. Boas práticas ao longo do ciclo de vida

Na infância, a prevenção deve ser indireta, centrada em ambientes protetores, competências emocionais, vinculação segura, rotinas familiares, modelos parentais e redução da exposição precoce à normalização do álcool. Não se trata de falar de álcool como se a criança fosse consumidora potencial, mas de construir competências de saúde, autocuidado, autorregulação, pedido de ajuda, pensamento crítico e segurança. Boas práticas incluem histórias, jogos, atividades artísticas, educação emocional, promoção de sono, alimentação, movimento e relações saudáveis. A literacia em saúde nesta fase deve ser simples, concreta, visual e experiencial.

Na adolescência, a prioridade é atrasar a iniciação, reduzir o consumo episódico excessivo, prevenir embriaguez, proteger o desenvolvimento cerebral e contrariar normas sociais permissivas.

A investigação do NIAAA (2025) salienta que a adolescência é uma fase de elevada sensibilidade a recompensa, stress e comportamentos de risco, podendo o álcool comprometer tomada de decisão, controlo de impulsos e perceção de perigo. As boas práticas devem incluir programas escolares interativos, participação juvenil, educação entre pares, envolvimento parental, treino de competências de recusa, discussão crítica sobre publicidade e redes sociais, e criação de alternativas recreativas sem álcool. As ações devem evitar mensagens moralistas ou alarmistas; é preferível usar comunicação assertiva, clara, positiva e baseada em cenários reais.



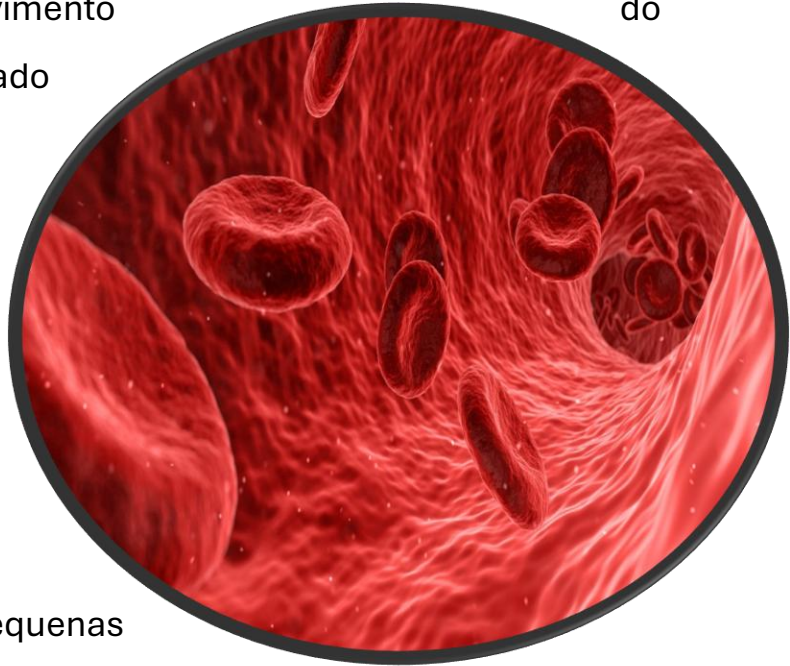
Nos jovens adultos, sobretudo em contexto universitário, laboral inicial, vida noturna e festivais, a prevenção deve atuar sobre consumo *binge*, pressão de pares, celebração associada ao álcool, condução sob efeito de álcool, violência sexual, saúde mental e desempenho académico ou profissional.

Boas práticas incluem rastreio digital anónimo, feedback personalizado, campanhas de normas sociais, formação de staff em bares e eventos, transporte seguro, ambientes recreativos saudáveis, oferta visível de bebidas sem álcool, políticas institucionais em universidades e integração da literacia em saúde em programas de acolhimento. A comunicação deve trabalhar a autonomia, a identidade, a responsabilidade e a capacidade de escolha informada.

Na idade adulta, a prevenção deve integrar os cuidados de saúde primários, medicina do trabalho, farmácias comunitárias, municípios, empresas e associações locais. O rastreio breve deve ser normalizado como se normaliza a avaliação da pressão arterial ou do colesterol.

O CDC descreve o *Alcohol Screening and Brief Intervention* como um serviço preventivo que identifica padrões de consumo excessivo e oferece aconselhamento comportamental breve, com encaminhamento quando necessário. Boas práticas incluem uso de AUDIT-C ou AUDIT, aconselhamento motivacional, definição de metas realistas, redução gradual quando adequada, identificação de gatilhos, apoio social, referência para tratamento especializado e integração com saúde mental.

Na gravidez, preconcepção e parentalidade, a orientação de saúde pública deve ser inequívoca: a opção mais segura é não consumir álcool durante a gravidez ou quando se está a tentar engravidar. A intervenção deve ser feita sem julgamento, com comunicação clara, apoio à mudança, envolvimento do parceiro quando apropriado e articulação com cuidados materno-infantis. A literacia em saúde deve explicar que o risco não se limita ao consumo pesado; deve também clarificar mitos sobre “pequenas quantidades seguras”, respeitando a autonomia da mulher e oferecendo apoio concreto.



Na população idosa, a prevenção deve considerar solidão, luto, reforma, dor crónica, polimedicação, alterações do metabolismo, risco de quedas, interação com medicamentos, défice cognitivo, depressão e isolamento social. O álcool pode ter efeitos mais intensos com o envelhecimento, mesmo em quantidades anteriormente toleradas. Boas práticas incluem rastreio sensível nos cuidados de saúde, farmácias e respostas comunitárias; revisão terapêutica; grupos de apoio; prescrição social; atividades culturais, físicas e intergeracionais;

e comunicação não estigmatizante. A intervenção breve em pessoas mais velhas é aceitável quando realizada com respeito, privacidade e linguagem adequada, embora a implementação em contextos comunitários exija atenção à confiança e à relação

Em pessoas com doença crônica, cancro, doença hepática, hipertensão, diabetes, depressão, ansiedade ou uso de medicação regular, a prevenção deve ser clínica e personalizada. O álcool deve ser abordado como fator de risco modificável, sem culpabilização. A literacia em saúde deve ligar o consumo aos objetivos que a pessoa valoriza: dormir melhor, controlar a pressão arterial, reduzir quedas, proteger o fígado, melhorar humor, diminuir conflitos, poupar dinheiro, melhorar desempenho e aumentar autonomia.

5. Intervenções de maior valor prático

Uma boa estratégia nacional, regional ou municipal deve incluir um conjunto coerente de intervenções.

Primeiro, rastreio sistemático e intervenção breve em cuidados de saúde primários, urgências, saúde ocupacional, consultas de saúde mental, farmácias e contextos comunitários. O rastreio deve ser universal, discreto e integrado na rotina, para reduzir estigma. A intervenção deve incluir feedback personalizado, comparação com limites de risco, exploração de ambivalência, definição de objetivos e seguimento.

Segundo, programas escolares continuados de literacia em saúde e competências de vida. Devem incluir conhecimento sobre álcool, mas sobretudo tomada de decisão, regulação emocional, comunicação assertiva, pressão de pares, sono, saúde mental, sexualidade, segurança rodoviária, redes sociais, publicidade e cidadania. Os jovens devem participar na criação das

mensagens, porque a participação aumenta relevância, pertença e eficácia comunicacional.

Terceiro, envolvimento parental e familiar. As famílias devem receber ferramentas simples: como falar sobre álcool, como estabelecer regras, como responder a festas, como negociar horários, como reconhecer sinais de risco,

como comunicar sem humilhar e como pedir ajuda. O objetivo não é vigilância punitiva, mas supervisão afetiva e limites claros.

Quarto, políticas de ambientes saudáveis. Municípios, escolas, universidades, empresas e organizações comunitárias devem criar ambientes onde a escolha saudável seja mais fácil. Isto inclui eventos sem álcool ou com alternativas atrativas, controlo de venda a menores,



redução de publicidade em espaços frequentados por crianças e jovens, formação de profissionais de restauração e vida noturna, segurança rodoviária e transporte alternativo.

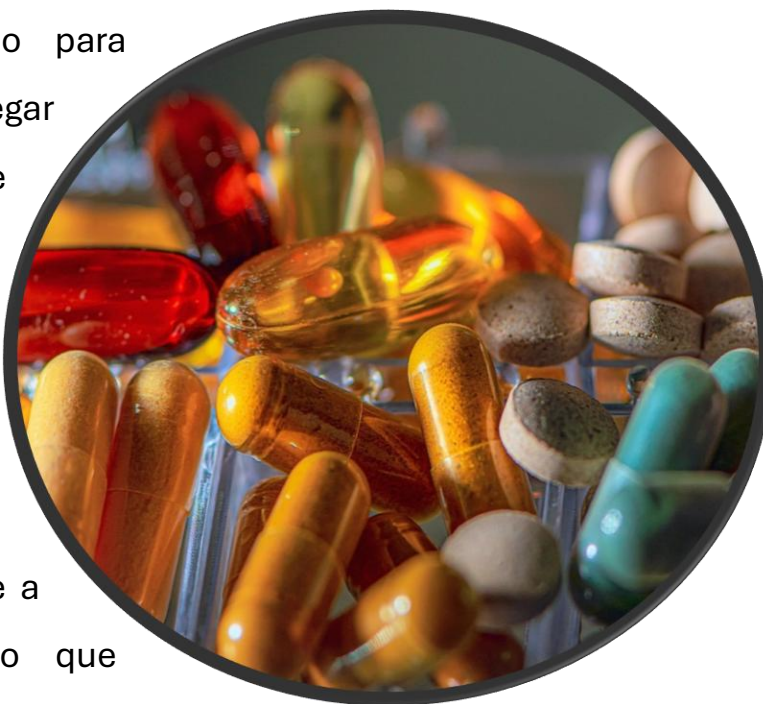
Quinto, campanhas de comunicação em literacia em saúde. As campanhas devem ser segmentadas por idade, género, contexto social e motivação. Devem usar linguagem clara, imagens compreensíveis, mensagens curtas, narrativas reais, dados simples e chamadas à ação. É mais eficaz dizer “Conheça o seu padrão de consumo e fale com um profissional” do que “O álcool mata”, quando o objetivo é mobilizar pessoas que ainda não reconhecem risco.

Sexto, intervenção digital. Ferramentas digitais podem oferecer autoavaliação, feedback personalizado, lembretes, diários de consumo, cálculo de unidades de álcool, metas de redução, mensagens motivacionais e encaminhamento para ajuda. Devem ser acessíveis, seguras, inclusivas, com linguagem simples e proteção de dados.

Sétimo, formação dos profissionais. Médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, professores, técnicos municipais, mediadores comunitários e profissionais de juventude devem ser capacitados em literacia em saúde, entrevista motivacional, comunicação não estigmatizante, deteção precoce, referência e abordagem culturalmente competente.

6. Literacia em saúde como eixo central

A literacia em saúde aplicada à prevenção do álcool deve desenvolver cinco competências: aceder a informação credível; compreender riscos e benefícios; avaliar criticamente normas sociais, publicidade e mitos; usar informação para tomar decisões; e navegar serviços de apoio. Deve também desenvolver motivação, autoeficácia e oportunidade, porque a mudança não depende apenas do que a pessoa sabe, mas do que consegue fazer no seu contexto real.



A comunicação deve seguir princípios de clareza, positividade e utilidade prática. Devem evitar-se expressões ambíguas como “beba com moderação”, porque muitas pessoas não sabem o que significa moderação, nem conseguem traduzir a mensagem em decisões concretas. É preferível usar exemplos: número de bebidas, situações de maior risco, estratégias para recusar, alternativas sem álcool, formas de pedir ajuda e sinais de alerta.

A literacia em saúde deve também combater a desinformação como este tipo de afirmações ou crenças: “vinho todos os dias faz bem ao coração”, “cerveja não conta”, “só é problema se houver dependência”, “os jovens precisam de aprender a beber”, “álcool ajuda a dormir”, “pouco álcool na gravidez não faz mal”. Estas crenças devem ser trabalhadas com respeito, evidência e exemplos próximos da vida quotidiana.

7. Modelo operacional recomendado

Recomenda-se no processo de prevenção de doença (adição) e promoção de saúde um modelo em seis fases.

A primeira fase é diagnóstico local: mapear padrões de consumo, grupos vulneráveis, locais de maior exposição, idade de iniciação, consumo *binge*, acidentes, ocorrências escolares, absentismo, violência, quedas, problemas familiares e procura de cuidados.

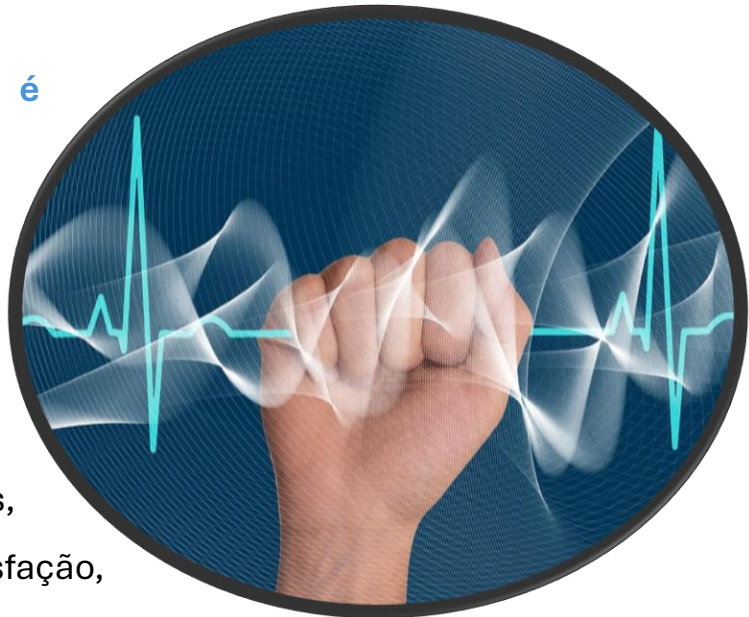
A segunda fase é segmentação por ciclo de vida: crianças, adolescentes, jovens adultos, adultos, grávidas, famílias, pessoas idosas, trabalhadores, pessoas com doença crónica, migrantes e grupos em vulnerabilidade social.

A terceira fase é cocriação: envolver jovens, famílias, profissionais, municípios, escolas, universidades, associações, farmácias, cuidados de saúde primários, forças de segurança, setor social e pessoas com experiência vivida.

A quarta fase é implementação multicomponente: educação, comunicação, rastreio, intervenção breve, ambientes saudáveis, políticas organizacionais e encaminhamento.

A quinta fase é

monitorização: número de pessoas abrangidas, profissionais formados, rastreios realizados, encaminhamentos, materiais distribuídos, sessões efetuadas, satisfação, compreensão das mensagens e intenção de mudança.



26

A sexta fase é avaliação de

impacto: idade média de iniciação, consumo nos últimos 30 dias, episódios de *binge*, embriaguez, condução sob efeito de álcool, quedas, acidentes, absentismo, pedidos de ajuda, adesão a tratamento e redução de desigualdades.

8. Indicadores recomendados

Os indicadores de processo devem incluir número de sessões, participantes, escolas, famílias, profissionais capacitados, materiais produzidos, visualizações digitais, rastreios realizados e encaminhamentos efetuados.

Os indicadores de resultado devem incluir aumento do conhecimento, perceção de risco, autoeficácia para recusar álcool,

intenção de reduzir consumo, conhecimento de serviços de apoio, redução de mitos, melhoria da comunicação familiar e aumento da capacidade de pedir ajuda.

Os indicadores de impacto devem incluir redução do consumo, adiamento da idade de iniciação, redução de embriaguez, menor consumo em menores, redução de condução sob efeito de álcool, diminuição de quedas em idosos, melhoria de indicadores de saúde mental, menor absentismo e maior procura precoce de apoio.

9. Mensagens-chave para campanhas

Para adolescentes: “Ter voz é também saber dizer não quando a escolha não é tua.”. Saber que há muitos jovens da minha idade que não bebem. Compreender que há muitos que não o fazem para serem mais saudáveis – pela forma construtiva de comportamentos (tipo *nudge*).

- Para jovens adultos: “Diversão não precisa de excesso”; “Escolher também é poder.”
- Para famílias: “Falar cedo, ouvir melhor e definir limites protege mais do que proibir em silêncio.”
- Para adultos: “Conhecer o seu padrão de consumo é um ato de saúde, não um julgamento.”

- Para grávidas: “Na gravidez, a escolha mais segura é zero álcool para a saúde minha e do bebé.”
- Para pessoas idosas: “Com a idade, o álcool pesa mais no corpo e a saúde é tao importante para as pequenas coisas Fale com o seu profissional de saúde.”
- Para profissionais: “Perguntar sobre álcool é prevenção. Perguntar bem é literacia em saúde.”



10. Conclusão

A prevenção do consumo de álcool exige uma abordagem integrada, científica e humanizada. As ações mais eficazes combinam políticas públicas, ambientes protetores, literacia em saúde, rastreio, intervenção breve, apoio familiar, participação comunitária e acompanhamento clínico quando necessário. A mudança sustentável não resulta de mensagens isoladas, mas de ecossistemas que tornam a escolha saudável mais compreensível, possível, valorizada e socialmente apoiada.

Em síntese, as boas práticas devem atuar cedo, acompanhar o ciclo de vida, proteger os mais vulneráveis, evitar moralização, capacitar profissionais, envolver comunidades e medir resultados. A literacia em saúde é o eixo que transforma informação em compreensão, compreensão em decisão e decisão em ação protetora.

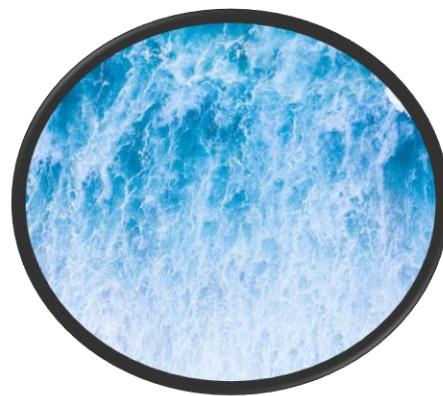
Referências

- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Alcohol screening and brief intervention*. <https://www.cdc.gov/alcohol-pregnancy/hcp/alcoholsbi/index.html>
- Community Preventive Services Task Force. (2024). *Alcohol excessive consumption: Electronic screening and brief interventions (e-SBI). The community guide*. <https://www.thecommunityguide.org/findings/alcohol-excessive-consumption-electronic-screening-and-brief-interventions-e-sbi.html>
- European Union Drugs Agency. (2025). *Key findings from the 2024: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings_en
- Gilligan, C., Wolfenden, L., Foxcroft, D. R., Williams, A. J., Kingsland, M., Hodder, R. K., Stockings, E., McFadyen, T. R., Tindall, J., Sherker, S., Rae, J., & Wiggers, J. (2019). Family-based prevention programmes for alcohol use in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Article CD012287*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012287.pub2>
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2024). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030 — PNRCAD 2030*. ICAD. <https://www.icad.pt/Page/GetDocument/583>

- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2025). *ECATD-CAD: Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências: Portugal 2024*. ICAD. https://www.euda.europa.eu/system/files/documents/2025-07/espada_pt_2024.pdf
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2025). *Comportamentos aditivos aos 18 anos: Consumo de substâncias psicoativas em 2024*. <https://www.icad.pt/NewsArticle/Article/302>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAA]. (2025). *Alcohol and the adolescent brain*. National Institutes of Health. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/alcohol-and-adolescent-brain>
- O'Donnell, A., Anderson, P., Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., & Kaner, E. (2013). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism*, 49(1), 66–78. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>
- OCDE (2021). *Preventing harmful alcohol use*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>
- OCDE. (2025). *Health at a glance 2025: Alcohol consumption*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/full-report/alcohol-consumption_f009f222.html
- Stewart, D., Newbury-Birch, D., & McCambridge, J. (2024). Brief interventions 2.0: A new agenda for alcohol policy, practice and research. *Globalization and Health*, 20, Article 26. <https://doi.org/10.1186/s12992-024-01031-1>
- Tansil, K. A., Esser, M. B., Sandhu, P., Reynolds, J. A., Elder, R. W., Williamson, R. S., Chattopadhyay, S. K., Bohm, M. K., Brewer, R. D., Toomey, T. L., Hingson, R. W., & Fielding, J. E. (2016). Alcohol electronic screening and brief intervention: A Community Guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(5), 801–811. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.013>

WHO. (2018). *SAFER: A world free from alcohol related harm*. <https://www.who.int/initiatives/SAFER>

WHO. (2024). *Screening and brief intervention for alcohol problems in primary health care*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/our-activities/screening-and-brief-intervention-for-alcohol-problems-in-primary-health-care>



Síntese das principais alterações sobre o álcool — Relatório ICAD 2023

Segundo o ICAD, I.P., apesar de se observar **um aumento da abstinência face a 2017**, a evolução global dos indicadores associados ao álcool **não foi favorável**.

A maioria dos indicadores não melhorou e vários agravaram-se, sobretudo os relacionados com o início precoce do consumo, a prevalência de consumo recente e atual, a embriaguez severa, o consumo de risco elevado ou nocivo e a dependência (ICAD, I.P., 2025).

As principais alterações são as seguintes:

1. **Aumento da abstinência face a 2017**, mas sem melhoria global consistente nos restantes indicadores.

2. **Agravamento das idades de início do consumo**, o que sugere maior vulnerabilidade preventiva nas fases mais jovens do ciclo de vida.
3. **Aumento das prevalências de consumo recente e atual**, contrariando uma trajetória de melhoria sustentada.
4. **Agravamento da embriaguez severa**, com particular preocupação entre os jovens de 18 anos, embora neste grupo tenha existido descida do consumo recente e atual em 2023.
5. **Valores de embriaguez severa nos jovens de 18 anos entre os mais elevados desde 2015**, especialmente nos dois últimos anos analisados.
6. **Aumento relevante dos problemas relacionados com o consumo de álcool nos últimos três anos**, quando comparados com o período pré-pandemia.
7. **Evolução menos positiva no grupo feminino**, o que indica necessidade de estratégias de prevenção mais sensíveis ao gênero.
8. **Agravamento dos consumos de risco elevado, nocivo e da dependência**, reforçando uma tendência de aumento da dependência desde 2012, que quase quadruplicou em dez anos.
9. **Aumento dos novos inícios de tratamento por problemas relacionados com o álcool**, com os últimos dois anos a atingirem os valores mais elevados da última década.
10. **Melhoria em alguns indicadores de consequências graves em 2023**, nomeadamente diminuição das mortes por intoxicação alcoólica, das vítimas mortais de acidentes rodoviários sob

influência do álcool e dos internamentos hospitalares com diagnóstico principal atribuível ao álcool.

11. Recuperação e aumento das vendas de bebidas alcoólicas após a quebra de 2020, com os valores de 2022 e 2023 a ultrapassarem os níveis pré-pandémicos em quase todos os segmentos.

12. Elevado volume de vendas em Portugal Continental em 2023, incluindo cerca de 612,5 milhões de litros de cerveja, 42 milhões de litros de outras bebidas fermentadas, 17,3 milhões de litros de produtos intermédios e 10 milhões de litros de bebidas espirituosas.

34

O relatório mostra uma situação paradoxal: embora exista mais abstinência e alguma redução em indicadores de mortalidade, acidentes e internamentos, há sinais claros de agravamento nos padrões de consumo, na precocidade, na embriaguez severa, nos problemas associados ao consumo e na procura de tratamento. Isto reforça a necessidade de políticas integradas de prevenção, literacia em saúde, intervenção precoce, regulação da oferta e apoio terapêutico.

Referência

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (2025, 25 de fevereiro). *Relatórios sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências e de Álcool 2023*. ICAD, I.P.

<https://www.icad.pt/NewsArticle/Article/203?languageId=1>

“O álcool continua a ser amplamente acessível, e o início precoce do consumo e o consumo excessivo episódico permanecem preocupações significativas em algumas regiões”.

(ESPAD Report, 2024)

Álcool em Portugal: jovens e indicadores nacionais

Leitura integrada do relatório do ICAD, I.P. (2025) e dos dados HBSC/OMS 2022

1 MENSAGEM GERAL

Há sinais contraditórios: aumentou a abstinência face a 2017, mas agravaram-se vários indicadores de risco, sobretudo a iniciação precoce, a embriaguez severa, os problemas associados ao consumo e a dependência.

2 INÍCIO PRECOCE E PADRÕES DE RISCO

- As idades de início do consumo agravaram-se.
- Aumentaram as prevalências do consumo recente e atual.
- Os consumos de risco elevado, nocivo e a dependência agravaram-se.
- A dependência quase quadruplicou em dez anos.

Mapa de Portugal com divisões regionais. Açores e Madeira são mostrados separadamente.

3 ALUNOS DO 6.º, 8.º E 10.º ANOS (HBSC/OMS 2022)

Bebidas mais consumidas: destiladas e cerveja; vinho menos frequente.

Consumo diário: inferior a **<0,5%** com diminuição face a 2018.

Cerca de **10%** já se embriagaram alguma vez na vida.

4 EMBRIAGUEZ AUMENTA COM A IDADE ESCOLAR

6.º ano	8.º ano	10.º ano
2%	6%	21%

A embriaguez cresce claramente com a idade escolar.

5 JOVENS DE 18 ANOS E PROCURA DE CUIDADOS

Em 2023 houve descida do consumo recente e atual entre os jovens de 18 anos.

Mas a embriaguez severa manteve-se em níveis muito preocupantes, os mais elevados desde 2015 nos dois últimos anos analisados.

Os problemas recentes relacionados com o álcool aumentaram face aos anos pré-pandemia.

A evolução foi menos positiva no grupo feminino.

O número de pessoas que iniciaram tratamento atingiu, nos últimos dois anos, os valores mais elevados da última década.

6 CONSEQUÊNCIAS E MERCADO

Em 2023 observaram-se melhorias em alguns indicadores graves: **menos mortes por intoxicação alcoólica, menos vítimas mortais em acidentes de viação sob influência do álcool e menos internamentos hospitalares atribuíveis ao álcool.**

As vendas recuperaram após 2020 e ultrapassaram níveis pré-pandémicos.

612,5 milhões L de cerveja	42,0 milhões L de outras bebidas fermentadas	17,3 milhões L de produtos intermédios	10,0 milhões L de bebidas espirituosas
-----------------------------------	---	---	---

O QUE FAZER?

1 Prevenção precoce

2 Intervenção escolar

3 Capacitação parental

4 Literacia em saúde

5 Comunicação dirigida aos jovens

6 Acompanhamento clínico precoce

A redução do consumo diário entre alunos não deve ocultar o peso da embriaguez, da iniciação precoce, dos consumos nocivos e da dependência.

Fontes: ICAD, I.P. (2025); HBSC/OMS (2022).

Capítulo 2

36

Álcool e gravidez em Portugal: prevalência, consequências e abordagens de intervenção

Ana Bernardo, ULS José,

Maternidade Alfredo da Costa -

Assistente Hospitalar

Graduado Ginecologia e

Obstetrícia

Cecília Boavida, ULS

Estuário do Tejo, Hospital

de Vila Franca De Xira -

Enfermeira

Especialista em Saúde Materna e

Obstétrica

Marta Lopes, AIBILI-

Association for Innovation

and Biomedical Research on

Light and Image



Resumo

A ingestão de álcool durante a gravidez é um problema relevante de saúde pública, apesar da recomendação de abstinência total durante a gestação, estando associada a complicações obstétricas, neonatais e a alterações do neuro-desenvolvimento incluídas nas Perturbações do Espectro da Síndrome Alcoólica Fetal (PESAF). Os dados mostram que se trata de um fenómeno multifatorial, influenciado por padrões prévios, fatores sociodemográficos, psicológicos e culturais, bem como baixa literacia em saúde. Em Portugal, o consumo persiste, embora com dados limitados. Assim, é necessária uma abordagem integrada que inclua literacia, rastreio precoce, notificação, aconselhamento e referenciação para cuidados especializados. Este artigo revê a investigação realizada neste âmbito, com enfoque na prevalência (global e nacional), determinantes do consumo, consequências e estratégias de prevenção e intervenção.

Palavras-chave: Álcool, gravidez, prevenção, literacia em saúde

Abstract

Alcohol consumption during pregnancy is a significant public health concern, despite recommendations for complete abstinence during gestation. It is associated with obstetric and neonatal complications, as well as neurodevelopmental alterations included within Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). Evidence shows that this is a multifactorial phenomenon, influenced by prior drinking patterns, sociodemographic,

psychological, and cultural factors, as well as low health literacy. In Portugal, alcohol consumption during pregnancy persists, although data remain limited. Therefore, an integrated approach is needed, including health literacy, early screening, reporting, counseling, and referral to specialized care. This article reviews the research conducted in this area, focusing on prevalence (both global and national), determinants of consumption, consequences, and prevention and intervention strategies.

Keys Words: Alcohol, pregnancy, prevention, health literacy

Introdução

A ingestão de bebidas alcoólicas, constitui uma das prioridades da saúde pública reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a nível mundial. A associação entre a sua ingestão e riscos para a saúde a curto e a longo prazo, bem como o forte impacto social, está bem estabelecida. Esta organização reconhece ainda o álcool como um problema complexo que exige uma resposta multidimensional com recurso a múltiplas vertentes e ferramentas (World Health Organization, 2025).

Na gravidez, o álcool representa um problema de saúde pública relevante. O álcool é reconhecido como sendo um teratogénio humano e a sua exposição durante a gravidez pode comprometer o desenvolvimento fetal em múltiplos domínios (Chung et al., 2021). A exposição pré-natal ao álcool é a principal causa evitável de defeitos congénitos e perturbações do neuro desenvolvimento, globalmente

designadas de Perturbações do Espectro da Síndrome Alcoólica Fetal (PESAF), com uma prevalência global de 7.7 por 1000 nascimentos (Popova et al., 2017).

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)

constitui o extremo de gravidade deste espectro, manifestando-se por anomalias faciais característica (como fenda palpebral estreita, lábio superior fino), restrição do crescimento fetal e alterações a nível do sistema nervoso central e/ou perturbações neuro desenvolvimento.



O álcool ingerido ultrapassa a barreira placentária e os níveis de álcool no feto aproximam-se aos níveis maternos cerca de 2h após a ingestão (Thibaut et al., 2019). Neste contexto particular, mesmo a ingestão inferior a 70 g por semana encontra-se associada a um risco aumentado de complicações pelo que se considera que não existe quantidade, *timing* ou tipo de bebida alcoólica seguros, durante este período (Pereira et al., 2024).

O consumo de álcool durante a gestação continua a ser particularmente preocupante, porque uma proporção importante das gestações não é planeada e porque apesar do risco e das recomendações internacionais de abstinência total, a prevalência global de ingestão de álcool na gravidez é cerca de 9,8%, e na Europa atinge valores cerca de 25%, estando este comportamento relacionado com a eventual falta de perceção de risco, crenças culturais e/ou informação insuficiente nos cuidados de saúde (Popova et al., 2017).

Neste contexto, é fundamental compreender a prevalência, consequências e estratégias de intervenção do consumo de álcool na gravidez em Portugal, para apoiar políticas de saúde pública mais eficazes e baseadas na evidência que promovam a adesão das grávidas a programas de abstinência durante e após a gestação.

Enquadramento português

O contexto português merece particular atenção, o Relatório Anual 2024 sobre a situação do país em matéria de álcool mostra que, na população geral de 15-74 anos, as prevalências de consumo de qualquer bebida alcoólica foram de 75% ao longo da vida, 62% nos últimos 12 meses e 55% nos últimos 30 dias. Entre os consumidores atuais, 37% reportaram consumo diário ou quase diário, e os indicadores de *binge drinking*, embriaguez severa, consumo nocivo e dependência permanecem relevantes (Carapinha et al., 2015).

O relatório sublinha ainda que, apesar do aumento da abstinência face a 2017, agravaram-se vários indicadores, incluindo consumo recente e atual, embriaguez severa, consumo de risco elevado/nocivo e dependência, a qual quase quadruplicou em dez anos. Entre os jovens, a evolução tem sido menos positiva no grupo feminino, com prevalências de consumo já superiores às dos rapazes em alguns indicadores (Carapinha et al., 2015). A infografia nacional sobre álcool reforça este enquadramento ao indicar um consumo per capita de 11,2 litros de álcool puro por ano em Portugal, acima da média da Região Europeia da OMS, e ao evidenciar o peso do álcool em internamentos, mortalidade e problemas sociais e legais.



Estes dados ajudam a compreender por que razão o consumo durante a gravidez não pode ser analisado de forma isolada, mas sim como parte de um contexto cultural e social onde o álcool permanece fortemente normalizado (INE, 2019).

Em Portugal, estima-se que 14,6% das mulheres que mantinham ingestão de álcool mesmo após saberem que estavam grávidas, correspondiam a um grupo de risco para desenvolvimento de Perturbação do Uso de Álcool (PUA).

Segundo o Consórcio Português de Dados Obstétricos, o ‘*alcoolismo recente*’ constitui cerca de 1,08% do total dos nascimentos em Portugal). Segundo diversos autores, esta percentagem não corresponde à real dimensão do problema, uma vez que, admite-se que a ingestão de álcool durante a gravidez é subnotificada, dado a reduzida frequência de utentes nos programas terapêuticos em Portugal o que levanta questões sobre a eficácia da identificação e referenciação destes casos (Carapinha et al., 2015) bem como na definição de estratégias de mitigação do problema.

Consumo de álcool durante a gravidez e fatores associados

A evidência aponta para a persistência do consumo durante a gravidez, embora com grande heterogeneidade entre estudos e amostras. Apesar de limitados e pouco representativos, estudos nacionais reportam que 19,3% das participantes declararam ter consumido bebidas alcoólicas após o conhecimento da gravidez, enquanto 13,3% reportaram manter o consumo durante a gestação.

Apesar de as mulheres portuguesas diminuírem o consumo durante a gravidez, muitas não cumprem as recomendações de abstinência total (Pereira et al., 2024). Entre os determinantes, o padrão mais consistente é o dos consumos prévios à gravidez. De acordo com diversos autores, os fatores de risco para a manutenção da ingestão de álcool e do



binge drinking durante a gravidez são: idade materna avançada, estado socioeconómico precário, estar solteira, número de filhos, hábitos tabágicos ativos, gravidez não desejada, e um ambiente familiar disfuncional (Keeffe et al., 2015).

Por outro lado, sugere-se que as mulheres com Perturbação do Uso de Álcool (PUA) enfrentam uma série de desafios clínicos e sociais que diferem de forma significativa dos observados em homens, incluindo maior risco de consequências negativas para a saúde e barreiras acrescidas ao acesso e manutenção de tratamento. Fatores biopsicossociais, incluindo vulnerabilidade emocional,

comorbilidades psiquiátricas e experiências traumáticas, influenciam o início/manutenção do consumo problemático de álcool em mulheres (Kirsch et al., 2024).

Estratégias de prevenção e intervenção

44

Relativamente às abordagens a adotar para a mitigação do consumo de álcool, alguns estudos sugerem que a gravidez é um período de oportunidade para apoiar as mulheres com ingestão problemática de álcool, observando-se uma média de redução de risco de 70% a 80%, independentemente do trimestre, número de gestações anteriores, história pessoal de perturbação do uso de álcool (PUA) e risco genético (Edwards et al., 2019).

Não existem ainda evidências que suportem o tratamento psicofarmacológico do transtorno por uso de álcool durante a gravidez, e assim a prevenção assume um papel central. Algumas das estratégias e tratamentos indicam que intervenções precoces e multidisciplinares, incluindo educação para a saúde, rastreio sistemático do consumo de álcool e intervenções breves em contexto clínico revelam eficácia na redução do consumo durante a gravidez (Popova et al., 2017).

Alguns estudos revelam que as intervenções psicossociais breves podem aumentar a abstinência contínua entre grávidas que relatam consumo de álcool, comparativamente aos cuidados habituais. Assim, as intervenções psicossociais, nomeadamente abordagens breves, entrevista motivacional e componentes cognitivo-comportamentais,

surtem como as estratégias com melhor sustentação atual (Minozzi et al., 2024).

Intervenções digitais parecem também oferecer resultados promissores na prevenção da ingestão de álcool durante a gravidez, em particular no âmbito de plataformas informáticas ou Internet. De acordo com uma revisão sistemática recente, todos os estudos incluídos, à exceção de um estudo piloto do *Text4Baby*, revelaram que as intervenções digitais podem reduzir a probabilidade de ingestão de álcool durante a gravidez, em comparação com os grupos de controlo. Esta revisão sugere que intervenções tecnológicas, eventualmente em combinação com estratégias de aconselhamento offline, devem ser incorporadas nos serviços de cuidados pré-natais existentes (Tsang et al., 2022).



Em Portugal, o protocolo STOP LBW propõe um modelo de *fast-track referral* durante a gravidez para fatores de risco psicossociais e comportamentais, incluindo consumo de álcool, tabagismo, depressão e violência física, com o objetivo de reduzir o baixo peso à nascença através de acesso imediato a serviços de referenciação.

Embora se trate de um protocolo e não de resultados, a proposta é particularmente pertinente porque reconhece a coexistência de vários riscos e a necessidade de resposta rápida e integrada nos cuidados de saúde primários (Barros et al., 2025).

O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030 (PNRCAD 2030) e o Sumário Executivo dos Relatórios Anuais 2024 descrevem os comportamentos aditivos e dependências como complexos, multifatoriais e multidimensionais, defendendo uma abordagem integrada assente em 3 pilares: Empoderar, Cuidar e Proteger.

No domínio do álcool, os relatórios sublinham a importância da literacia, da prevenção ambiental, da comunicação em saúde e da referenciação para tratamento. No entanto, a persistência de consumo, o aumento de utentes em tratamento e a magnitude dos internamentos associados ao álcool mostram que a implementação destas estratégias continua a enfrentar desafios práticos importantes (Carapinha et al., 2015).

A reduzida oferta de programas terapêuticos em Portugal e a baixa frequência dos mesmos leva a questionar se estes casos estão a ser identificados e referenciados, se existe resistência das doentes à referenciação, falhas no encaminhamento para cuidados especializados ou, mais provavelmente, a combinação destes fatores (Pereira et al., 2024).

Discussão

O consumo de álcool durante a gravidez deve ser entendido como um problema psicossocial.

A evidência disponível confirma a gravidade dos efeitos da exposição pré-natal ao álcool, mas mostra também, que a mera disponibilização de informação não é suficiente para alterar

comportamentos. Persistem crenças errôneas, baixa literacia em saúde, influência dos consumos prévios, pressão social e obstáculos à referenciação para cuidados especializados.

Por outro lado, os dados portugueses continuam fragmentados e baseados em amostras locais ou estudos de investigação, o que limita inferências sobre a real magnitude nacional do fenómeno.

A prevenção eficaz deverá combinar várias dimensões: educação em saúde antes e durante a gravidez, rastreio por rotina nos cuidados pré-natais, intervenção breve estruturada, envolvimento da família e do contexto social e referenciação rápida para apoio especializado



quando necessário. A identificação precoce é particularmente importante, não apenas para prevenir a exposição fetal, mas também para amenizar consequências a longo prazo na saúde e no desenvolvimento infantil.

Conclusão

O consumo de álcool durante a gravidez mantém-se como um problema relevante e frequentemente subestimado, com potenciais consequências graves para o desenvolvimento fetal. Torna-se fundamental reforçar o rastreio precoce, a intervenção atempada e a articulação entre cuidados de saúde, com o envolvimento de equipas multidisciplinares. Paralelamente, é importante aumentar a sensibilização da comunidade médica e da população em geral, através da divulgação científica e de ações de educação para a saúde. A evidência aponta para a persistência deste fenómeno, destacando a necessidade de melhorar a literacia em saúde e garantir uma resposta integrada. Trata-se de um desafio de saúde pública que exige políticas consistentes e estratégias de prevenção adaptadas às necessidades das mulheres em idade fértil e grávidas.

Referências

- Barros, H., Baia, I., Monjardino, T., Pimenta, P., Alfredo, A., Sorokina, A., & Domingues, R. (2025). Fast track referral for health interventions during pregnancy: Study protocol of a randomised pragmatic experimental study to reduce low birth weight in Portugal (STOP LBW). *BMJ Open*, *15*, 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052964>
- Carapinha, L., Ribeiro, C., Lavado, E., & Castro, M. (2015). O consumo de álcool na gravidez. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *33*(3), 18–26. https://www.researchgate.net/publication/318277148_Consumo_de_alcool_na_gravidez
- Chung, D. D., Pinson, M. R., Bhenderu, L. S., Miranda, R. C., Lai, M. S., & Patel, R. A. (2021). Toxic and teratogenic effects of prenatal alcohol exposure on fetal development, adolescence, and adulthood. *International Journal of Molecular Sciences*, *22*(16), 8785. <https://doi.org/10.3390/ijms22168785>
- Edwards, A. C., Ohlsson, H., Svikis, D. S., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2019). Protective effects of pregnancy on alcohol use disorder risk. *American Journal of Psychiatry*, *176*(2), 138–145. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18050632>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Inquérito Nacional de Saúde 2019*. <https://www.ine.pt>
- Keeffe, L. M. O., Kearney, P. M., Mccarthy, F. P., Khashan, A. S., Greene, R. A., North, R. A., Poston, L., McCowan, L. M., Baker, P. N., Myers, J. E., Simpson, N. A., Walker, J. J., & Kenny, L. C. (2015). Prevalence and predictors of alcohol use during pregnancy: Findings from international multicentre cohort studies. *BMJ Open*, *5*(7), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006323>
- Kirsch, D. E., Grodin, E. N., Nieto, S. J., Kady, A., & Ray, L. A. (2024). Early life stress is associated with greater negative emotionality and peripheral inflammation in alcohol use disorder. *Neuropsychopharmacology*, *49*, 1640–1648. <https://doi.org/10.1038/s41386-024-01877-4>
- Matos Pereira, I., Vidó, I., Nogueira, V., & Teixeira, J. (2024). Intervention in alcohol consumption during pregnancy in Portugal [Cartas ao Editor]. *Acta Médica Portuguesa*, *37*(3), 237–238. <https://doi.org/10.20344/amp.21059>
- Minozzi, S., Ambrosi, L., Saulle, R., Uddin, S., Terplan, M., Amato, L., & Agabio, R. (2024). Psychosocial and medication interventions to stop or reduce alcohol consumption during pregnancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No.: CD015042. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015042.pub2>

- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(3), e290–e299. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9)
- Thibaut, F., Chagraoui, A., Buckley, L., Gressier, F., Labad, J., Lamy, S., ... Yonkers, K. (2019). WFSBP and IAWMH Guidelines for the treatment of alcohol use disorders in pregnant women. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 20(1), 17–50. <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1510185>
- Tsang, T. W., Kingsland, M., Doherty, E., Wiggers, J., Attia, J., Wolfenden, L., ... Elliott, E. J. (2022). Effectiveness of a practice change intervention in reducing alcohol consumption in pregnant women attending public maternity services. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00490-2>
- World Health Organization. (2025). *Snapshot series on alcohol control policies and practice*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstreams/6280808e-e061-41b0-906a-0b363a24d31b/download>

Capítulo 3

Promoção da Literacia em Saúde: Estratégia de Combate ao Consumo de Álcool em Alunos do Ensino Secundário em Portugal

51

Coralie Sandrine Alves, Médica de Família, extensão de Saúde de São Martinho da Gandra, USF Vale do Lima, Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM).

Maria Jacinto Raposo, Nutricionista, Formadora e Comunicadora

Introdução

Apresenta-se uma abordagem exploratória ao consumo de álcool, enquadrada no conceito de Literacia em Saúde (LS) enquanto estratégia para a prevenção da doença, a proteção e a promoção da saúde. Paralelamente, propõe-se uma intervenção dirigida a alunos do ensino secundário (14–18 anos), com o objetivo de promover a LS e contribuir para o desenvolvimento de comunidades escolares promotoras de comportamentos saudáveis.

02. Caracterização do consumo de álcool em Portugal

O consumo de álcool constitui um relevante problema de saúde pública em Portugal, país que apresenta um dos níveis mais elevados de consumo per capita na União

Europeia (UE), estimado em cerca de 11,9 litros anuais.

Esta prática encontra-se amplamente

normalizada do ponto de vista social, sendo

particularmente

preocupante entre os jovens, nos quais se

observa um início precoce do consumo e uma elevada prevalência de episódios de consumo excessivo.

Segunda a Organização

para a Cooperação e

Desenvolvimento Económico

(OCDE), estes padrões refletem uma perceção de risco reduzida e uma forte influência dos pares, configurando um contexto de vulnerabilidade acrescida (OCDE, 2025).

Portugal aderiu às principais estratégias internacionais de redução do consumo nocivo de álcool, nomeadamente à Estratégia Europeia e ao



Plano de Ação para a Segurança do utente 2021-2030 da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021).

Contudo, a implementação prática destas orientações tem sido gradual e, em alguns casos, insuficiente para alcançar as metas definidas, e evidencia desafios na operacionalização das políticas públicas. (WHO, 2021) O álcool assume um papel ambíguo na economia nacional, constituindo simultaneamente um setor económico relevante e uma importante fonte de custos sociais e sanitários.

Estes custos refletem-se no aumento da despesa em saúde, na perda de produtividade e no impacto indireto associado à elevada morbilidade e mortalidade evitáveis. (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências [ICAD], 2024) Por outro lado, o consumo de álcool está profundamente enraizado na cultura portuguesa e integra as práticas sociais e momentos de convívio ou de celebração.

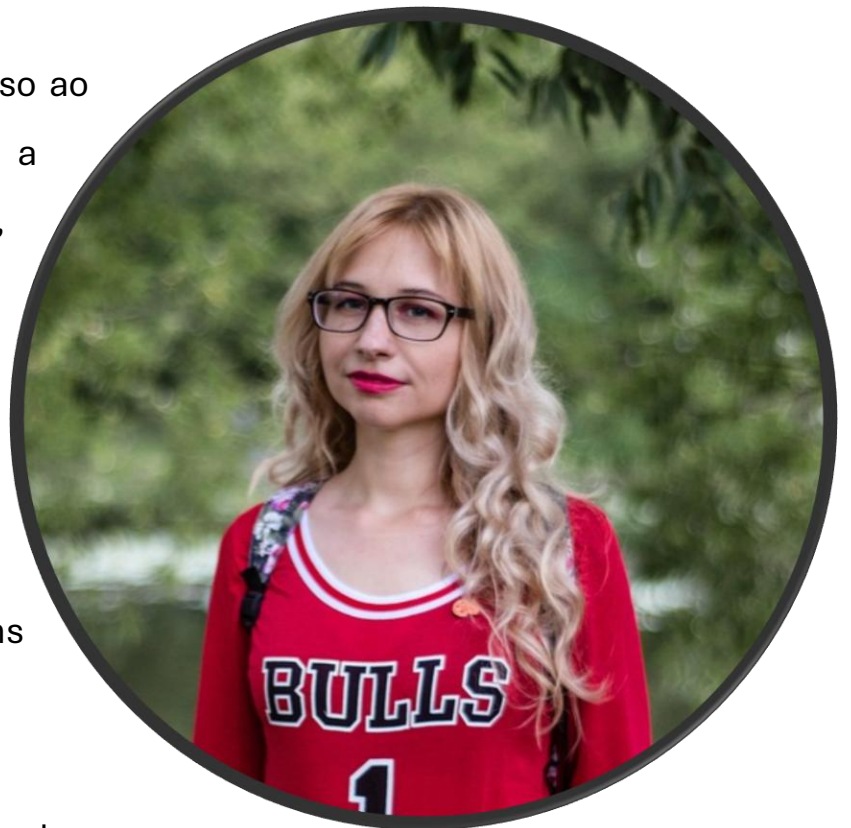
Esta normalização cultural representa um desafio significativo às estratégias preventivas, uma vez que dificulta a perceção do consumo como comportamento de risco, sobretudo em idades mais jovens (Saldanha et al., 2025). O setor do álcool em Portugal apresenta um elevado nível de modernização tecnológica que abrange as áreas de produção, distribuição e de comunicação/*marketing*.

As incorporações de tecnologias avançadas têm contribuído para a

otimização dos processos produtivos, para o aumento da eficiência logística e para a diversificação das estratégias de comercialização, incluindo o recurso crescente a plataformas digitais e redes sociais. Esta evolução tecnológica tem permitido maior capacidade de alcance dos produtos alcoólicos, bem como uma comunicação mais segmentada e direcionada a diferentes públicos, incluindo os mais jovens. No entanto, a tecnologia desempenha um papel ambivalente.

54

Por um lado, facilita o acesso ao álcool e a exposição a conteúdos promocionais, mas também oferece oportunidades para o desenvolvimento de intervenções preventivas inovadoras e adaptadas aos públicos mais jovens (ICAD 2024; WHO, 2024)



O enquadramento legal português relativo ao consumo de álcool integra medidas de proteção de menores, regras para a venda e publicidade e sanções associadas a comportamentos de risco, destacando-se o *Decreto-Lei n.º 106/2015*, que estabelece a idade mínima legal de 18 anos para a venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais

públicos. Apesar deste enquadramento normativo, persistem desafios significativos ao nível da fiscalização e da eficácia das medidas preventivas, particularmente no que respeita à acessibilidade e à exposição precoce ao álcool (*D.L n.º 106/2015*).

03. Consumo de álcool e impacto na saúde dos adolescentes

55

Os dados do estudo *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) indicam que uma proporção significativa de adolescentes portugueses inicia o consumo de álcool antes dos 15 anos. Apesar de recentemente se observar uma ligeira redução na frequência de consumo, continuam a verificar-se padrões de risco, sobretudo entre os adolescentes mais velhos, o que evidencia a necessidade de intervenções precoces, consistentes e sustentadas ao longo do tempo (HBSC, 2022).

O consumo de álcool constitui um dos principais fatores de risco para doença e morte prematura nos países da OCDE, com consequências particularmente graves quando o contacto com o álcool ocorre ainda na adolescência. (OCDE, 2025b).

Este padrão associa-se ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, hepáticas e oncológicas, bem como a perturbações da saúde mental e do desenvolvimento cognitivo (American Heart Association [AHA], 2025; OCDE, 2025).

Na população adolescente, o consumo de álcool relaciona-se

igualmente com alterações no desenvolvimento cerebral e com um maior envolvimento em comportamentos de risco, incluindo acidentes rodoviários, violência e comportamentos sexuais desprotegidos. (HBSC, 2022)

No contexto nacional, o ICAD identifica o consumo de álcool como um dos principais determinantes evitáveis de doenças e mortalidade. Esta evidência reforça a importância de estratégias preventivas eficazes e estruturadas. Tais medidas devem focar-se especificamente em adolescentes dos 14 aos 18 anos, visto que esta é uma faixa etária

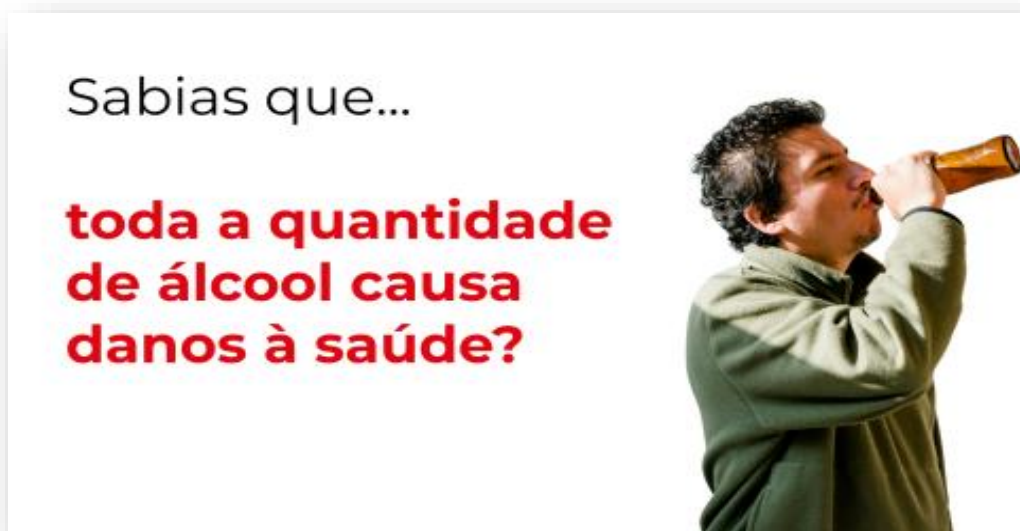


crítica para a adoção de comportamentos de risco e para a definição de padrões de consumo que tendem a persistir até à idade adulta.

04. Intervenções e abordagens na prevenção da doença

As intervenções desenvolvidas em contexto escolar em Portugal têm sido maioritariamente baseadas em abordagens educativas tradicionais, com impacto limitado na modificação de comportamentos de consumo. Estudos nacionais sugerem que a transmissão de conhecimento, isoladamente, é insuficiente para promover mudanças sustentadas (Sá et al., 2018).

57



Em contraste, a evidência internacional tem destacado a eficácia de abordagens experienciais e imersivas. A utilização de dispositivos de simulação de intoxicação alcoólica e de tecnologias como a realidade virtual permite reproduzir de forma realista os efeitos do álcool, com aumento da perceção de risco e a autoeficácia para recusar o consumo (Guldager et al., 2022; Irwin et al., 2019; McCartney et al., 2017). Estas ferramentas são percebidas pelos adolescentes como mais envolventes, fator que potencia o envolvimento ativo e a adoção de comportamentos mais saudáveis (Rosenkranz et al., 2022).

Neste contexto, a integração de estratégias atuais em campanhas de promoção de Literacia em Saúde dirigidas aos alunos do ensino secundário revela-se particularmente pertinente, e permite fomentar aprendizagens mais significativas, decisões mais informadas e comportamentos mais saudáveis com impacto a curto, médio e longo prazo.

05. Intervenção de Promoção da Literacia em Saúde

A intervenção na promoção da LS depende, de forma planeada, da participação e do esforço conjunto de parceiros e agentes comunitários, de modo a ganhar a confiança dos diferentes públicos. É essencial a articulação entre os projetos e as pessoas ao longo de todo o ciclo de vida, a fim de promover comportamentos saudáveis em todas as gerações e potenciar os ganhos em saúde.

a. Objetivo principal

Com esta intervenção visa-se capacitar os alunos do ensino secundário para aceder a informação fiável sobre riscos do álcool, compreender os rótulos das bebidas alcoólicas, as unidades de álcool e as recomendações de saúde, avaliação crítica das campanhas publicitárias e aplicação consciente dessas competências nos diversos contextos sociais.

Inclui a divulgação de informação fiável, a transmissão de mensagens por influenciadores sociais, o desenvolvimento de competências de

decisão e o incentivo à utilização de fontes credíveis, reduzindo o estigma, a desinformação e os comportamentos de risco.

A promoção de Literacia em Saúde, enquanto pilar para a decisões informadas e responsáveis, é fundamental para mudar o paradigma e garantir uma intervenção não só eficaz como também eficiente. (World Health Organization [WHO], 2021; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019 e 2021).

b. Objetivos complementares

Para além do impacto direto nos alunos, esta intervenção pretende também gerar efeitos positivos noutras gerações e alargar a sua influência à família e comunidade escolar.

Assim, constituem-se objetivos adicionais o envolvimento de pais, professores e outros profissionais da comunidade escolar, com promoção de uma linguagem comum, atitudes coerentes e práticas educativas alinhadas com a promoção da Literacia em Saúde. Procura-se, deste modo, reforçar o papel dos adultos significativos como modelos e agentes facilitadores de escolhas informadas,



contribuindo para a criação de ambientes escolares e familiares mais protetores, consistentes e favoráveis à adoção de comportamentos saudáveis (relacionados com o consumo de álcool).

Tabela 1 - Focos de intervenção. Adaptado de: Relatório - Plano de Ação Para Aa Literacia Em Saúde | 2019-2022

Foco	Comportamento esperado	Condições de realização	Crítérios de sucesso
Qualidade e Acessibilidade e à Informação de Saúde	Capacitar para o acesso a informação fiável sobre as implicações do consumo agudo e crónico de álcool.	1) Divulgar repositórios acessíveis em contexto escolar; 2) Disponibilizar infografias sobre os riscos do consumo de álcool; 3) Criação de campanhas com mensagens adaptadas à linguagem e canais utilizados pelos jovens.	Utilização dos recursos disponibilizados por pelo menos 80% dos alunos elegíveis em cada escola.
Chegar às Pessoas	Criação de contextos de oportunidade com recurso a práticas de "ativação das pessoas".	1) Realizar atividades de promoção de literacia em saúde no espaço escolar; 2) Utilização de canais próprios da comunidade escolar para envolver ativamente na criação, divulgação e dinamização das atividades.	Realização de pelo menos uma atividade por ano para toda a comunidade escolar e pelo menos uma atividade por trimestre para os alunos elegíveis.

<p>Health Literacy Intelligence Comunicabilidade</p>	<p>Análise, avaliação e interpretação crítica de dados e informação comportamentais e de saúde Acrescentar qualidade comunicacional às temáticas de saúde</p>	<p>1) Análise de dados sobre o consumo de álcool nos jovens; 2) Avaliação crítica de campanhas de publicidade ao álcool (boatos vs. factos); 3) Debates guiados sobre a normalização do consumo de álcool no contexto português. 1) Criar um jornal escolar com rubricas sobre desporto escolar, alimentação escolar, atividades culturais, meteorologia, escala uv, cuidados com a exposição solar, eventos relevantes para a comunidade escolar, ...</p>	<p>Participação de pelo menos 80% dos alunos elegíveis em cada escola em pelo menos 3 atividades por ano. Formalização de pelo menos uma parceria com um canal de comunicação local.</p>
<p>Aprender com a Experiência</p>	<p>Avaliar os processos adotados e resultados obtidos</p>	<p>1) Aplicar aos alunos o questionário HLS-EU-Q16 (Pedro, A. R., 2023) para avaliação da literacia em saúde e o questionário AUDIT-C (DGS,2012) para avaliar o consumo de álcool antes e depois da</p>	<p>Aplicação dos questionários antes e depois da intervenção a pelo menos 30 alunos.</p>

		intervenção; 2) Produzir um relatório com os resultados dos questionários.	
--	--	--	--

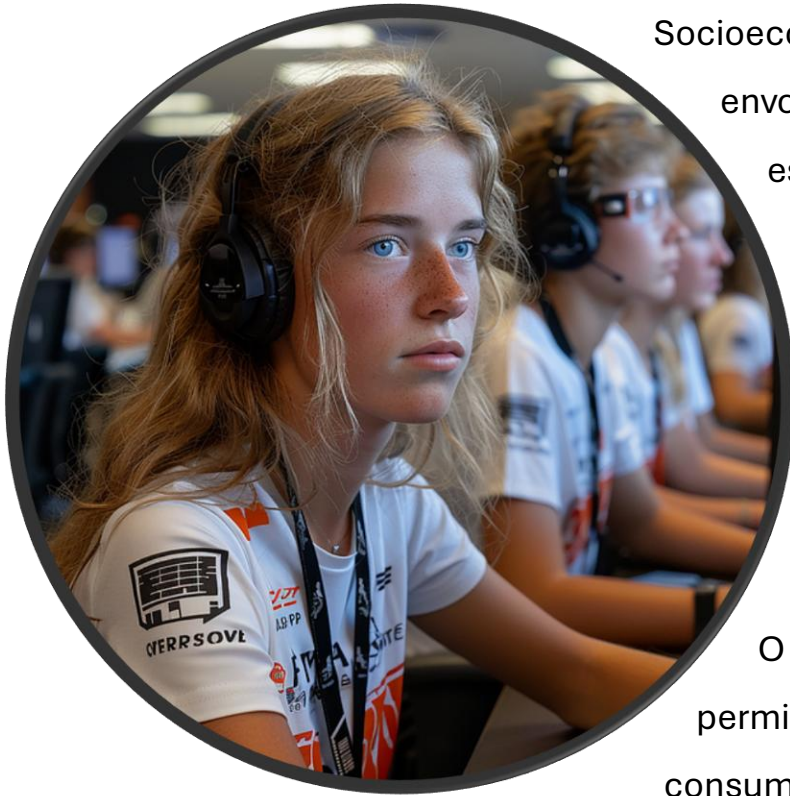
Nota: Consideram-se elegíveis todos os alunos do ensino secundário.

c. Metodologia

A intervenção fundamenta-se num modelo integrado que articula quatro abordagens complementares entre níveis individual, relacional e comunitário para a promoção de literacia em saúde. O Modelo ACP (Assertividade, Clareza e Positividade), o Modelo de Literacia em Saúde funcional, interativa e crítica (Nutbeam), o Modelo Socioecológico e o Modelo Biopsicossocial.

O Modelo ACP irá aplicar-se sobretudo à formação de professores e agentes educativos, ao promover estilos comunicacionais assertivos, claros e positivos, fundamentais para a transmissão consistente de mensagens preventivas e para o reforço do papel dos adultos significativos como modelos.

O Modelo de Literacia em Saúde de Utbeam (2000) estrutura as atividades dirigidas aos alunos e apoia o desenvolvimento progressivo de competências de acesso, compreensão, interação e avaliação crítica da informação relacionada com o consumo de álcool. O Modelo



Socioecológico orienta o envolvimento da comunidade escolar e familiar, ao reconhecer a influência dos pares, da escola e do contexto sociocultural nos comportamentos dos adolescentes.

O Modelo Biopsicossocial permite compreender o consumo de álcool como um fenómeno multifatorial, ao integrar as dimensões biológica, psicológica e social ao longo da intervenção. Todo o

processo assenta num modelo cíclico de planeamento, monitorização e avaliação, operacionalizado através da aplicação de questionários a uma amostra antes e após a intervenção, o que permite avaliar alterações na literacia em saúde, nas atitudes e nos comportamentos, assegurar rigor metodológico, promover a melhoria contínua e sustentar a escalabilidade da intervenção (Lopes & Almeida, 2018).

d. Plano de atividades

O plano de atividades da intervenção foi estruturado de acordo com o calendário escolar, distribuído em cinco momentos para facilitar a adesão por parte dos professores e garantir um contacto próximo e continuado com os alunos.

Esquema para um Plano de atividades anual

julho a dezembro

- ✚ Formalizar de parcerias e garantir apoios para a realização das atividades;
- ✚ Contactar os agrupamentos e direções escolares e apresentar a intervenção;
- ✚ Divulgar o formulário de inscrição aos professores;
- ✚ Agendamento das atividades e envio de Kits de Saúde (garrafa de água, chapéu de sol, protetor solar) aos participantes.

Atividade 1: Percurso de Obstáculos

Desafiar os alunos a atravessar um percurso de obstáculos com óculos simuladores de intoxicação alcoólica;

Divulgar repositórios acessíveis em contexto escolar e analisar em turma os dados sobre os riscos do consumo de álcool nos jovens.

Cocriação de sketches teatrais:

“A Voz que diz: se os outros não fazem, eu não faço. Há muitos que não bebem. E eu sei disso”

65

Janeiro a março	Atividade 2: Jogo “Factos e Boatos” <ul style="list-style-type: none">✓ Em equipas de três alunos, terão que jogar para encontrar o facto no meio dos boatos sobre o consumo de álcool;✓ Avaliar criticamente de campanhas de publicidade ao álcool e canais✓ Desafiar os alunos a criarem um jornal escolar com rubricas sobre saúde.
Abril a junho	Atividade 3: Feira Saúde Escolar <ul style="list-style-type: none">✓ Desafiar os alunos a organizarem uma feira de saúde no espaço escolar para toda a comunidade; ✓ Convidar os alunos e as famílias a debaterem, de forma mediada, sobre a normalização do consumo de álcool no contexto português;✓ Dinamização de workshops, jogos, atividades lúdicas promotoras de saúde.

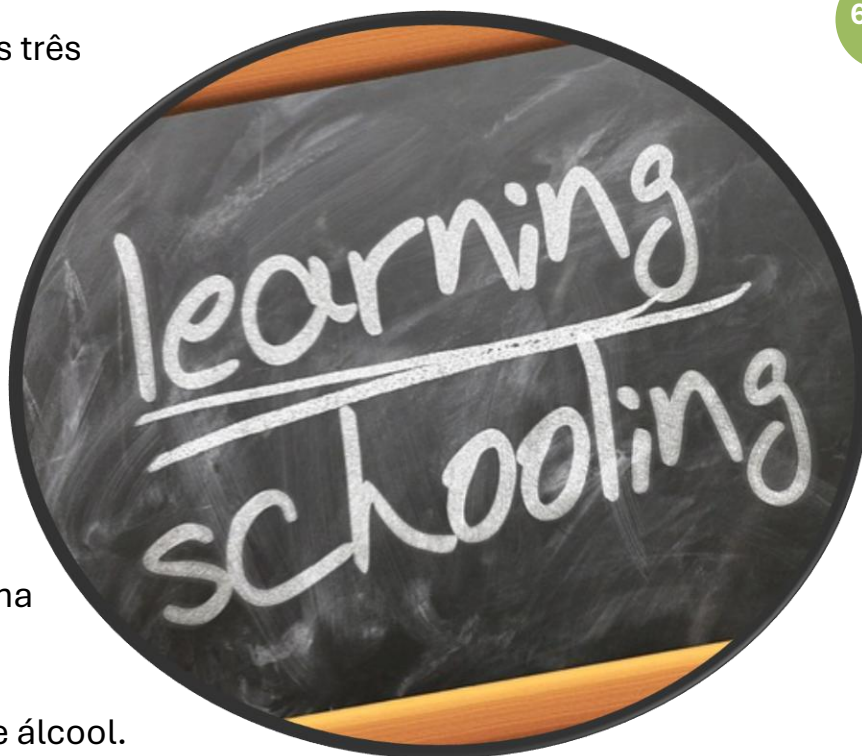
Fase Final Análise dos resultados dos questionários;

Recolha de feedback dos professores, alunos e familiares;

Elaboração do relatório anual.

e. Escalabilidade da intervenção

A escalabilidade da intervenção será desenvolvida de forma progressiva, começando com a formalização de parcerias locais e a implementação piloto nos primeiros doze meses, seguindo-se a expansão da rede e a consolidação de uma cultura escolar promotora de saúde nos primeiros três anos, e culminando, nos primeiros cinco anos, na criação de uma rede alargada e sustentável, com alunos empoderados enquanto agentes de saúde e com impacto na redução do consumo precoce e excessivo de álcool.



06. Conclusão

O consumo de álcool na adolescência constitui um desafio relevante de saúde pública, e exige intervenções preventivas precoces, eficazes e sustentadas.

A promoção da Literacia em Saúde em contexto escolar, através de abordagens participativas e ajustadas à realidade dos jovens, mostra-se essencial para apoiar decisões informadas e responsáveis. Ao envolver adolescentes, escola e família, a intervenção proposta

contribui para a criação de ambientes mais protetores e promotores de saúde.

Prevê-se com este conjunto de ações, regulares, construtivas e persistentes, a obtenção de resultados a curto, médio e longo prazo, sendo expectável que os dados gerados sirvam de base ao desenvolvimento de futuros projetos de intervenção, ajustados a diferentes contextos educativos e territoriais, bem como à expansão da iniciativa a outras faixas etárias e a programas integrados de promoção da Literacia em Saúde, com potencial de alargamento a nível nacional e, eventualmente, internacional.

8

Referências

- American Heart Association. (2025). *Alcohol and cardiovascular health: A scientific statement*. *Circulation*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40485439/>
- Aventura Social, & World Health Organization. (2022). *A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia*. <https://www.hbsc.org>
- Lopes, C., & Almeida, C. V. (Coords.). (2018). *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 65–77). Edições ISPA.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma n.º 030/2012, de 28 de dezembro (atualizada a 18 de dezembro de 2014): Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool*. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0302012-de-281220_12-png.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019–2021*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023–2030: Plano estratégico*. Direção-Geral da Saúde.

- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/87Est_Lieracia_Saude.pdf
- Guldager, J. D., Kjær, S. L., Grittner, U., & Stock, C. (2022). Efficacy of the virtual reality intervention VR FestLab on alcohol refusal self-efficacy: A cluster-randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3293. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063293>
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2024). *Relatório anual 2023: A situação do país em matéria de álcool*. ICAD. <https://www.icad.pt>
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2025). *Relatório anual: Situação do país em matéria de álcool e substâncias psicoativas*. ICAD. <https://www.icad.pt>
- Irwin, C., Desbrow, B., & McCartney, D. (2019). Effects of alcohol intoxication goggles (Fatal Vision goggles) with a concurrent cognitive task on simulated driving performance. *Traffic Injury Prevention*, 20(8), 777–782. <https://doi.org/10.1080/15389588.2019.1669023>
- McCartney, D., Desbrow, B., & Irwin, C. (2017). Using alcohol intoxication goggles (Fatal Vision® goggles) to detect alcohol-related impairment in simulated driving. *Traffic Injury Prevention*, 18(1), 19–27. <https://doi.org/10.1080/15389588.2016.1190015>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025a). *Portugal: Country health profile 2025*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/country-health-profiles/>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025b). *Health at a glance 2025: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
- Pedro, A. R., Raposo, B., Luís, L., Amaral, O., Escoval, A., & Simões Dias, S. (2023). Portuguese Version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 Questionnaire: Psychometric Properties. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2892. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>

- Portugal. (2015). *Decreto-Lei n.º 106/2015, de 16 de junho*. Diário da República.
- Rosenkranz, M., Schaub, M. P., Wenger, A., & Haug, S. (2022). Adolescents' perceptions and user experiences with a virtual reality-based alcohol prevention tool in Germany: A focus group study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3294. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063294>
- Sá, C., Rocha, V., Machado, J. C., & Precioso, J. (2018). Preventing alcohol use among adolescents: Assessment of the “Alcohol-Free” programme. *Health and Addictions*, 18(2), 133–141. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.386>
- Saldanha, L., Crego, A., Almeida-Antunes, N., Rodrigues, R., Sampaio, A., & López-Caneda, E. (2025). Alcohol consumption patterns among Portuguese university students. *PeerJ*, 13, e20026. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41018903/>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- World Health Organization. (2024). *Global alcohol action plan 2022–2030*. World Health Organization. <https://www.who.int>

Anexos

a. Anexo 1 - Recursos para a intervenção

Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none">▪ Técnico de Educação para a Saúde▪ Professor Coordenador Programa Educação para a Saúde▪ Equipa Saúde Escolar UCC
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">▪ Questionário HLS-EU-Q16 (Pedro, A. R., 2023);▪ Questionários AUDIT-C (DGS,2012)
Kit de Saúde	<ul style="list-style-type: none">▪ Protetor solar 50+▪ Escala UV e flyer com a regra ABCDE▪ Garrafa de água▪ Escala colorimétrica da urina▪ Descodificador de rótulos da DGS
Pista de Obstáculos (Simulação de Intoxicação Alcoólica)	<ul style="list-style-type: none">▪ Óculos simulação embriaguez (Fatal Vision/Alcovista)▪ Cones sinalização▪ Apito▪ Obstáculos (cadeiras dobráveis, cordas, arcos PVC)▪ Cronómetro
Equipamento Tecnológico e Audiovisual	<ul style="list-style-type: none">▪ Computador portátil▪ Projetor portátil▪ Adaptador HDMI▪ Coluna Bluetooth▪ Ponteiro laser▪ Router Wi-Fi portátil▪ Powerbank▪ Extensão elétrica
Feira da Saúde	<ul style="list-style-type: none">▪ Mapa da feira▪ Cronograma impresso▪ Kit de primeiros socorros▪ Crachás dos organizadores▪ Mesas de apoio▪ Tendras

Escala de Resposta: 0 = Muito difícil | 1 = Difícil | 2 = Fácil | 3 = Muito fácil | 4 = Não sei

Área Pergunta	Pontuação
<p>Cuidados de saúde</p> <p>1. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que te preocupam?</p> <p>2. Saber onde procurar ajuda profissional quando estás doente?</p> <p>3. Compreender o que o teu médico te diz?</p> <p>4. Compreender as instruções do médico ou farmacêutico sobre como tomar um medicamento prescrito?</p> <p>5. Julgar quando precisas de uma segunda opinião de outro médico?</p> <p>6. Usar a informação que o médico te dá para tomar decisões sobre a tua doença? 7. Seguir as instruções do médico ou farmacêutico?</p>	
<p>Prevenção de Doença</p> <p>8. Encontrar informação sobre como gerir problemas de saúde mental como stress ou depressão?</p> <p>9. Compreender os avisos de saúde sobre comportamentos como fumar, baixa atividade física e consumo excessivo de álcool?</p> <p>10. Compreender por que razão precisa de rastreios de saúde?</p> <p>11. Julgar se a informação sobre riscos para a saúde nos media é fidedigna?</p> <p>12. Decidir como te podes proteger de doenças com base na informação dos media?</p>	
<p>Promoção de saúde</p> <p>13. Saber quais as atividades que são boas para o teu bem-estar mental?</p> <p>14. Compreender conselhos sobre saúde de familiares ou amigos?</p> <p>15. Compreender informação nos media sobre como ficares mais saudável?</p> <p>16. Julgar quais os comportamentos do dia-a-dia que estão relacionados com a tua saúde?</p>	

- Questionário para AUDIT-C (DGS, 2012)

Capítulo 4

Literacia em Saúde e Prevenção do Consumo de Álcool na Adolescência: Estratégias Estruturais de Intervenção Nacional

72

Kelly Conceição da Cunha, Médica Assistente em Medicina Geral e Familiar

Rita Mariana Almeida Fonseca, Médica Assistente em Medicina Geral e Familiar

Resumo

O consumo de álcool na adolescência em Portugal apresenta prevalências elevadas, com o fenómeno do *binge drinking* a afetar cerca de 50 % dos jovens de 18 anos. Este artigo analisa a literacia em saúde como ferramenta essencial na prevenção deste comportamento, compreendendo-a como processo de capacitação cognitiva e social que transcende a mera transmissão de informação.

Através de uma abordagem interdisciplinar, baseada em evidência recente (ESPAD & ICAD, 2024), propõe-se a capacitação crítica como via para mitigar danos no neuro desenvolvimento e promover o bem-estar emocional a nível nacional. Destacam-se medidas estruturais e intersectoriais de base comunitária, articuladas com os Cuidados de Saúde Primários, escolas e entidades locais.

Palavras-chave: literacia em saúde; adolescência; prevenção; consumo de álcool; intervenção nacional.

Enquadramento do Problema

São sobejamente conhecidos os riscos associados ao consumo abusivo de álcool, uma das principais causas de mortalidade precoce e incapacidade. Na adolescência, associa-se ainda a efeitos negativos



na atenção, memória e neurodesenvolvimento, bem como maior risco de dependência na idade adulta (World Health Organization, 2026).

A análise dos comportamentos aditivos na adolescência em Portugal revela um cenário de risco persistente. Segundo o European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD, 2024), o álcool é a substância psicoativa mais consumida entre os adolescentes portugueses, com 31% a relatar primeira experiência antes dos 13 anos. Apesar de uma pequena redução das taxas face a anos anteriores, a perceção de fácil acesso ao álcool mantém-se elevada, e as diferenças de género tendem a esbater-se, com jovens do sexo feminino a apresentar padrões de consumo semelhantes aos do masculino.

Adicionalmente, o Inquérito Nacional ao Consumo de Álcool e Drogas (ICAD, 2024) também verificou uma ligeira descida da prevalência de consumo recente relativamente a anos anteriores. No entanto, foram ainda 74% os jovens de 18 anos que consumiram álcool nos 12 meses anteriores, dos quais 64% de forma *binge* e 45% relatando episódios de embriaguez severa.

A normalização cultural do consumo de álcool dificulta o reconhecimento do problema. Rosa et. al. (2018) encontraram défices em vários aspetos da literacia sobre o abuso de álcool em adolescentes, em particular na identificação de recursos para o tratamento, crenças e intenções para prestar a primeira ajuda.

Estes dados reforçam a necessidade de incentivar a literacia em saúde entre os adolescentes.

A Literacia em Saúde como Eixo de Prevenção

A literacia em saúde é cada vez mais reconhecida como determinante central de saúde pública (Nutbeam, 2000), sendo particularmente relevante durante a adolescência, fase de vulnerabilidade neurobiológica e social, em que fatores contextuais influenciam a perceção de risco e a tomada de decisão.



O investimento na literacia em saúde entre os jovens promove a participação democrática e o fortalecimento dos sistemas de saúde. As iniciativas participativas contribuem para um aumento da consciência cívica, melhoria das competências de comunicação, maior envolvimento dos jovens em questões de saúde comunitária e reforço da sua capacidade de advocacia. Os participantes relatam um

sentimento acrescido de empoderamento e inclusão nos processos de governação em saúde. A análise comparativa com modelos internacionais confirma a relevância e a replicabilidade desta abordagem em diferentes contextos sociopolíticos (Vaz de Almeida, 2025).

No entanto, os programas de promoção da literacia em saúde nesta faixa etária não estão isentos dos seus desafios, sobretudo no que respeita o consumo de álcool, dada a sua aceitação social. Embora muitos dos programas preventivos estejam associados a redução do consumo abusivo de álcool e maior perceção dos riscos para a saúde, alguns programas não tiveram efeitos significativos, ou até estiveram associados a aumento do consumo de álcool a longo prazo (Sánchez-Puertas, 2022).

O modelo de Nutbeam (2000) define três níveis progressivos: funcional, interativo e crítico.

Literacia funcional

Centra-se na aquisição de informação básica sobre saúde e riscos fisiológicos. No caso do álcool, implica compreender o conceito de unidade de bebida padrão, limites seguros e o facto de o cérebro apenas completar a maturação aos 25 anos, sendo o consumo precoce especialmente nocivo.

Literacia interativa

Envolve o desenvolvimento de competências sociais e comunicacionais para gerir pressões de grupo e influência digital. Dados do ESPAD (2024) demonstram que as redes sociais constituem um fator de risco acrescido, exigindo literacia mediática e assertividade.

Literacia crítica

Corresponde à capacidade de questionar e desconstruir mitos culturais e a chamada “cultura do copo”. O jovem aprende a valorizar abstinência ou moderação como expressão de autonomia e preservação da saúde mental.



A nível nacional, esta abordagem está em conformidade com os eixos estratégicos do *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023 – 2030 (PNLS-CC 2023-2030)* e o *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências — PNRCAD 2030 (PNRCAD, 2023)*, que reforçam o papel dos Cuidados de Saúde Primários, das escolas e das estruturas comunitárias na promoção da saúde e do bem-estar.

Estratégias Multissetoriais

A eficácia das políticas de prevenção depende de uma rede colaborativa entre médicos, enfermeiros, psicólogos e educadores. A abordagem integradora deve incluir medidas em vários domínios:

- Saúde: consolidar nos Cuidados de Saúde Primários a avaliação de literacia e intervenções motivacionais.
- Educação: promover currículos escolares focados em literacia e competências emocionais e sociais.
- Comunicação: regular a publicidade e promover o envolvimento ético de influenciadores digitais.
- Comunidade e família: criar espaços de lazer e convívio independentes do consumo de álcool.

A nível nacional, a execução das ações deve ocorrer através das Unidades de Cuidados na Comunidade e do Programa Nacional de Saúde Escolar, com ênfase no treino de assertividade e na valorização de formas de socialização não mediadas por álcool. Estas estruturas representam o elo entre políticas nacionais e ações locais eficazes.

Intervenções Preventivas na Prática

As intervenções preventivas devem privilegiar estratégias de capacitação e autorregulação comportamental, como evidenciado por múltiplos estudos (Sánchez-Puertas, 2022; Korczak, 2011):

Programas escolares interativos: Estes programas usam métodos como *role-playing*, debates, dinâmicas de grupo e simulações para desenvolver competências de resistência à pressão dos pares, comunicação assertiva, tomada de decisão e gestão de *stress*.

Intervenções familiares: Envolver os pais em *workshops* ou atividades conjuntas, onde se trabalha comunicação, definição de regras e limites, monitorização e reforço positivo.

79

Projetos

comunitários e

políticas locais:

Intervenções que envolvem a comunidade, como campanhas de sensibilização, restrição do acesso a álcool, aumento de preços e controlo de publicidade.

O envolvimento de jovens em atividades alternativas (desporto, voluntariado, arte) e o empoderamento juvenil são componentes relevantes.



Literacia digital e web-based: Programas *online* ou *apps* com módulos de educação sobre álcool, *quizzes* interativos, vídeos

motivacionais e simulações de situações sociais. Estas ferramentas podem ser adaptadas ao contexto local e são eficazes em aumentar conhecimento, atitudes negativas face ao álcool e competências de recusa.

Intervenções baseadas na personalidade: Programas como o *Preventure*, que adaptam as sessões às características de personalidade de cada adolescente (impulsividade, ansiedade, procura de sensações), têm resultados positivos em reduzir consumo e episódios de *binge drinking*.

Conclusão

A literacia em saúde constitui o eixo central para uma mudança de paradigma geracional. Ao capacitar o adolescente para compreender os riscos neurobiológicos e emocionais do consumo, transfere-se o foco da proibição para a autonomia e responsabilidade. A articulação entre políticas nacionais, Cuidados de Saúde Primários, escolas e comunidade representa o caminho sustentável para reduzir a carga de doença e para promover uma juventude mais resiliente, crítica e consciente em Portugal.

Referências

- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023 – 2030 (PNLS-CC 2023-2030)*. DGS. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnlsc-2023-2030-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências — PNRCAD 2030*. DGS. <https://www.icad.pt/Page/GetDocument/583>

- ESPAD Group. (2024). *ESPAD Report 2024: Results from the European School*
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD). (2024). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos – Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional 2024: Consumos de substâncias psicoativas*. ICAD, I.P.
<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=1063&languageId=1>
- Korczak, D., Steinhäuser, G., & Dietl, M. (2011). *Prevention of alcohol misuse among children, youths and young adults*. *Gms Health Technology Assessment*, 7, Doc04. <https://doi.org/10.3205/hta000095>
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Rosa, Amorim, Loureiro, Luís, & Sequeira, Carlos. (2018). *Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool: Um estudo com adolescentes portugueses*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe6)-38. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0210>
- Sánchez-Puertas, R., Vaca-Gallegos, S., López-Núñez, C., & Ruisoto, P. (2022). *Prevention of alcohol consumption programs for children and youth: a narrative and critical review of recent publications*. *Frontiers in Psychology*, 13, 821867. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.821867>
- Survey Project on Alcohol and Other Drugs. European Union Drugs Agency (EUDA). https://www.espad.org/sites/default/files/espad_report_2024_TD0125014ENN.pdf
- Vaz de Almeida, C. (2025). *Health literacy and youth empowerment: Investing for healthier communities*. Preprints. <https://doi.org/10.20944/preprints202508.0809.v1>
- World Health Organization. (2026). *Health topics: Alcohol*. <https://www.who.int/health-topics/alcohol>

Capítulo 5

Consumo de álcool em jovens portugueses: uma revisão de literatura sobre a problemática e intervenção

82

Isabel Sustelo, Enfermeira

Maria Cortês, Psicóloga

Resumo

O consumo de álcool constitui um problema relevante de saúde pública em Portugal, particularmente entre adolescentes e jovens adultos. Apesar de culturalmente aceite, o seu uso precoce está associado a múltiplos riscos físicos, psicológicos e sociais. A evidência demonstra que o consumo durante a adolescência pode comprometer o desenvolvimento cerebral, originando défices cognitivos e alterações neurológicas persistentes. Em Portugal, embora se observe uma tendência recente de diminuição em alguns indicadores de consumo juvenil, persistem níveis preocupantes, incluindo episódios de embriaguez e consumo *binge*¹, com aumento relativo entre raparigas. O início precoce do consumo está associado a maior probabilidade de

¹ Consumo *binge* ou *binge drinking*: refere-se ao consumo episódico excessivo de álcool, traduzido pelo consumo de 5 ou mais bebidas padrão no homem e 4 na mulher, numa só ocasião. A finalidade da adoção deste consumo é rapidamente chegar ao estado de embriaguez. (1 Unidade de Bebida Padrão = 10g de álcool puro)

dependência futura. Fatores como pressão de pares, contexto familiar e acessibilidade ao álcool influenciam estes comportamentos. Intervenções preventivas, especialmente em meio escolar, com abordagens participativas e recurso a estratégias combinadas, revelam-se eficazes. A educação para a saúde e a intervenção precoce são fundamentais para promover estilos de vida saudáveis e reduzir os impactos do consumo de álcool.

Palavras-chave: Álcool, Saúde, Consumo, Adolescentes, Portugal, Intervenção

Abstract

Alcohol consumption is a significant public health issue in Portugal, particularly among adolescents and young adults. Despite its cultural acceptance, early alcohol use is associated with multiple physical, psychological, and social risks. Evidence shows that alcohol consumption during adolescence can impair brain development, leading to cognitive deficits and long-term neurological alterations. In Portugal, although recent trends indicate a decline in some indicators of youth alcohol use, concerning levels persist, including binge drinking and episodes of intoxication, with a relative increase among females. Early initiation is linked to a higher risk of future dependence. Factors such as peer pressure, family context, and alcohol accessibility play a key role in these behaviors. Preventive interventions, especially school-



based programs using participatory and combined strategies, have proven effective. Health education and early intervention are essential to promote healthy lifestyles and reduce the negative impacts of alcohol consumption.

Keywords: Alcohol, Health, Consumption, Adolescents, Portugal, Intervention

Introdução

O álcool é uma substância psicoativa amplamente consumida em Portugal, integrada em contextos culturais, sociais e económicos apesar dos seus efeitos adversos sobre a saúde física, mental e social estarem amplamente documentados.

Quando se fala em alcoolismo, há que ter em consideração a globalidade dos problemas relacionadas com o consumo de álcool, seja na pessoa, em termos físicos e psíquicos, seja na esfera familiar, social, laboral. De acordo com o *Global Status Report on Alcohol and Health*, no ano de 2018, a Europa era responsável pelo maior consumo de álcool *per capita* do mundo. Este relatório refere que Portugal, à data, ocupava a 8^a posição dos maiores consumidores europeus. Mundialmente, refere ainda que mais de um quarto dos jovens na faixa etária 15-19 anos são consumidores (Louro & Caldeira, 2022).



Num estudo realizado por Brown & Tapert (2004), é referido que o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência afeta tanto o desenvolvimento cerebral como a cognição tendo-se identificado anomalias do Sistema Nervoso Central que incluem défices neuro cognitivos, atrofia de várias estruturas cerebrais, eletrofisiologia anormal, alteração do fluxo sanguíneo e ainda perturbações do sono. Estas alterações foram encontradas em adultos com história de consumos de álcool na sua adolescência.

Neste documento, que abordará principalmente as questões relacionadas com o consumo de álcool na adolescência e início da vida adulta, será apresentada uma contextualização breve da situação portuguesa, passando por alguns estudos realizados recentemente no nosso contexto e pelas intervenções e métodos atualmente utilizados para combater esta problemática.

O Consumo de Bebidas Alcoólicas na Adolescência

A adolescência é uma fase que se situa entre os 10 e os 19 anos e corresponde ao período de transição entre a infância e a idade adulta. Aqui verifica-se um rápido desenvolvimento a todos os níveis: físico, mental, emocional, sexual e social e nesta fase, os jovens enfrentam muitos desafios e assumem, igualmente, alguns comportamentos de risco, sendo o consumo de bebidas alcoólicas um dos mais frequentes (Louro & Caldeira, 2022).

A Perturbação do Uso de Álcool (PUA) é uma doença crónica e multifatorial, ou seja, os fatores que contribuem para o seu desenvolvimento são diversos, incluindo a quantidade e a frequência de consumo de álcool, a condição de saúde do indivíduo, os fatores genéticos, psicossociais e ambientais (Ferraz, 2025).

A Direção Geral de Saúde (DGS) referia em 2015 que o consumo de álcool se constituía como o quinto fator de risco que mais contribuía para a perda de anos de vida saudável em Portugal. Por sua vez, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) estimava em 2019 a existência de mais de meio milhão de alcoólicos crónicos no país, e a média de mortalidade diária relacionada com o consumo do álcool seria de 20 pessoas (Matos et al., 2024).

Concretamente em relação ao consumo pelos adolescentes identificaram uma relação entre o consumo de álcool e a idade do adolescente, onde o consumo mais precoce está associado a um maior risco de abuso no futuro.

Reconhecer e monitorizar as trajetórias de consumo dos adolescentes é crucial para implementar estratégias adequadas que atendam às necessidades específicas de cada grupo. A adolescência é um período propício para intervenções de promoção da saúde, sendo essencial investir nesse sentido, pois a adoção de estilos de vida saudáveis traz benefícios a médio e longo prazo.



A educação para a saúde em contextos escolares é uma estratégia que capacita a comunidade, proporcionando controle e autonomia sobre a própria saúde, visando melhorá-la. O conhecimento e a consciência das consequências negativas do consumo de álcool são fundamentais

para que os jovens possam interromper esse comportamento (Matos *et al.*, 2024).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que, em meio escolar, o consumo de álcool se inicia antes dos 15 anos, com poucas diferenças entre raparigas e rapazes, acontecendo situação semelhante em Portugal, onde o início do consumo se dá na faixa etária dos 13 e os 15 anos.

O impacto do consumo em idades tão jovens concretiza-se a diversos níveis: individual, familiar e social; a imaturidade orgânica pode determinar danos cerebrais e défices cognitivos que irão determinar impactos negativos no desenvolvimento psicológico e físico.

O consumo de álcool colhe, de modo geral, muita permissividade social (e na família), o que revela desconhecimento acerca do impacto que esta substância pode ter quando consumida em idades jovens. Esta circunstância, aliada à curiosidade juvenil, à necessidade de ser aceite no grupo de pares e ainda ao desejo de experimentar situações novas, conduz à assunção de comportamentos de risco, designadamente o consumo associado de outras SPA, comportamentos sexuais de risco, situações de violência, acidentes, etc. (Louro & Caldeira, 2022).

O consumo de bebidas alcoólicas por parte dos jovens não é um fenómeno exclusivo de Portugal ou mesmo europeu – um estudo levado a cabo nas ilhas Seychelles revela que jovens alunos, de ambos os sexos, a frequentar o equivalente ao 2º ciclo de escolaridade,

consomem álcool. Uma parte destes jovens já ficou embriagada e já teve problemas devido ao consumo. Neste estudo intitulado “*High alcohol use and misuse in a representative sample of in-school adolescents in the Seychelles*” é referido que uso de tabaco pelos pais, o abandono escolar, lesões e falta de



apoio parental estão associados ao consumo de álcool.

Este estudo revelou ainda que quase metade dos alunos, de ambos os sexos, a frequentar o 2º ciclo, consomem bebidas alcoólicas, sendo que uma parte destes jovens refere que já sofreu embriaguez, consome frequentemente e já teve

problemas relacionados com o seu consumo. A corroborar estas conclusões, outro estudo “*Alcohol Use and Misuse Among School-Going Adolescents in Thailand*”, realizado com jovens tailandeses, mostrou que mais de 20% dos adolescentes em idade escolar têm um consumo problemático de álcool e apresentam problemas relacionados com o seu consumo. Fatores como idade mais avançada, angústia psicológica, uso de tabaco, consumo diário de refrigerantes,

abandono escolar, envolvimento em lutas físicas e lesões graves estão associados ao consumo de álcool. Também neste estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os géneros.

O álcool é atualmente, em Portugal, uma substância legal e comercializada, fazendo parte dos hábitos alimentares de uma parte significativa da população. Aparece muitas vezes associado a inúmeras formas de relacionamento, tanto privado como público, de natureza ritual, comemorativa, recreativa, fazendo parte do estilo de vida ou mesmo da identidade de muitos grupos sociais.

Estima-se que, em pessoas com idade superior a 15 anos, se contém 58 mil doentes alcoólicos (síndrome de dependência de álcool), isto é, cerca de 7% da população, e 750 mil bebedores excessivos (síndrome de abuso de álcool), o que equivale a 9,4% do universo nacional. Na população escolar portuguesa, estima-se que a prevalência de problemas ligados ao álcool se situe entre os 10% e os 20%, em alunos universitários.

No que se refere ao ensino secundário, com alunos de média de idade de 16 anos, entre 18% e 20% ter-se-ão embriagado pelo menos uma vez. Calcula-se ainda que o consumo excessivo ocorra em cerca de 10% das mulheres e 20% dos homens. Sabe-se também que está relacionado com 50% dos casos de morte em acidentes de automóvel, 50% dos homicídios e 25% dos suicídios (Ministério da Saúde, 2025).

Num estudo de 2022, realizado na população portuguesa (residente em Portugal) na faixa etária dos 15-74 anos, a prevalência de consumo de qualquer bebida alcoólica foi de 75% ao longo da vida, 62% nos últimos 12 meses e 55% nos últimos 30 dias, sendo um pouco inferior no grupo de 15-34 anos (69%, 58% e 49%). No caso dos consumidores atuais, “o consumo diário/quase, diário de alguma bebida alcoólica era de 37%, com 30% dos consumidores a ingerirem diariamente vinho, 12% cerveja e 2% bebidas espirituosas”.



Considerando os consumos atuais, o vinho e a cerveja continuavam a apresentar prevalência mais elevada e consumo mais frequente face a bebidas espirituosas, embora nos 15-24 anos o vinho e as bebidas espirituosas surgissem com prevalências de consumo muito próximas. Relativamente aos alunos portugueses de 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, pôde verificar-se que as bebidas mais frequentemente consumidas são a cerveja e as bebidas destiladas, sendo o consumo de vinho mais raro. Do conjunto destes alunos, cerca de 10% já tinha,

em algum momento da sua vida, sofrido embriaguez, sendo que esta situação se apresentou mais preponderante nos alunos do 10º ano (21% nos alunos mais velhos contra 2% e 6% nos alunos do 6º e 8º ano, respectivamente). Cerca de 5% dos inquiridos referiram embriaguez nos 30 dias anteriores, 4% entre 1 a 3 vezes e 1% com uma frequência superior. (SICAD, 2023).

Mais recentemente, um novo estudo realizado pelo ICAD em 2024, aponta para algumas tendências positivas entre as pessoas mais jovens (quer na população geral de 18 anos, quer naquela em contexto tutelar e escolar). Segundo esta fonte, há evidências que apontam para descidas de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida, bem como de descidas no consumo recente e atual, situação que reflete uma descida tendencial da embriaguez e do *binge drinking*.

Este estudo assinala igualmente que o consumo de álcool e a experiência de embriaguez severa tendem a iniciar-se mais tarde. Não obstante este quadro, o mesmo relatório refere ainda que, entre as pessoas mais novas, a evolução dos consumos tem sido menos positiva no grupo das raparigas; este grupo apresenta já prevalência de consumo superiores às dos rapazes e prevalência de *binge* e de embriaguez próximas.

Este relatório aponta ainda que, na população com idade compreendida entre os 15 e os 74 anos, há alguns motivos para alarme no que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas; nesta população aumentou o consumo recente e atual, a embriaguez severa, os

consumos de risco elevado e a dependência, vindo esta a descer desde 2012.

Este quadro de agravamento não distingue géneros e alarga-se à maioria dos grupos etários, embora “*embora mais expressivos no caso do consumo de risco elevado nos 15-24 anos e 25-34 anos e, no caso da dependência, nos 35-44 anos e 45-54 anos*”. Este estudo refere ainda que, em 2024, relativamente aos jovens de 18 anos, 77% já tinham ingerido uma qualquer

bebida alcoólica ao longo da sua vida, 74% nos últimos 12 meses e 59% nos últimos 30 dias, tendo esta prevalência sido superior no grupo feminino pelo terceiro ano consecutivo; de entre este grupo de jovens, cerca de 7% destes referiu ter um consumo atual diário ou quase diário de bebidas alcoólicas.



Acrescenta ainda que nos últimos 12 meses, 48%, 58% e 33% dos inquiridos tiveram consumos *binge*, experimentaram embriaguez ligeira

e embriaguez severa. No que respeita ao consumo *binge*, não obstante este ser mais expressivo nos rapazes do que nas raparigas, as diferenças são cada vez menores, sendo a prevalência de embriaguez severa já idêntica entre os dois grupos e, pelo terceiro ano consecutivo, a de embriaguez ligeira foi superior no grupo feminino.

É de destacar que, de acordo com esta fonte, 31% dos inquiridos reportou problemas relacionados com o consumo de álcool nos últimos 12 meses, continuando a ser os mais referidos, as situações de mal-estar emocional e o envolvimento em relações sexuais desprotegidas.

Ainda em 2024, no inquérito realizado aos jovens no dia da Defesa Nacional, este revela que em dois anos consecutivos se registou uma descida assinalável da prevalência de consumo ao longo da vida, tal como relativamente ao consumo recente e atual, valores mais baixos desde 2015.

De igual modo, este estudo refere também que se registaram descidas nos padrões de consumo de risco acrescido como é o caso do consumo *binge* e de embriaguez. Quanto ao género, a evolução é menos positiva, já que as raparigas apresentam uma prevalência de consumo superior à dos rapazes e prevalência de consumo *binge* e de embriaguez próximas.

É ainda apontado que, a nível nacional, no caso dos alunos com idade entre os 13 e os 18 anos, foi de 58% aqueles que consumiram alguma

bebida alcoólica ao longo da vida; no tocante ao consumo recente e atual esse valor foi de 48% e 30%. De modo geral, pode afirmar-se relativamente ao consumo atual que a cerveja é a bebida mais consumida pelos mais novos, ao passo que os mais velhos consomem mais bebidas destiladas.

Este relatório adianta ainda que a prevalência de consumo *binge* nos últimos 30 dias foi 17%. Na faixa etária em estudo (13-18 anos), cerca de 30% referiram ter ingerido uma bebida alcoólica com 13 ou menos anos.



Tal como já evidenciado em outras populações juvenis, também os resultados deste estudo mostram que, atualmente, estas prevalências de consumo tendem a ser superiores entre as raparigas. Neste particular, o estudo sublinha que, em 2024, contrariamente ao sucedido em anos anteriores, o consumo de álcool por parte de raparigas com 13 ou menos anos foi mais prevalente quando comparado ao dos rapazes. Idênticas entre os dois géneros são as

prevalências de embriaguez severa em idades tão precoces (Ministério da Saúde, 2025).

Interessante, neste âmbito, é conhecer a percepção que os jovens têm acerca do acesso a bebidas alcoólicas; em Portugal, 66% dos alunos de 16 anos consideravam fácil/muito fácil obter cervejas, 58% vinhos e 52% bebidas espirituosas. Face a 2019 verificou-se uma percepção de menor facilidade de acesso às cervejas, sendo pouco expressiva a variação em relação às bebidas espirituosas e mantendo-se idêntica a percepção de facilidade de acesso aos vinhos.

Os três segmentos de bebidas alcoólicas foram percecionados como de mais fácil acesso pelo conjunto dos alunos europeus do que pelos portugueses, embora no caso das bebidas destiladas a diferença seja muito residual (Ministério da Saúde, 2025).

Intervenções e Estratégias para Prevenir o Consumo de Álcool na Adolescência

Considerando o que acima foi exposto, parece ser de preocupar a situação relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas por parte da população em geral e por parte dos jovens em particular.

De recordar que o uso nocivo do álcool se constitui como um dos fatores de risco modificáveis e evitáveis mais frequentes para as principais doenças não transmissíveis. Tendo isto em consideração, foi realizado por Domingos et al., (2020) um estudo o qual teve como

objetivo conhecer as estratégias mais adequadas, sustentadas em evidência, para intervir na prevenção do consumo de álcool entre os adolescentes.

As evidências referidas apontam para a necessidade de intervir precocemente para adiar o mais possível o início do consumo de álcool. Por outro lado, as evidências apontam também para a existência de uma correlação entre o consumo precoce e a fase da vida em causa, em que a pressão de grupo, identificação de pares, a construção de identidade e laços sociais possam ter influência neste comportamento.



Este estudo conclui que as evidências apontam para que o local de eleição identificado para a realização das intervenções foi a escola, recorrendo a estratégias apelativas e à participação ativa dos adolescentes. As intervenções identificadas com melhores resultados nestes estudos foram a utilização da intervenção breve e as sessões de

educação para a saúde, associadas a estratégias combinadas, como o uso de plataformas informáticas ou a internet (Domingos, et al., 2020).

Um estudo realizado no País de Gales refere uma intervenção realizada *online* sobre abuso do álcool e refere que os alunos alvo desta intervenção obtiveram melhorias na gravidade dos sintomas do uso do álcool, em comparação com o grupo de controle. Os resultados deste estudo reforçam a importância da implementação de intervenções personalizadas na área das tecnologias, como o uso do computador na prevenção do consumo excessivo de álcool entre os adolescentes.

Essa abordagem mostrou-se eficaz, não apenas na redução do consumo de álcool, mas também na melhoria dos sintomas relacionados com o abuso de álcool. É crucial investir em programas de intervenção personalizados e acessíveis para ajudar a proteger a saúde e o bem-estar dos adolescentes em relação ao consumo de álcool (Matos *et al.*, 2024).

Os estudos consultados apontam o facto de que o consumo de bebidas alcoólica tem um impacto significativo na vida dos jovens e essa constatação tem vindo a constituir-se como uma preocupação para os decisores políticos. A preocupação dos Estados em relação ao consumo de álcool, sob o ponto de vista de problema de saúde pública, foi objeto de atenção na sexagésima terceira sessão da Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra, em maio de 2010.

Nesse encontro, os diversos estados-membros alcançaram um consenso histórico sobre uma estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool. A resolução adotada e a estratégia aprovada fornecem orientações aos Estados-Membros sobre formas de reduzir o consumo nocivo do álcool.



Segundo esta estratégia, as ações políticas e intervenções públicas para prevenir e reduzir os danos relacionados com o álcool devem ser orientadas e formuladas pelos interesses da saúde pública e baseadas em objetivos claros de saúde pública e na melhor evidência disponível, devendo ainda ter em consideração os contextos nacionais, religiosos e culturais.

São apontadas diversas áreas de ação a nível nacional, das quais se salientam: resposta dos serviços de saúde, ação comunitária, políticas e medidas de combate à condução sob o efeito do álcool, disponibilidade de álcool, marketing de bebidas alcoólicas, políticas de preços, monitorização e vigilância. A nível da ação global também são apontadas diversas ações, destacando-se a produção e disseminação de conhecimento e a mobilização de recursos (WHO, 2010).

Conclusão

Reconhecer e monitorizar as trajetórias de consumo dos adolescentes é crucial para implementar estratégias adequadas que atendam às necessidades específicas de cada grupo. A educação para a saúde em contextos escolares é uma estratégia que capacita a comunidade, proporcionando controle e autonomia sobre a própria saúde, visando melhorá-la.

O conhecimento e a consciência das consequências negativas do consumo de álcool são fundamentais para que os jovens possam interromper esse comportamento. Os programas de prevenção e intervenção devem abordar, de maneira abrangente, o alcoolismo, destacando a importância do suporte parental, além de considerarem todos os outros fatores de risco identificados.

É necessário abordar esses comportamentos de risco de forma conjunta para prevenir e controlar o uso e abuso de álcool entre os adolescentes (Matos *et al.*, 2024).

Em relação a esta matéria, Portugal produziu legislação, em 2013 e 2015, a qual introduziu medidas mais restritivas na disponibilização, venda e consumo, e na condução sob o efeito do álcool. Também ao nível da autorregulação tem havido uma preocupação acrescida em matéria de comunicação comercial de bebidas alcoólicas.

Referências

- Brown, S. A., & Tapert, S. F. (2004). Adolescence and the trajectory of alcohol use: Basic to clinical studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 234–244.
- Domingos, C., Barbosa, C., Fortunato, K., & Ferrito, C. (2021). Intervenções utilizadas para a prevenção de hábitos alcoólicos nos adolescentes. *Cadernos De Saúde*, 12(Especial), 120–121. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10294>
- Ferraz, S. S. R. (2025). Representações sociais online da perturbação de uso de álcool: Uma análise temática (Dissertação de mestrado, Instituto Universitário Miguel Torga).
- Louro, F., & Caldeira, E. (2022). Consumo de álcool na adolescência: Conhecer para intervir. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(1). [https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).5539-54](https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).5539-54)
- Matos, P. J. de A., Lopes da Silva Junior, F., Campos, M. A. de M., Rodrigues da Silva, E. de N., & Tavares, P. G. B. C. (2024). Prevenção dos problemas associados ao abuso de álcool em adolescentes. *Research, Society and Development*, 13(7). <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i7.46458>
- Ministério da Saúde, Portugal, Coordenação Nacional para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2025). *Relatório anual 2024: A situação do país em matéria de álcool*. <https://www.icad.pt>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências - SICAD. (2023). *Relatório anual 2022: A situação do país em matéria de álcool*. <https://www.icad.pt>
- World Health Organization. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599993>

Capítulo 6

A Reabilitação do Utente com Doença Alcoólica: Literacia, Autonomia e Ganhos em Saúde

102

Paula Fernandes, Enfermeira

Gonçalo Pinto, Enfermeiro

A reabilitação da pessoa com doença alcoólica representa um dos maiores desafios na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), uma vez que o consumo crónico de álcool se identifica numa adição que desencadeia uma cascata de danos multissistémicos.

A intervenção centra-se frequentemente em quadros severos de miopatia alcoólica e polineuropatia periférica, onde a atrofia das fibras musculares de contração rápida (tipo II) compromete os mecanismos de ajuste postural reativo (Martins et al., 2024; Teixeira et al., 2023). Esta condição eleva exponencialmente o risco de quedas e conduz a um estado de isolamento social e perda progressiva da autonomia sobre o próprio corpo. Neste contexto, a intervenção do EEER não pode

ser meramente instrumental ou técnica; deve configurar-se como um catalisador de reintegração.

A intervenção do EEER na mudança de comportamentos de saúde sustenta-se na transição da

intenção para a ação, um processo que exige a análise das crenças e atitudes do utente perante a doença alcoólica (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen, 1991).

Através de estratégias de persuasão e motivação, o enfermeiro atua como facilitador de uma reflexão crítica, incentivando o utente a processar

ativamente os benefícios da abstinência e do exercício terapêutico (Petty & Cacioppo, 1986). Esta abordagem não é meramente instrutiva, mas sim um esforço para promover a autonomia e a adoção de estilos de vida saudáveis, transformando a vulnerabilidade da adição numa intenção consciente de mudança.

Ao dotar o utente de conhecimento sobre a fisiopatologia da sua condição e a etiologia das suas limitações, capacitamo-lo a transformar a perceção da degradação muscular de um estado



irreversível num processo dinâmico, passível de recuperação funcional e reparação tecidual. A racionalidade científica deste comportamento profissional baseia-se num modelo de parceria terapêutica que coloca o utente no centro dos cuidados, surgindo a literacia em saúde como o mecanismo fundamental de reversão da passividade inerente ao processo de doença.

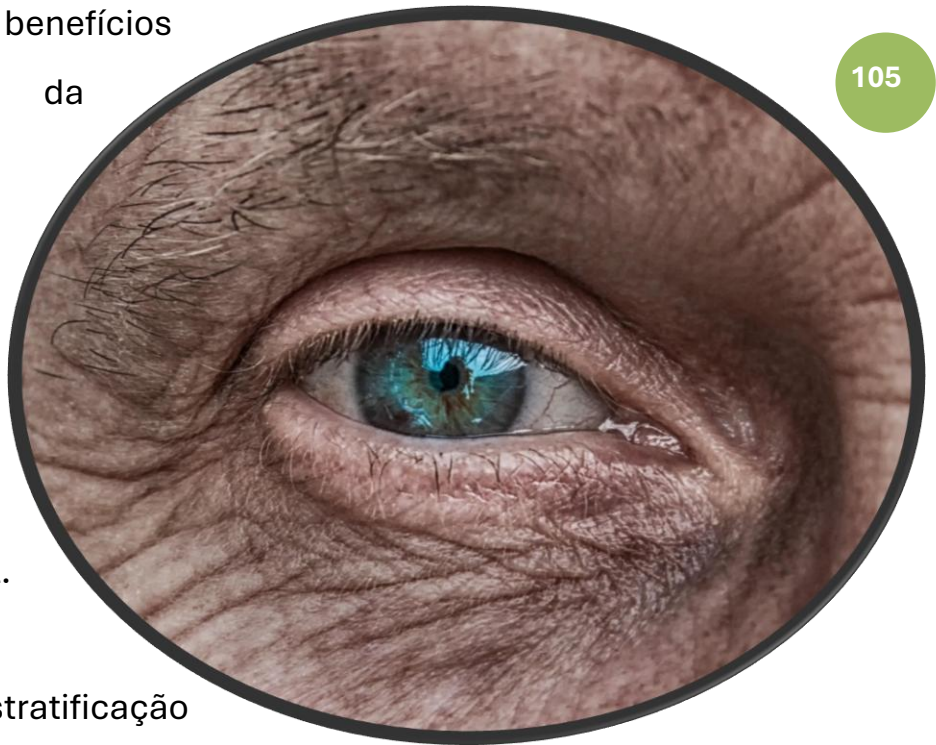
A operacionalização do *Plano de Cuidados pelo EEER* privilegia a relação terapêutica e a eficácia comunicacional como um espaço de emancipação. Reconhecer e promover a literacia não como um conceito estático, mas uma capacitação do utente para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde (Sørensen et al., 2012). Refletir sobre esta base permite-nos compreender que, ao potenciar estas capacidades, estamos a devolver ao utente o poder de tomar decisões fundamentadas no seu quotidiano, fator crucial para a manutenção da sua qualidade de vida. Esta base permite ao enfermeiro facilitar a transição da intenção para a ação, reforçando a autoeficácia perante as barreiras da doença alcoólica (Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975).

Ao utilizar a assertividade e a clareza como ferramentas de inclusão e descodificação técnica, o EEER assume um esforço consciente de adaptação linguística; trata-se de um compromisso ético de equilíbrio e fidedignidade, garantindo que a intenção do enfermeiro ressoe na perceção real do utente. Esta estratégia otimiza a navegação no sistema de saúde (Santos & Silva, 2022; Vaz de Almeida, 2022). Através de técnicas de persuasão ética e positividade, converte-se a

vulnerabilidade da adição numa vontade consciente de mudança, assegurando que os ganhos em saúde resultem de uma autonomia real e de uma gestão plena do processo de reabilitação (Petty & Cacioppo, 1986). Complementarmente, esta visão apreciativa emerge como elemento humanizador, focando-se no reforço das capacidades de autogestão e nos benefícios

biopsicossociais da mudança

comportamental, assegurando que a intervenção resulte em ganhos efetivos de autonomia e recuperação funcional.



105

O EEER aplica esta estratificação

ao adaptar as estratégias

de ensino e treino à

progressão clínica do

utente, transitando da

transmissão de instruções básicas para o desenvolvimento de competências de autogestão e discernimento crítico sobre os determinantes da sua própria saúde (Nutbeam, 2000).

À medida que a relação terapêutica se aprofunda, transitamos para a literacia interativa, onde a compreensão se torna central. Utilizando a assertividade, o enfermeiro promove a capacidade do utente em filtrar

informações e aplicá-las a novos contextos funcionais. Um exemplo prático desta competência é a monitorização da resposta ventilatória através do esforço percebido, utilizando a Escala de Borg. Neste estágio, o utente deixa de ser um recetor passivo de ordens clínicas para se tornar um intérprete da sua própria fisiologia e um agente de autogestão (OE, 2024).

Esta evolução clínica exige que a prevenção na reabilitação transcenda a mera abstinência do consumo, assumindo-se como um compromisso com a funcionalidade e a dignidade humana. Sob a égide da literacia, a prevenção terciária foca-se na mitigação ativa dos danos da miopatia e na redução do risco de quedas, garantindo que o exercício terapêutico atue como um agente travão na progressão da atrofia e na perda de independência (Martins et al., 2021).

Em simultâneo, o EEER exerce uma prevenção quaternária fundamental ao atuar como um escudo ético contra o estigma institucional. Ao consolidar o autocuidado e a literacia crítica, o enfermeiro mune o utente da competência necessária para triar as intervenções a que é submetido, protegendo-o de abordagens desumanizadas que frequentemente conduzem ao abandono terapêutico (ICAD, 2024).

Refletir sobre esta prática implica reconhecer que a reabilitação só atinge a sua plenitude quando salvaguarda o utente de danos iatrogénicos e sociais, assegurando que o percurso de recuperação seja respeitado na sua totalidade ética e de autonomia.

A ascensão ao patamar da literacia crítica representa o culminar da autonomia e a verdadeira emancipação do utente face à patologia (Nutbeam, 2000; Vaz de Almeida, 2022).

Refletir sobre este estágio exige compreender que a positividade e a humanização da relação terapêutica não são meros complementos, mas facilitadores essenciais para que o indivíduo desenvolva o discernimento necessário para analisar criticamente os seus riscos sociais e ambientais. Esta consciência permite-lhe identificar precocemente os estímulos precipitantes da recaída, transformando o conhecimento em autodefesa (ICAD, 2024).



Esta capacitação funcional constitui o suporte fundamental para a alostase, onde a estabilidade biológica e funcional não é algo imposto externamente, mas alcançada através de uma adaptação ativa e consciente (Oliveira et al., 2025). Ao atingir este nível, o utente deixa de apenas sobreviver à doença alcoólica para passar a gerir a sua

existência com soberania, equilibrando a sua resposta fisiológica com as exigências do meio envolvente.

O sentido profundo da intervenção do enfermeiro de reabilitação reside na premissa de que a recuperação de perímetros musculares e amplitudes articulares é efémera se não houver uma reconstrução da autonomia decisória. A literacia em saúde assume-se, assim, como o antídoto para a passividade do 'ser cuidado'.

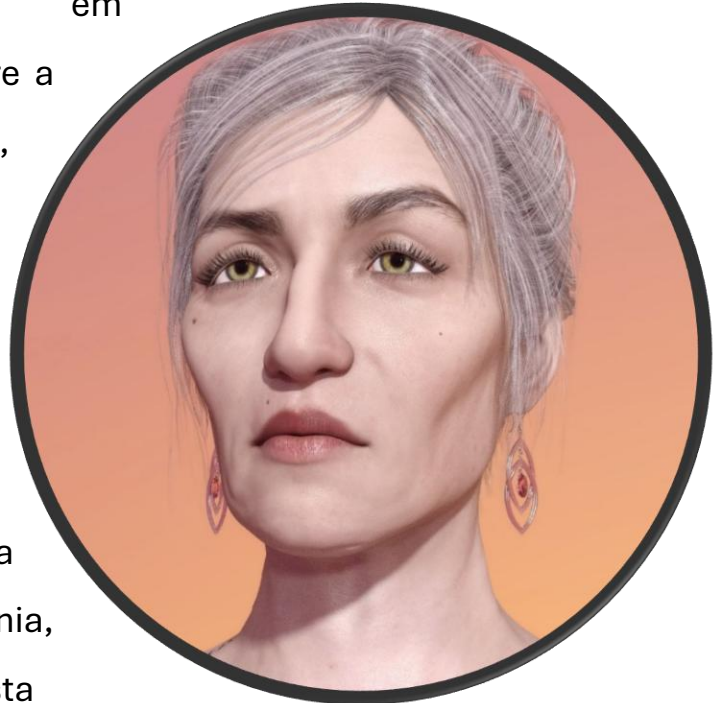
Ao operacionalizar esta prática, o plano de exercícios de reabilitação transfigura-se num contrato de confiança e numa uníssonas harmonia entre o EEER e o utente. Neste ambiente primordial, o enfermeiro consegue consolidar os cuidados técnicos em objetivos partilhados, onde o utente compreende que a sua biologia e a sua vontade são faces da mesma moeda.

Esta fundamentação reflete a necessidade de transformar a evidência clínica em competência existencial, garantindo que a reabilitação ocorra num ecossistema terapêutico que favoreça a paz de espírito e a redução dos níveis de cortisol, potenciando a recuperação proprioceptiva (Oliveira et al., 2025; WHO, 2026).

Desta forma, a literacia transforma o prognóstico: o utente substitui a culpa pela autoeficácia e assume o papel de agente ativo na sua adaptação funcional e segurança cardiovascular (Santos & Silva, 2022).

Esta maturidade cognitiva constitui o suporte fundamental para a alostase, onde a estabilidade biológica e funcional não é algo imposto externamente, mas alcançada através de uma adaptação ativa e consciente baseada em conhecimentos sólidos sobre a sua condição (Oliveira et al., 2025).

Ao atingir este nível, o utente deixa de apenas 'sobreviver' à doença alcoólica para gerir a sua existência com soberania, equilibrando a sua resposta fisiológica com as exigências do meio envolvente.



Este processo culmina na melhoria sustentada da sua qualidade de vida e na garantia da segurança do utente, assegurando que a autonomia recuperada se traduza numa vivência plena, segura e integrada no seu contexto social.

Em conclusão, a prática da Enfermagem de Reabilitação fundamentada na literacia reconstrói as bases da dignidade humana que a doença alcoólica severamente abalou.

O papel do EEER é devolver ao utente a ferramenta mais preciosa da cidadania, que é a soberania plena sobre o próprio bem-estar e a

capacidade de decisão acertada perante a complexidade do sistema de saúde. Neste processo contínuo de educação e movimento, a literacia atua como o motor da motivação, rompendo o ciclo da passividade e do estigma social. O sucesso da intervenção é baseado na promoção de resultados em saúde, elevando o utente da posição de mero objeto de cuidados para que se torne no protagonista consciente por meio de uma eficiente gestão terapêutica da sua vida.

Esta trajetória de recuperação reflete um posicionamento existencial em direção a uma qualidade de vida superior, onde o projeto de vida é gerido pela sua própria vontade e pelo estímulo de hábitos saudáveis que geram resultados crescentes, derivados de uma tomada de decisão informada, responsável e verdadeiramente autónoma.

Referências

- ICAD - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2024). *Plano de ação para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências: Horizonte 2030*. Ministério da Saúde.
- Martins, R., et al. (2021). *Guia de boas práticas: Cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. Ordem dos Enfermeiros.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Oliveira, M., et al. (2025). Ambientes terapêuticos e neuro plasticidade na reabilitação física: Uma revisão sistemática. *Jornal de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), 45-58.

- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados: atualização das competências do enfermeiro de reabilitação*. Conselho de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.
- Santos, P., & Silva, A. (2022). Literacia em saúde e autogestão no doente crónico: Estratégias de empoderamento. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 40(2), 112-125.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Teixeira, J., et al. (2023). *Perturbações do uso de álcool e patologia dual: diagnóstico e intervenção de enfermagem*. Edições Saúde.
- Tinto, A., et al. (2022). O processo de recovery e a reabilitação psicossocial: perspetivas atuais. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(9).
- Vaz de Almeida, C. (2022). *Literacia em saúde: Modelo de competências (ACP): aceder, compreender e praticar*. Edições ISPA.
- World Health Organization, [WHO]. (2026). *Health literacy development for noncommunicable diseases: A practical guide for health professionals*. WHO Press.



FOTOS : Pixabay (free)

COMO CITAR?

Vaz de Almeida, C., & Lopes, C. (2026). *Literacia em saúde e o álcool: Mudança de comportamentos, prevenção do consumo, promoção da saúde ao longo do ciclo de vida*. Ispa-Instituto Universitário.