



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

**Prevenção do tabagismo**

**num grupo de adolescentes do 6ºano, de uma  
escola básica da área da grande Lisboa**

**Inês Alexandra Garcia Ramos**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

**Prevenção do tabagismo**

**num grupo de adolescentes do 6º ano, de uma  
escola básica da área da grande Lisboa**

**Inês Alexandra Garcia Ramos**

**Orientador: Professor António Major**

**2015**



## AGRADECIMENTOS

Demonstro o mais sincero agradecimento a todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste relatório, nomeadamente:

Ao Professor António Major, que orientou e tornou possível a sua elaboração, através da sua competência científica. Pela disponibilidade e encorajamento que demonstrou ao longo de todo o percurso.

À Professora Fátima Moreira pelas palavras sábias de orientação ainda na fase de esboço do projeto.

À Enfermeira Dulce Casaleiro, pela orientação e partilha de saberes e ainda pelo seu grande entusiasmo e disponibilidade, sempre demonstrados.

À minha família, namorado e amigos, por me ouvirem, por me encorajarem e por estarem sempre presentes, apesar das minhas ausências e dificuldades.

Aos meus colegas e amigos do mestrado, por todos os momentos e partilhas.

A todas as entidades que de alguma forma contribuíram para a efetivação deste projeto, incluindo ao Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas, que autorizou o meu estágio; à comunidade escolar onde se desenvolveu o projeto, que me recebeu com muito carinho e à minha entidade patronal, com a disponibilidade de horário para realização do curso, sem a qual não seria possível concretizar.

A todos, muito obrigada!

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

E.E. – Encarregados de Educação

EECSP – Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EpS – Educação para a Saúde

F.A. – Frequência Absoluta

FAT – Fumo ambiental do tabaco

F.R. - Frequência Relativa

MPS – Metodologia do Planeamento em Saúde

MPSNP – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

OMS- Organização Mundial de Saúde

Pg - Página

PNPCT - Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

## Resumo

O consumo de tabaco é, atualmente, a principal causa de doença e morte prematura evitável, repercutindo-se em grandes custos sociais, económicos e de saúde, atingindo todas as regiões do mundo. A iniciação do consumo de tabaco ocorre, maioritariamente, durante a adolescência, fase em que a capacidade de tomar decisões ponderadas, está ainda insuficientemente desenvolvida. Se os adolescentes atingirem a idade adulta sem nunca terem fumado, há uma grande probabilidade de não serem fumadores regulares futuramente. Desta forma torna-se crucial a sua prevenção, para travar a “epidemia tabágica” nas próximas gerações.

A intervenção comunitária decorreu entre Setembro de 2014 e Fevereiro de 2015, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Loures e numa escola, enquadrada no projeto “Crescer Saudável”, do Plano Nacional de Saúde Escolar. Teve como finalidade contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis, na área da prevenção do tabagismo, num grupo de 47 alunos do 6ºano do 2º ciclo de uma Escola da área da grande Lisboa. A elaboração do relatório teve como alicerces, a metodologia de planeamento em saúde, de acordo com o perfil de competências específicas do Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e o referencial teórico do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Na fase de diagnóstico de situação, foi aplicado um questionário validado, a partir do qual se identificou os hábitos tabágicos, conhecimentos e atitudes dos adolescentes face ao tabagismo. As estratégias de intervenção foram a Educação para a Saúde e o estabelecimento de parcerias na comunidade. Na avaliação da intervenção comunitária, de acordo com os indicadores definidos, observou-se que as metas estabelecidas foram alcançadas. Assim, 84,5% dos alunos demonstraram possuir conhecimentos acerca do tabagismo, 96% demonstram autoeficácia nas respostas sobre a recusa do tabaco e intenção de fumar e 100% dos pais/encarregados de educação e alunos adquiriram conhecimentos acerca do fumo ambiental do tabaco. Pode-se assim concluir que, se contribuiu para a prevenção do tabagismo na adolescência e que a elaboração deste projeto permitiu a aquisição de competências do Especialista em Enfermagem de Comunitária e Saúde Pública.

**Palavras-chave:** Enfermagem Comunitária, Promoção da Saúde, Saúde Escolar, Prevenção do tabagismo e Adolescência.

## **Abstract**

Tobacco consumption is currently the leading cause of disease and premature and preventable death is impacting on major social, economic and health costs, reaching all regions of the world. The initiation of tobacco consumption occurs mostly during adolescence, the ability to make thoughtful decisions, is still poorly developed. If teens reach adulthood without ever having smoked, there is a high probability of ever being regular smokers. So it is crucial to prevention, to stop the "tobacco epidemic" in the coming generations.

Community intervention took place between September 2014 and February 2015, in Loures Care Unit in the Community and school basic education, framed in the National Plan for School Health project "Growing Healthy". Aimed to contribute to the adoption of healthy lifestyles, in the area of the smoking prevention, a 6th year of 47 students group the 2nd cycle of a School of the Greater Lisbon area.

The preparation of the report had as foundations, health planning methodology, according to the profile of specific powers of Specialist Community Nursing and Public Health, and the theoretical framework of the Health Promotion Model, by Nola Pender. In the situation diagnostic phase, a validated questionnaire was used, from which we identified smoking habits, knowledge and attitudes of adolescents face to smoking. Intervention strategies were the Health Education and the establishment of partnerships in the community. In assessing the Community intervention, according to the activity and outcome indicators, it was observed that the targets were achieved. So, 84.5% of students have demonstrated knowledge about smoking, 96% demonstrate self-efficacy in the answers on tobacco refusal and intention to smoke and 100% of parents / guardians and students have acquired knowledge about environmental tobacco smoke. So can be concluded that there are contributions to the prevention of smoking in adolescence and the preparation of this project enabled the acquisition of skills Specialist Community Nursing and Public Health.

**Keywords:** Community Nursing, Health Promotion, School Health, Smoking prevention and Adolescence.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>15</b>
1.1. Comportamentos de risco na adolescência	15
1.2. Consumo de tabaco	16
1.3. O papel do Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na prevenção do tabagismo na adolescência	19
<b>2. METODOLOGIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>23</b>
2.1. Metodologia de planeamento em saúde	23
2.1.1. Contexto	23
2.1.2. População alvo e amostra	24
2.1.3. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	25
2.1.4. Questões éticas	26
2.1.5. Análise de dados	27
<b>3. PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>28</b>
3.1. Diagnóstico de situação	28
3.1.1. Apresentação e discussão dos resultados	28
3.1.2. Diagnósticos de enfermagem	31
3.2. Determinação de prioridades	32
3.3. Fixação dos objetivos	34
3.4. Seleção de estratégias	37
3.5. Preparação operacional	41
3.6. Avaliação	47
<b>4. CONCLUSÕES</b>	<b>50</b>
4.1. Limitações do projeto	50
4.2. Reflexão sobre as competências adquiridas	51
4.3. Implicações para a prática de enfermagem	54
4.4. Considerações finais	56
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Pg
<b>ANEXO 1.</b> Diagrama adaptado do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	21
<b>ANEXO 2.</b> Cedência e autorização pelo Sr. Professor José Precioso, para utilização do questionário da sua autoria	26
<b>ANEXO 3.</b> Questionário aplicado	26
<b>ANEXO 4.</b> Autorização da Direção Geral da Educação para aplicação do inquérito em meio escolar	26
<b>ANEXO 5.</b> Parecer favorável da Comissão de ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo para a realização do relatório	27

## ÍNDICE DE APÊNDICES

	Pg
<b>APÊNDICE 1.</b> Cronograma de atividades	13
<b>APÊNDICE 2.</b> Autorização do Sr. Diretor do Concelho Executivo da escola básica para realização do estudo e aplicação do questionário	26
<b>APÊNDICE 3.</b> Pedido de autorização do Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas para divulgação do nome da instituição	27
<b>APÊNDICE 4.</b> Consentimento livre e esclarecido para os pais/Encarregados de educação dos alunos	27
<b>APÊNDICE 5.</b> Tabelas de análise de dados	28
<b>APÊNDICE 6.</b> Método de Hanlon	32
<b>APÊNDICE 7.</b> Cronograma de Gantt	41
<b>APÊNDICE 8.</b> Recursos materiais, humanos e financeiros	41
<b>APÊNDICE 9.</b> Plano Operacional Detalhado	41
<b>APÊNDICE 10.</b> Plano de sessão da ação de sensibilização aos pais/E.E.: “Respire saúde...sem tabaco!!!”	43
<b>APÊNDICE 11.</b> Sessão de EpS: “Respire saúde...sem tabaco!!!”	43
<b>APÊNDICE 12.</b> Plano de sessão da EpS: “Respira saúde...sem tabaco!!!”	44
<b>APÊNDICE 13.</b> Sessão de EpS: “Respira saúde...sem tabaco!!!”	44
<b>APÊNDICE 14.</b> Plano de sessão de EpS: “Sei dizer NÃO ao tabaco!”	44
<b>APÊNDICE 15.</b> Sessão de EpS: “Sei dizer NÃO ao tabaco!”	45
<b>APÊNDICE 16.</b> Plano de sessão de EpS: “Quem canta, o tabaco espanta!”	45
<b>APÊNDICE 17.</b> Letra da música elaborada pelos alunos na sessão de EpS: “Quem canta, o tabaco espanta!”	45
<b>APÊNDICE 18.</b> Plano de sessão da EpS: “Debate café” com os pais/E.E.	46
<b>APÊNDICE 19.</b> Plano de sessão da EpS: “Não fumador...sem dúvidas!”	46
<b>APÊNDICE 20.</b> Sessão de EpS: “Não fumador...sem dúvidas!”	46
<b>APÊNDICE 21.</b> Sessão de EpS: “Exposição sobre o tabagismo”	47
<b>APÊNDICE 22.</b> Avaliação dos indicadores de adesão e qualidade	47
<b>APÊNDICE 23.</b> Questionário de avaliação da satisfação dos alunos	47
<b>APÊNDICE 24.</b> Questionário (satisfação e conhecimentos) dos pais/E.E.	47
<b>APÊNDICE 25.</b> Questionário de avaliação dos conhecimentos dos alunos	48
<b>APÊNDICE 26.</b> Avaliação dos indicadores de resultado	48

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico 1.** Distribuição dos participantes por idade

29

## INDICE DE QUADROS

	Pg
<b>Quadro 1.</b> Problemas resultantes da análise dos dados e respectiva Frequência relativa/Absoluta	31
<b>Quadro 2.</b> Diagnósticos de enfermagem, objetivos gerais, objetivos específicos, operacionais e indicadores de resultado.	35 36
<b>Quadro 3.</b> Indicador de atividade	36
<b>Quadro 4.</b> Indicadores de qualidade	36
<b>Quadro 5.</b> Indicadores de adesão	37
<b>Quadro 6.</b> Diagnósticos de enfermagem, metas e respectivas avaliações dos indicadores de resultado	49

## INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários têm vindo a adquirir um papel determinante, tendo em conta as necessidades em saúde atuais. O enfermeiro ao especializar-se em saúde comunitária adquire competências para realizar uma avaliação multicausal e participar nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e assim desenvolver programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e ao *empowerment* das comunidades (OE, 2010).

Segundo a WHO (World Health Organization), no Relatório Mundial de Mortalidade atribuível ao Tabaco, atualmente, fumar é o maior fator de risco comportamental, provocando um grande número de mortes prematuras evitáveis em todo o mundo, sendo considerada uma pandemia (WHO, 2012).

Deste modo, também o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, destaca a epidemia do tabagismo, como um problema de saúde pública principal, e para isso desenvolveu o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), com carácter prioritário (Direção Geral da Saúde (DGS), 2012). Este Programa, tem como eixo de intervenção transversal a prevenção da iniciação do consumo de tabaco nos jovens, sendo este facto crucial para controlar a epidemia tabágica nas próximas gerações (DGS, 2012).

A escola encontra-se numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente e deve facilitar a adoção de comportamentos favoráveis à saúde (DGS, 2012).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) tem como finalidades promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa, reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis e contribuir para os princípios das escolas promotoras de saúde (DGS, 2013). De entre as atividades do PNSE, salienta-se o apoio ao desenvolvimento de projetos nas áreas de promoção de saúde prioritárias, nomeadamente consumo de substâncias lícitas e ilícitas. As Escolas Promotoras de Saúde, incluem a educação para a saúde (EpS) no currículo e possuem atividades de saúde escolar, cujo objetivo é dinamizar, nos serviços de saúde, a execução do PNSE.

A temática escolhida para este projeto tem assim justificada a sua pertinência, visto que está de acordo com as orientações da DGS, em que, um dos indicadores

obrigatórios no PNSE - ano letivo 2013/2014, é a percentagem de alunos abrangidos por projetos de prevenção do consumo de tabaco no 1º, 2º e 3º ciclo do Ensino Básico e secundário (DGS, 2013).

Esta intervenção comunitária, direcionada para os adolescentes que frequentam o 6º ano, foi identificada como uma necessidade na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Loures, sendo que também despertou na mestrandia grande interesse, por todos os motivos evidenciados e muito pertinentes, referidos anteriormente.

Assim, enquadrado no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Unidade Curricular Estágio com Relatório, realizou-se o estágio de intervenção comunitária, do qual resultou a elaboração deste relatório, que tem como objetivos descrever, analisar e avaliar as atividades desenvolvidas durante o estágio. A intervenção comunitária decorreu entre 30 de Setembro de 2014 e 13 de Fevereiro de 2015, na UCC de Loures e numa escola E/B 2,3 da área da grande Lisboa, de acordo com o cronograma elaborado (apêndice 1). Teve como finalidade contribuir para adoção de estilos de vida saudáveis, na área da prevenção do tabagismo, num grupo de adolescentes a frequentar o 6ºano, do 2º ciclo de uma Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa. O projeto seguiu a Metodologia do Planeamento em Saúde (MPS), que tem como objetivo reduzir os problemas de saúde prioritários, coordenando esforços de vários setores socioeconómicos, utilizando recursos existentes para atingir os objetivos fixados, de forma eficaz e eficiente (Imperatori & Giraldes, 1993).

O quadro de referência norteador da elaboração da intervenção foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP). Faz sentido nesta área temática, já que a autora deste modelo defende que o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias, enfatiza, por isso o papel ativo do utente na gestão dos comportamentos de saúde, defende nos seus pressupostos que as pessoas têm a capacidade de autoconsciência reflexiva, incluindo a apreciação das suas próprias competências; procuram regular ativamente o seu próprio comportamento; os indivíduos em toda a sua complexidade bio-psico-social, interagem com o ambiente, transformando-o progressivamente e sendo também ele transformado e os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital, (Tomey e

Alligood, 2004). Este modelo assenta no desenvolvimento humano, na psicologia experimental e no ensino, baseando-se na enfermagem holística, na psicologia social e na Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandurra, que tem como postulado a importância dos processos cognitivos nas alterações do comportamento e inclui as crenças de autoeficácia (Tomey & Alligood, 2004), o que é importante para a definição das estratégias a implementar nesta intervenção.

O enfermeiro deve capacitar os adolescentes para tomarem decisões autónomas, responsáveis e saudáveis sobre os seus comportamentos de saúde, sobretudo por serem um grupo vulnerável neste sentido, devido ao seu estadio de desenvolvimento, e por isso será utilizada a Educação para a Saúde, como estratégia de intervenção.

O relatório está redigido de acordo com a norma American Psychological Association 6ª edição, e encontra-se dividido em 4 capítulos. O primeiro capítulo é o enquadramento teórico, onde foi realizada uma revisão da literatura sobre os comportamentos de risco na adolescência, o consumo de tabaco e uma abordagem ao papel do Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EECSP) na prevenção do tabagismo na adolescência. No segundo capítulo foi abordada a metodologia do projeto de intervenção e no terceiro capítulo, o projeto de intervenção, desenvolvidos de acordo com a MPS. Por fim, no quarto capítulo enunciam-se as conclusões.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. Comportamentos de risco na adolescência

A Organização Mundial de Saúde (OMS) identifica a adolescência como o período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre depois da infância e antes da idade adulta, entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 2014). É, por isso, um período de transição e é uma fase em que o adolescente experimenta várias modificações a nível biológico, social e psicológico, necessárias para que se possa vir a assumir o papel de adulto na sociedade e estas mudanças geram incertezas e ansiedade, assim como o desejo da descoberta e o medo de serem rejeitados (Saito, Silva e Leal ,2008; Moreira, Viana, Queiroz, & Jorge, 2008). Segundo Erickson (1963), citado por Biesbroeck (2006), na teoria do desenvolvimento psicossocial, a criança dos 12 aos 18 anos, encontra-se no estadio da identidade *versus* confusão de papéis. Segundo o mesmo autor, este estadio caracteriza-se por mudanças físicas rápidas e marcantes e a criança torna-se exageradamente preocupada com a sua imagem e em integrar os seus conceitos e valores com os da sociedade. Além da maturação física e sexual, há um desejo de alcançar a independência económica e social e decorre o desenvolvimento da identidade, em que existe a aquisição das competências necessárias para levar a cabo as relações e os papéis de adultos, bem como a capacidade de raciocínio abstrato (WHO, 2014).

Segundo WHO (2014), por um lado, a adolescência é um período de grande crescimento e potencial, no entanto é também uma fase de risco considerável, durante o qual os contextos sociais exercem poderosas influências nos comportamentos de saúde, em que muitos adolescentes enfrentam pressões para o consumo de cigarros, sendo que os padrões de comportamento são mesmo estabelecidos durante este processo. Como resultado, durante esse processo, os adultos têm oportunidades únicas para influenciar os jovens (WHO, 2014), não só pelos exemplos de comportamentos saudáveis, mas também como profissionais de saúde, que têm aqui uma oportunidade na promoção da saúde.

Também por esta razão, a indústria do tabaco direciona as estratégias de marketing essencialmente para os adolescentes, já que a probabilidade de tomar decisões desacertadas é grande e é nesta faixa etária que se inicia o consumo de

tabaco, não só pelo espírito de experimentação do novo, mas também como fator de integração num grupo e necessidade de afirmação, pela associação do tabaco ao estilo de vida moderno, pela aceitação social da droga e pela facilidade de acesso, nos estabelecimentos de venda, (Girón, Souza e Fulco,2010).

Segundo a OMS (2014), os adolescentes não são plenamente capazes de compreender conceitos complexos, ou a relação entre o comportamento e as consequências. Esta incapacidade pode torná-las particularmente vulneráveis a comportamentos de risco (WHO, 2014). O termo comportamentos de risco foi definido como qualquer atividade praticada por indivíduos, com frequência e intensidade tal, que conduza a um aumento de risco de doença ou acidente (Steptoe e Wardle, 1996, cit. in Matos & Carvalhosa, 2006).

Os adolescentes dependem das suas famílias, da sua comunidade, escola e dos serviços de saúde, para aprenderem uma série de habilidades importantes que permitem saber lidar com as pressões que enfrentam e fazerem a transição da infância para a idade adulta, com sucesso. Os pais, membros da comunidade, prestadores de serviços e instituições sociais têm a responsabilidade de promover o desenvolvimento saudável do adolescente e de intervir de forma eficaz quando surgem problemas (WHO, 2014).

## **1.2. Consumo de tabaco**

Existem uma série de fatores que influenciam e aumentam o risco do adolescente a começar a fumar e para levar a cabo uma boa prevenção, é indispensável o conhecimento das motivações e influências que levam o adolescente a experimentar o tabaco e a começar a fumar. De acordo com um estudo efetuado sobre o tabagismo na adolescência, os determinantes sociais que se relacionam com esta problemática são a influência de familiares e amigos, curiosidade, necessidade de autoafirmação, pais separados, necessidade de aceitação em determinados grupos sociais, exposição à violência, e a influência da publicidade e meios de comunicação sociais (Silva, Porcino, Alemida, & Araújo, 2011).

Na Europa em 2012, os fatores que mais revelaram determinar o início do consumo de tabaco são o facto de os amigos fumarem (79%), os pais terem fumado

(21%) e gostarem do cheiro ou sabor do tabaco (19%) (European Commission, 2012). Estes fatores variam de acordo com as variáveis sociodemográficas em cada país, no entanto o facto de os amigos consumirem tabaco é sempre o fator referido como mais influente (European Commission, 2012). De acordo com a mesma fonte, em 2012, em Portugal, 82% das pessoas fumadoras e não fumadoras referem ser o facto de os amigos fumarem, 19% refere ser devido ao facto de gostar do cheiro e sabor do tabaco, 10% devido ao tabaco ser barato e 6% devido aos pais terem fumado (sendo este fator com a menor percentagem apresentada entre todos os países da Europa). Assim, as características gerais do indivíduo influenciam o comportamento de saúde, tal como a idade, a personalidade, a raça, etnia e estatuto socioeconómico (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

O consumo de tabaco é a principal causa evitável de doença e de morte, levando a grandes custos sociais, económicos e de saúde, de forma crescente principalmente nos grupos populacionais mais desfavorecidos, contribuindo para exacerbar as iniquidades em saúde (DGS, 2012).

Atualmente existem cerca de 1,2 biliões de consumidores de tabaco no mundo, sendo que 200 milhões são mulheres (WHO, 2010; 2011). O tabaco mata, a cada ano, cerca de 6 milhões de pessoas no mundo, a maioria prematuramente, com uma causa atribuível ao tabaco, das quais 5 milhões são consumidores diretos e mais de 600.000 são não fumadores expostos ao fumo ambiental do tabaco (FAT) (WHO, 2013). Estima-se que até 2030 este valor aumente para 8 milhões e a menos que sejam tomadas medidas efetivas, prevê-se que mil milhões de pessoas morrerão durante o século XXI, por esta epidemia.

Segundo a OMS, cerca de 150 milhões de jovens consomem tabaco, no mundo (WHO, 2011). A European Commission (2012), no Eurobarómetro realizado em 2012, refere que 90% dos fumadores portugueses iniciaram o consumo de tabaco antes dos 25 anos, a maioria entre os 15 e os 18 anos de idade, com uma prevalência de 51%. Segundo WHO (2012), no estudo Health Behaviour in School-Aged Children (2009/2010), os dados indicam que em Portugal, existe uma baixa prevalência de jovens fumadores aos 11 anos que fumam pelo menos 1 vez por semana (1% no sexo masculino e feminino), no entanto, aos 15 anos, há uma grande subida nos números, em Portugal, 10% no sexo feminino e 11% no masculino. Segundo, Feijão, Lavado, & Calado (2011), a maioria dos jovens

portugueses em meio escolar, do ensino público, começa a fumar entre os 13 e os 16 anos de idade.

Segundo dados recolhidos em 2011, pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência, no âmbito do estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e outras drogas/European School Survey on Alcohol and other drugs (ECTAD/ESPAD) em Portugal em escolas públicas, dos rapazes com 18 anos de idade, 64,6% referem já ter consumido tabaco; 29% iniciaram o consumo de tabaco entre os 13 e os 15 anos de idade e 5,5% antes dos 10 anos (Feijão, Lavado, & Calado, 2011). Das raparigas com 18 anos de idade 64,9% refere já ter iniciado o consumo de tabaco; 31,6% iniciaram o consumo entre os 13 e os 15 anos e 3,5% antes dos 10 anos (Feijão, Lavado, & Calado, 2011).

Em 2006 houve um decréscimo e em 2011 houve novo aumento, relativo à prevalência do consumo de tabaco ao longo da vida (ter alguma vez consumido tabaco), nos jovens do 3º ciclo e secundário do ensino público (Feijão F. , 2011). De acordo com a mesma fonte, registou-se também um aumento da percentagem de jovens que disseram ter fumado nos últimos 30 dias, entre 2006 e 2011, mais evidente nos alunos do ensino secundário e a região onde a prevalência de consumo é mais elevada é no Alentejo.

No entanto, a problemática do tabagismo não está apenas relacionada com o seu consumo, mas também a exposição ao FAT. O fumo do tabaco contém 4000 produtos químicos, em que pelo menos 250 são nocivos e 50 causam cancro, pelo que não há um nível de exposição seguro (WHO, 2013). Segundo a mesma fonte, mais de 40% das crianças no mundo, têm pelo menos 1 dos progenitores que fuma, e em 2004 as crianças apresentaram 28% das doenças atribuíveis ao FAT.

A exposição das crianças ao FAT, está relacionada com graves problemas para a sua saúde, nomeadamente maior risco de infeções agudas das vias aéreas inferiores, infeções respiratórias de repetição, otites, indução e exacerbação da asma e enfisema pulmonar, e a exposição é elevada (Precioso, et al., 2012). De acordo com um estudo efetuado em Portugal, em 2012, relativamente à exposição das crianças ao FAT, no domicílio, verificou-se que 27,5% das crianças (na sua maioria com 9 anos de idade) estavam expostas, diariamente (12,5%) ou ocasionalmente (15%) e ainda se verificou que 69,8% das mães e 56,8% dos pais fumadores, fumam em casa (Precioso, et al., 2012). De acordo com o mesmo autor,

é importante uma intervenção preventiva eficaz por parte dos profissionais de saúde, considerando esta área uma prioridade na EpS, na escola, não só pelos efeitos nocivos da exposição ao FAT, como pela aprendizagem de comportamentos por modelagem (Precioso, et al., 2012).

### **1.3. O papel do Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na prevenção do tabagismo na adolescência**

Segundo a WHO (1986), na Carta de Ottawa, a promoção da saúde é o processo que tem como objetivo aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem e melhorarem a sua saúde. A responsabilidade da promoção da saúde deve ser partilhada com indivíduos, grupos comunitários, profissionais e instituições de saúde e governos (WHO, 1986). Para se promover a saúde deve-se capacitar as pessoas para controlar os fatores que determinam a sua saúde, através da informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis (WHO, 1986). Ainda de acordo com a mesma fonte, a promoção da saúde requer o desenvolvimento de competências pessoais, através da melhoria da informação, EpS e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Desta forma a população ficará mais capacitada para controlar a sua saúde e fazer opções neste sentido.

O Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EECSP) deverá intervir fundamentalmente na promoção de saúde dos adolescentes, nomeadamente na ampliação da sua autonomia e coresponsabilização, para com o desenrolar da sua vida e as atividades devem ser realizadas no sentido de reduzir as possibilidades ou adiar o início do consumo do tabaco. Os comportamentos de promoção da saúde são adquiridos mais facilmente na infância, quando as rotinas e os hábitos começam a ser formados e são fundamentais para garantir a prevalência dos estilos de vida saudáveis na população (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). A promoção da saúde encontra a sua máxima motivação na fase da adolescência e jovens adultos, quando a energia, vitalidade e vigor são importantes atingir, mas o tratamento das doenças crónicas ainda é remoto (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Segundo as mesmas autoras, os jovens aderem aos comportamentos saudáveis pelo prazer de o fazer ou para melhorar a sua aparência física, sendo

mais atraente para os outros. O MPSNP não inclui o “medo” ou a “ameaça” como motivador do comportamento de saúde, e por isso, adequa-se aos adolescentes, que tendem a considerar-se como invulneráveis à doença (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). O EECSP, deve basear-se na articulação interinstitucional, interdisciplinar e realizar ações de capacitação de forma emancipatória, em vários espaços de atuação em que o adolescente se insere (Saito, Silva e Leal, 2008).

Segundo o PNSE (2013/2014), a promoção de saúde na escola deve contribuir para aumentar a literacia em saúde, o que requer a aquisição de conhecimentos, de competências e de confiança na ação, refletindo-se na melhoria da saúde individual e da comunidade e em modificações dos estilos de vida. Estilos de vida “são um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações de dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida”, DGS (2013).

Devido ao fato de, a maioria dos adolescentes estarem matriculados nas escolas, os programas de promoção da saúde desenvolvidos neste local, podem ter grandes benefícios na promoção de comportamentos de saúde destes, antes de certos padrões de comportamento solidificarem (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Segundo o PNSE (2013/2014), na escola, as atividades de promoção da saúde devem ter por base o *empowerment*, e a prioridade deve ser dada as alternativas saudáveis e à promoção de atitudes assertivas, numa abordagem salutogénica da saúde. O *empowerment* é o “(...) processo pelo qual uma pessoa que se encontra em condições mais ou menos incapacitantes, desenvolve, por meio de acções concretas, o sentimento de que lhe é possível exercer um maior controlo sobre os aspectos da sua realidade psicológica e social” (Le Bossé e Lavalée, 1993 cit. por Anaut, 2005, p. 77). Devem-se evitar as abordagens negativas, moralizadoras ou centradas na ameaça de doenças, sendo de valorizar as abordagens que contribuam para capacitar e habilitar os jovens a decidir de modo informado (Precioso, 2008). A prevenção deve iniciar-se imediatamente antes dos primeiros consumos, entre os 12 e os 13 anos, já que se considera uma etapa crítica de mudança, na adolescência (Mera, Docabo, Fontenla, & Fernández, 2009), e deverá consistir em contrariar os fatores de risco e promover os fatores de proteção (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Segundo as mesmas autoras, a relação entre a pessoa e o ambiente é recíproca, pois a pessoa influencia e é influenciada pelo

meio ambiente, e este contexto pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo na adoção de comportamentos de saúde. Os profissionais de saúde constituem uma parte do ambiente interpessoal, que exerce influência sobre a pessoa durante todo o seu ciclo vital (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

O MPSNP revelou-se um importante instrumento de trabalho para orientar o desenvolvimento da intervenção comunitária, já que permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pela inter-relação entre 3 pontos essenciais: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o resultado comportamental (anexo1). As características individuais e experiências envolvem 2 variáveis: o comportamento anterior relacionado, ou seja, a frequência do comportamento de saúde igual ou similar que ocorreu no passado e fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais), que influenciam o comportamento de saúde do indivíduo. Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar envolvem 8 variáveis: os benefícios percebidos da ação, isto é, resultados positivos antecipados que decorrerão do comportamento de saúde, que levam a adotar o comportamento; as barreiras percebidas para a ação, ou seja, custos pessoais, imaginados ou reais, de ter determinado comportamento, que podem restringir uma ação/comportamento de saúde; a autoeficácia percebida que é o julgamento da capacidade pessoal de organizar e executar um comportamento particular de saúde, a autoconfiança na performance de um comportamento de saúde bem sucedido, que aumenta a probabilidade de desempenho do comportamento desejado e compromisso com a ação; a emoção relacionada com a atividade, que influencia a autoeficácia percebida, o que significa que quanto mais positivo é o sentimento, maior percepção de autoeficácia; as influências interpessoais da família, pares e prestadores de cuidados, através das normas (expectativas dos outros significativos), modelagem/modelos de conduta (aprendizagem vicária através da observação de outros, num comportamento específico), são importantes fontes de influência e que podem aumentar ou diminuir o comportamento de saúde; as influências situacionais (opções, características de competição, estética), percepções da compatibilidade do contexto de vida ou ambiente com a adoção de um comportamento específico de saúde; o compromisso com um plano de ação (intenção de realizar um comportamento particular de saúde com sucesso incluindo

a identificação de estratégias específicas, quanto maior é o compromisso, maior é a probabilidade de manter o comportamento promotor de saúde; as exigências e preferências de competição imediata, isto é, o compromisso com um plano de ação é menos provável de ocorrer quando compete com exigências (pouco controle) e de preferências (grande controle) (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). O resultado comportamental ou comportamento promotor de saúde é a obtenção do comportamento desejado de saúde, tais como o bem-estar, realização pessoal e existência produtiva e está relacionado com todas as variáveis anteriores. Assim, a percepção da competência ou da autoeficácia para executar um dado comportamento aumenta a probabilidade de compromisso com a ação, e maior eficácia resulta em menos barreiras percebidas para um específico comportamento de saúde e quando emoções positivas estão associadas com um comportamento, a probabilidade de compromisso e ação é aumentada (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Desta forma, os adolescentes podem modificar cognições, afetos, influências interpessoais e situacionais para criar incentivos na promoção de comportamentos saudáveis (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

A efetividade dos programas de prevenção do tabagismo depende da implementação continuada ao longo da adolescência e de integração de medidas dirigidas diretamente aos adolescentes e indiretamente, por via do seu contexto social (escola, família e comunidade) (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Os resultados do projeto European Smoking Prevention Framework Approach em Portugal sugerem que os programas de prevenção do tabagismo devem ter por base o treino de competências sociais com várias finalidades, incluindo o reforço da autoeficácia para recusar fumar (Vitória, Silva, & Vries, 2011). Devem incluir também a correção da sobrestima; persuasão dos amigos a não exercerem pressões diretas ou indiretas sobre os não fumadores; aumentar o sentimento de preocupação e de vulnerabilidade com as consequências de fumar e melhorar os conhecimentos sobre as vantagens de não fumar (Precioso, 2008). O EECSP deve planejar estratégias de EpS que levem o público-alvo à reflexão crítica sobre o tabagismo, de forma a que, consiga conhecer as formas de pensar desse grupo, os seus costumes e comportamentos (Girón, Souza e Fulco, 2010). Devem ser utilizados métodos interativos, tais como: discussão, atividades de grupo estruturadas, *role-playing* (Mera, Docabo, Fontenla, & Fernández, 2009).

## **2. METODOLOGIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Para avaliar o estado de saúde de uma comunidade, o EECSP, utiliza a Metodologia do Planeamento em Saúde (MPS) (OE, 2010). Desta forma, também o projeto de intervenção foi desenvolvido com base na MPS, que envolve as seguintes etapas: Diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação (Tavares, 1990).

### **2.1. Metodologia de planeamento em saúde**

Segundo Imperatori & Giraldes (1986, p.6), o planeamento da saúde pode definir-se como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores socioeconómicos.” Esta metodologia existe por várias razões, nomeadamente devido à escassez de recursos e da necessidade de os utilizar de forma eficaz e eficiente; a necessidade de intervir nas causas dos problemas; a necessidade de identificar prioridades; evitar intervenções isoladas e a necessidade de rentabilizar e otimizar infraestruturas que têm custos associados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para realizar o diagnóstico de situação, foi efetuada a caracterização do contexto, foi identificada a população alvo a quem foram colhidos os dados para análise e definida a amostra, para a realização da intervenção.

#### **2.1.1. Contexto**

O projeto de intervenção comunitária desenvolveu-se na UCC Loures. No concelho de Loures existem atualmente dez freguesias, e a população é abrangida em termos de cuidados de saúde pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Loures – Odivelas, onde estão associadas três Unidades de Saúde: Loures, Sacavém e Odivelas. A população do Concelho de Loures é relativamente jovem, sendo que Loures é o quarto município mais jovem da área metropolitana de Lisboa, comparativamente a 2001, (INE – Censos 2011). De acordo com o plano de ação

2013-2015 da UCC de Loures, o parque escolar abrange uma população de 10177 alunos, onde estão incluídos 48 estabelecimentos de ensino público que estão organizados por 5 agrupamentos (UCC Loures, 2013). Um dos projetos da carteira de serviços da UCC de Loures é o “Crescer Saudável”, incluído no PNSE, cujo um dos objetivos é reforçar fatores de proteção relacionados com estilos de vida saudáveis e intervir em áreas prioritárias tais como a prevenção do tabagismo na adolescência.

### 2.1.2. População alvo e Amostra

É necessário definir a população junto da qual será recolhida a informação (Fortin, Côté, & Filion, 2009). A população alvo é um grupo de pessoas que têm características comuns, que são objeto do estudo e que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente, permitindo fazer generalizações (Fortin, Côté, & Filion, 2009). No projeto, a população alvo é constituída pelos 184 alunos que frequentam o 6º ano, do ano letivo de 2014/2015 de uma escola E/B 2,3 da área da grande Lisboa. Raramente existe a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, e por isso, examina-se a população acessível, que é a porção da população alvo a que se pode aceder e esta deve ser representativa da população alvo (Fortin, Côté, & Filion, 2009). Dos 184 alunos, apenas 128 entregaram o consentimento livre e esclarecido assinado pelos pais/E.E. e 4 faltaram à aula do preenchimento do questionário sobre o tabagismo, sendo que no total foram 124 alunos (população acessível), que responderam ao questionário aplicado, em sala de aula. Foi realizada a colheita de dados aos 124 alunos, para evitar o risco de erro amostral. O erro amostral refere-se à diferença entre os valores obtidos relativamente a uma característica da amostra e os valores obtidos para esta característica do estudo da população inteira, o erro geralmente é maior com amostras de pequeno tamanho e decresce a medida que o tamanho da amostra aumenta (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Devido ao curto espaço temporal da intervenção comunitária, não foi possível intervir nos 124 alunos, dispersos pelas várias turmas, havendo necessidade de limitar a intervenção a apenas 2 turmas. Desta forma, recorreu-se à técnica de amostragem para selecionar as turmas a intervir. Assim, “A amostragem é um

processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população é escolhido de maneira a representar uma população inteira.” (Fortin, Côté, & Filion, 2009, p.310). Para definir a amostra (fração de uma população sobre a qual se faz o estudo) foram definidos critérios de inclusão (características essenciais dos elementos da população e que se desejam encontrar nos elementos da amostra) e exclusão (indivíduos que não farão parte da amostra) e para ser representativa, a amostra deve assemelhar-se, o mais possível, à população (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Os critérios de inclusão:

- ✓ Alunos de ambos os sexos, a frequentar o 6º ano de escolaridade;
- ✓ Alunos cujos pais/E.E. assinaram o consentimento livre e esclarecido;
- ✓ Alunos que tenham capacidade para ler, compreender e responder aos questionários;

Os critérios de exclusão:

- ✓ Alunos em que os pais/E.E. não assinaram o consentimento livre e esclarecido;
- ✓ Alunos que faltaram à aula do preenchimento do questionário;

De acordo com os critérios, definiu-se a amostra não probabilística acidental ou de conveniência, constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem aos critérios de inclusão definidos (Fortin, Côté, & Filion, 2009). A amostra foi, desta forma, constituída pelas turmas 6º A e 6º D, num total de 47 alunos, que respeitam todos os critérios definidos.

### 2.1.3. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Para a colheita de dados foi aplicado um questionário, que “ é um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, junto de um grande número de pessoas distribuídas por um vasto território” (Fortin, Côté, & Filion, 2009, p. 387). Segundo os mesmos autores, é um instrumento que fornece respostas escritas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões a um conjunto de questões e é o método de colheita de dados mais utilizado pelos investigadores. Os questionários podem ser preenchidos pelos próprios ou enviados pelo correio ou internet, podem

ter questões fechadas e abertas, apresentadas por uma ordem lógica, permitindo a comparação entre os respondentes, levando a poucos enviesamentos (Fortin, Côté, & Fillion, 2009). Pode-se utilizar um questionário já existente e testado, podendo por vezes, juntar-se ou suprimir questões para poder responder às exigências da investigação (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

O questionário utilizado foi pedido ao Sr. Professor José Precioso, docente na Universidade do Minho, o qual cedeu o documento e autorizou a sua utilização neste projeto (Anexo2). Este questionário foi aplicado num projeto de investigação denominado por: “Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar: Construção e Avaliação de um Programa de Prevenção baseado na diferença de géneros.” (anexo3), foi por isso avaliado e autorizado pela Direção Geral da Educação, através do Sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (anexo 4). Este questionário foi pedido ao Sr. Professor José Precioso, visto que já realizou vários estudos sobre o consumo de tabaco na adolescência em Portugal. As questões que compõem o questionário fornecido estão adequadas à população alvo deste projeto e permitem avaliar os hábitos tabágicos, conhecimentos e atitudes dos adolescentes face ao tabagismo.

O questionário foi aplicado aos alunos das turmas selecionadas, da escola E/B 2,3, em sala de aula, mediante a autorização prévia dos respetivos E.E. e mediante autorização do Sr. Diretor do Concelho Executivo da respetiva escola, que se encontra em apêndice 2.

#### 2.1.4. Questões éticas

A Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, descreve os princípios éticos para a investigação médica em seres humanos, incluindo investigação sobre dados e material humano identificáveis (World Medical Association, 2013). Os padrões éticos referidos nesta declaração visam promover e garantir o respeito por todos os seres humanos e proteger a sua saúde e direitos. É dever dos participantes da investigação proteger a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, a privacidade e confidencialidade da informação pessoal dos participantes (World Medical Association, 2013).

Os enfermeiros devem assim também exercer uma prática assente no quadro ético, jurídico e deontológico, respeitando o direito dos clientes à informação e garantindo a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional (Ordem dos Enfermeiros , 2011).

Tendo conhecimento do referido anteriormente, o protocolo do projeto de estágio de intervenção comunitária, foi enviado para a comissão de ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a qual, após várias apreciações, emitiu parecer favorável para a concretização desta intervenção, que se encontra em anexo 5, neste trabalho.

Foram solicitadas várias autorizações no sentido de respeitar o anonimato dos participantes do estágio. Foi pedida autorização ao ACES, para divulgação do nome do ACES Loures-Odivelas, que foi concedida (apêndice 3); foi pedida autorização ao Diretor executivo da Escola para a divulgação do nome da Escola e por este não ter autorizado, não se menciona o nome. Foram entregues consentimentos livres e esclarecidos por escrito, aos pais/E.E. dos alunos que participaram no estudo, para a sua participação e preenchimento do questionário (apêndice 4). Foi garantida confidencialidade e anonimato de todas as informações (escrita e oral) relativas à colheita de dados, tratamento dos mesmos e durante as sessões de EpS. Foi também pedida autorização ao Sr. Professor José Precioso, autor do questionário, para a utilização do mesmo (incluído no anexo2).

#### 2.1.5. Análise de dados

A análise descritiva dos dados é o processo através do qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos, de forma a que sejam compreendidos tanto pelo investigador como pelo leitor, sendo apresentados sob forma de quadros e de gráficos (Fortin, Côté, & Filion, 2009). O tratamento dos dados obtidos através da aplicação dos questionários realizou-se através do programa Microsoft Excel 2010, de acordo com o método de estatística descritiva, apresentados em tabelas e gráficos.

### **3. PROJETO DE INTERVENÇÃO**

O projeto de intervenção desenvolveu-se de acordo com a MPS. O planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, em que nenhuma fase se pode dar como concluída, pois na seguinte poderá surgir a necessidade de voltar atrás (Imperatori & Giraldes, 1993).

#### **3.1. Diagnóstico de situação**

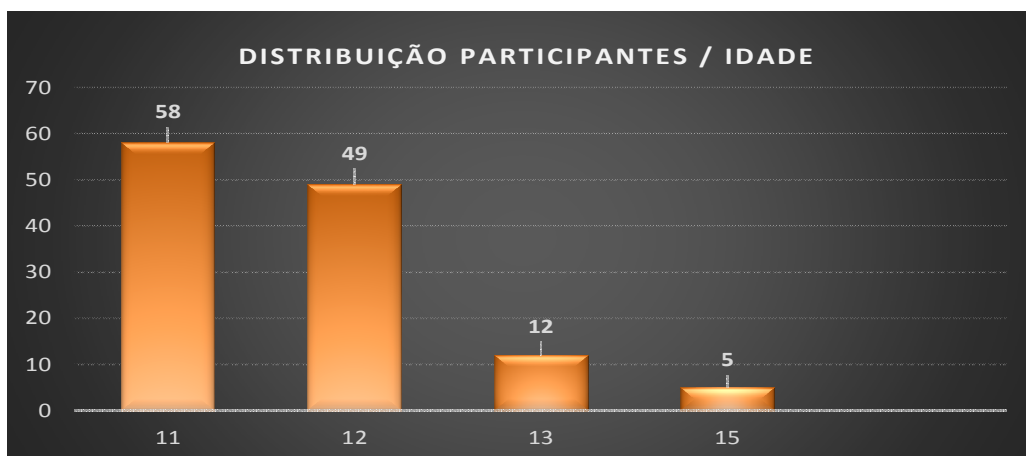
O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa do planeamento e deve identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, correspondendo às necessidades de saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo a mesma fonte é importante a elaboração correta do diagnóstico, pois determinará a fase seguinte da escolha das prioridades e a fase final na avaliação.

##### **3.1.1. Apresentação e discussão dos resultados**

O enfermeiro deverá conhecer as características da população alvo, que influenciam o comportamento de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011), antes de delinear a sua intervenção. Pretendeu-se, por isso, obter os dados que caracterizam o consumo, as atitudes e conhecimentos face ao consumo de tabaco nos adolescentes do 6º ano, de uma escola básica da área da grande Lisboa. Estes dados estão apresentados em tabelas no apêndice 5.

Foram colhidos dados para caracterização sociodemográfica da população alvo, revelando os seus determinantes de saúde. A população alvo é constituída por 124 alunos, 52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino, cujas idades estão compreendidas entre os 11 anos e os 15 anos e a média de idades é 12,7.

**Gráfico 1** – Distribuição dos adolescentes por idade (n=124)



Quanto aos dados sociodemográficos, relativos ao agregado familiar, pode-se verificar que a maioria dos alunos - 92% vivem com a mãe e 73% vivem com o pai, 86% com irmã(o)s. Quanto ao grau de escolaridade dos pais, pode-se verificar que, embora a maioria dos participantes não saibam o grau de escolaridade dos pais, dos que sabem, 27% dos pais e 34% das mães (a maioria), frequentaram a universidade.

Relativamente à norma (expectativas dos outros significativos), os inquiridos acham que a maioria dos indicados abaixo, não gostavam que o próprio fumasse: 92% relativamente aos pais; 95% às mães; 73% aos irmã(o)s; 77% aos melhores amiga(o)s. Quanto à sobrestima, que significa atribuir importância ou valor superior ao real (Editora, 2014), verifica-se que 37% dos alunos acham que fumam pelo menos uma vez por semana, entre 25 a 100 adolescentes da mesma idade, o que não corresponde à realidade, já que os dados epidemiológicos do estudo Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) (2009/2010), revelam que em Portugal, a taxa de prevalência é 1% aos 11 anos de idade (WHO, 2012).

Quanto à oferta de cigarros, pode-se verificar que 97% dos pais, e 100% das mães, nunca ofereceram cigarros; 88% das irmã(o)s, 99% dos melhores amiga(o)s e amigo(a)s e 93% relativos a outras pessoas, nunca ofereceram.

Quanto ao consumo de tabaco pelos pais, verifica-se que 64% fumam. Este dado é relevante, pois a família é uma importante fonte de influência para o adolescente, podendo contribuir, neste caso, para diminuir a adoção do comportamento promotor de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Relativamente à exposição ao FAT, quando colocada a questão: “As seguintes pessoas fumam dentro da casa onde vives?”, 40% dos pais fumam, sendo que destes 23% fumam por vezes e 17% fumam todos os dias. Segundo um estudo realizado sobre a exposição das crianças ao FAT em casa, sabe-se que 27,5% das crianças estão expostas e que fumam em casa 69,8% das mães e 56,8% dos pais fumadores (Precioso, et al., 2012), o que revela uma percentagem ligeiramente mais elevada.

Quanto ao consumo de tabaco pelos melhores amigos rapazes, 84% refere que nenhum fuma e relativamente às melhores amigas, 90% considera que nenhuma fuma. Dez por cento dos alunos já experimentaram tabaco, o que está de acordo com o estudo HBSC (2010), que refere que no 6º ano, 9,7% dos alunos referiram já terem experimentado fumar tabaco (Matos, et al., 2012).

Já quanto ao consumo (prevalência), nenhum refere consumir nem atualmente, nem nos últimos 30 dias, nem ao fim-de-semana. Considerando que a maioria dos alunos tem 11 anos de idade, este resultado está de acordo com o estudo HBSC (2009/2010), em que os dados indicam que em Portugal, existe uma baixa prevalência de jovens fumadores aos 11 anos que fumam pelo menos 1 vez por semana (1% no sexo masculino e feminino). Relativamente à cessação, 100% refere que não se aplica ao seu caso.

No que respeita à intenção, 29% dos adolescentes são possíveis futuros fumadores, visto que apenas 71% refere ter a certeza que não fumará. Sabendo que estes adolescentes estão na idade de grande risco para a iniciação do tabagismo, esta informação requer grande atenção, não só pelo risco de consumo, mas também por poder levar o grupo de pares a fumar por modelagem. Este dado fornece também informação sobre os sentimentos e conhecimentos sobre a intenção de ser não fumador. De acordo com o MPSNP, para se alcançar o comportamento saudável, é necessário que os adolescentes percebam quais os benefícios e as barreiras inerentes à adoção do comportamento saudável, julguem as suas capacidades pessoais para levar a cabo este comportamento e tenham autoconfiança na execução de um comportamento (autoeficácia). Quanto à questão: “Se um amigo te oferecesse agora um cigarro, como irias reagir?”, 10% dos adolescentes estão suscetíveis de aceitar, em que 3% dos adolescentes aceitavam e 7% não sabe. Relativamente à questão: “Alguma vez fizeste coisas que os teus

amigos te pedem só para não os desiludires?”, apenas 51% referem nunca, os restantes 49% estiveram suscetíveis de aceitar, revelando um dado muito importante relativamente à autoeficácia na recusa face a uma situação de pressão/preferência de pares.

Relativamente à importância dada à opinião dos pais relativamente ao ato de fumar, 75% refere ser muito importante e 18% bastante importante, apenas 1% refere ser pouco importante, o que reforça a grande importância de os pais falarem com os filhos sobre o tabagismo. Segundo o MPSNP, as influências interpessoais da família, no que concerne às normas, expectativas dos pais sobre o comportamento dos filhos também é influenciador sobre a adoção do comportamento saudável. O seguinte quadro apresenta resumidamente, os problemas resultantes da análise dos dados e a sua expressão em frequência relativa:

**Quadro1.** Problemas resultantes da análise dos dados e respetiva F.R./F.A. (n=124)

<b>Comportamentos identificados</b>	<b>F.R.</b>	<b>F.A.</b>
Baixa resistência à pressão de pares	59%	74
Intenção de fumar	29%	36
Sobrestima acerca dos adolescentes, da mesma idade, que fumam	37%	45
Défice de informação dada pelos pais, sobre os efeitos do tabagismo	48%	59
Experimentação de tabaco	10%	12
Exposição ao FAT em casa	40%	50
Pais fumadores	64%	80
n =124		

### 3.1.2. Diagnósticos de enfermagem

Na última fase do diagnóstico de situação são identificados os principais problemas de saúde, a partir dos quais se irão trabalhar as prioridades. O diagnóstico permite justificar as atividades desenvolvidas e funcionará como padrão de comparação no momento de avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993). A partir dos problemas identificados anteriormente, foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia CIPE Versão 2011, (OE, 2014):

- **Baixa autoeficácia relacionado com:**
  - Baixa resistência à pressão de pares
  - Existência de intenção de fumar
- **Défice de conhecimentos sobre o tabagismo relacionado com:**
  - Sobrestima acerca dos adolescentes, da mesma idade, que fumam
  - Experimentação de tabaco
  - Défice de informação transmitida pelos pais sobre os efeitos do tabagismo
- **Exposição ao FAT em casa**
- **Existência de pais fumadores**

### 3.2. Determinação de prioridades

No fim do diagnóstico houve a identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será efetuada nesta fase, sendo a segunda fase do processo de planeamento - definição das prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993). É condicionada pelo diagnóstico de situação e irá também determinar a fase seguinte, a fixação de objetivos. É essencialmente um processo de tomada de decisão focando-se na pertinência dos planos, na utilização eficiente dos recursos e na otimização dos resultados a atingir (Tavares, 1990). É necessário selecionar prioridades, procurando saber que problemas se devem solucionar em primeiro lugar e para fazer a seleção, de entre uma lista de problemas identificados, recorre-se ao uso de critérios, para que esta etapa não se torne subjetiva.

O método de Hanlon, que estabelece prioridades com base em quatro critérios: A - Amplitude ou Magnitude do problema; B - Gravidade do problema; C - Eficácia da solução; D - Exequibilidade da intervenção.

A priorização dos problemas é obtida através do cálculo sobre estes critérios, aplicado a cada um dos problemas:

Valor de prioridade = (A + B) C x D, (Tavares, 1990).

Para a seleção e hierarquização dos problemas de saúde identificados, recorreu-se ao Método de Hanlon (apêndice 6). Pode-se verificar que o problema que revela maior positividade é o défice de conhecimentos relativamente ao tabagismo, considera-se o problema primordial e o que será primeiro a ser abordado na intervenção. Relativamente a este problema pode-se verificar em 95% dos alunos

inquiridos, sendo por isso atribuída uma amplitude máxima de 10 valores. Para além da amplitude foi atribuída uma gravidade de 10 valores, visto que a falta de conhecimentos sobre o tabagismo pode levar à experimentação e conseqüentemente ao consumo de tabaco. Sendo que a idade da iniciação do consumo é entre os 13 e os 15 anos de idade (Feijão, Lavado, & Calado, 2011), pelas razões que já foram explicadas anteriormente, é um fator de risco elevado, dado que o tabagismo é a principal causa de morte e doenças evitáveis em todo o mundo. O tabagismo provoca graves problemas de saúde, causa grande dependência, polui o ambiente e traz elevados custos para a sociedade. A sobrestima, revela falta de conhecimentos sobre o tabagismo por parte dos alunos, visto que a maioria dos adolescentes nesta idade não fuma. Este é um dado importante visto que se aprende por observação de modelos e nesta idade a influências dos amigos é o fator que mais contribui para o início do consumo, sendo por isso necessário que os alunos reflitam sobre este facto. Quanto à eficácia da solução, pode-se concluir que é de fácil solução, visto que pode ser concretizada neste projeto, sendo também exequível, pois existem recursos para esta intervenção, é pertinente e será aceitável por parte da amostra. Sendo assim o cálculo do valor de prioridade dá maior prioridade a este problema identificado.

O segundo problema é a baixa autoeficácia na recusa do tabaco e na intenção de fumar, de acordo com o valor de prioridade calculado. Verifica-se uma amplitude de 10 valores, pois atinge 88% dos alunos e o grau de gravidade é de 10 valores, dado que se não existir a autoconfiança na capacidade de recusa do tabaco aquando a pressão de pares, existe risco de experimentação e pode levar ao seu consumo. Quanto à eficácia da solução foi atribuído valor um (razoável solução), visto que, sendo um comportamento será mais difícil de alterar e apenas se poderá avaliar através da informação escrita, não se podendo observar os comportamentos, devido ao espaço temporal para realizar este projeto. Esta intervenção é exequível, pois é pertinente e será aceitável por parte dos alunos, de acordo com as estratégias adequadas.

O terceiro problema, de acordo com o valor de prioridade calculado é a exposição ao FAT em casa, a amplitude é de 4, visto que atinge 40% dos inquiridos. O grau de gravidade é elevada, visto que a exposição das crianças ao FAT, está relacionado com graves problemas para a sua saúde, nomeadamente maior risco de

infecções agudas das vias aéreas inferiores (Precioso, et al., 2012). Quanto à eficácia da solução é razoável, pois também está relacionada com o comportamento, logo só se poderão avaliar de forma escrita e não observando a mudança de comportamento, no entanto é exequível.

Quanto ao quarto problema, de acordo com o valor de prioridade calculado: existência de pais fumadores, apesar de ter uma amplitude de 8, pois 64% dos pais dos alunos fumam, e de ter gravidade elevada, devido à influência dos familiares na modelagem de comportamentos, não é exequível, pois a cessação do tabagismo não é o objetivo desta intervenção, devido à limitação temporal da mesma e porque a cessação requer uma intervenção específica e acompanhada.

### **3.3. Fixação de objetivos**

Esta é a terceira etapa do planeamento em saúde, após a determinação do diagnóstico de situação e encontrados os problemas prioritários, fixam-se agora os objetivos a atingir em relação a cada um dos problemas, num determinado período de tempo (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo a mesma fonte, é fundamental a realização correta dos objetivos para se proceder à avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano. “O objetivo será o enunciado do resultado desejável do problema (...)” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.30). Nesta etapa é pretendido também que se definam os indicadores dos problemas prioritários e que, após a fixação de objetivos a atingir, se realize a respetiva tradução em objetivos operacionais ou metas, mensuráveis a curto prazo (Tavares, 1990). Segundo mesmo autor, “Um indicador representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.” e devem ser definidos essencialmente dois tipos de indicadores, os de resultado ou impacto (medem as alterações verificadas num problema), e os de atividade ou de execução (medem a atividade desenvolvida), no entanto, também é necessário monitorizar a qualidade das atividades realizadas, pelo que se elaboraram indicadores de qualidade.

No seguinte quadro são apresentados os objetivos elaborados, as metas e indicadores de resultado, relativamente a cada diagnóstico.

**Quadro 2.** Diagnósticos de enfermagem, objetivos gerais, específicos, operacionais e indicadores de resultado (continua na pg. seguinte)

<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Déficit de conhecimentos relacionado com o tabagismo		
<b>Objetivo geral:</b> Capacitar os alunos que frequentam 6ºano do 2º ciclo da escola E/B 2,3, com conhecimentos relativos ao tabagismo		
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Objetivos operacionais</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumentar os conhecimentos dos alunos sobre o tabagismo</li> <li>-Sensibilizar para a temática da prevenção do tabagismo</li> <li>- Promover o pensamento crítico sobre a temática</li> </ul>	Que pelo menos 70% dos alunos demonstrem possuir conhecimentos acerca do tabagismo	Nº de alunos que responde corretamente às questões colocadas acerca do tabagismo/nº de alunos presentes na sessão de EpS x100
<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Baixa autoeficácia na recusa de tabaco e intenção de fumar		
<b>Objetivo geral:</b> Capacitar os adolescentes para escolhas livres e informadas na área da prevenção do tabagismo, relativamente à preferência/pressão de pares		
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Objetivos operacionais</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a consciência sobre os processos de influência social;</li> <li>- Aumentar a autoeficácia na recusa do tabaco e intenção de fumar</li> </ul>	-Que pelo menos 70% dos alunos demonstrem autoeficácia nas respostas acerca da recusa do tabaco relativamente à pressão/ preferência dos pares e intenção de fumar	Nº de alunos que demonstra autoeficácia nas respostas acerca da recusa do tabaco e intenção de fumar/ nº de alunos presentes nas sessões de EpS x100

<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Exposição ao FAT, em casa		
<b>Objetivo geral:</b> Contribuir para o desenvolvimento de atitudes promotoras de ambientes livres de tabaco nos adolescentes e pais/E.E.		
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Objetivos operacionais</b>	<b>Indicadores de resultado</b>
-Aumentar os conhecimentos sobre os riscos da exposição ao FAT nos alunos e pais/E.E.	- Que pelo menos 70% dos alunos e pais/E.E. demonstrem conhecimentos sobre os riscos da exposição ao FAT	- Nº de alunos e pais/E.E. que responde corretamente às questões sobre os riscos da exposição ao FAT/nº de alunos e pais/E.E. presentes na sessão de EpS x100

Para quantificar e qualificar as atividades realizadas, foram elaborados os indicadores de atividade, qualidade e os de adesão, que se apresentam respectivamente no quadro 3, 4 e 5:

**Quadro 3.** Indicador de atividade

<b>Indicador de atividade</b>
Nº de sessões realizadas/ nº de sessões programadas x 100

**Quadro 4.** Indicadores de qualidade

<b>Indicadores de qualidade</b>
Nº de alunos que avaliaram satisfatoriamente cada sessão de EpS /Nº total de alunos do 6ºA e 6ºD presentes em cada sessão de EpS x100
Nº de pais/E.E. que avaliaram satisfatoriamente cada sessão de EpS /Nº total de pais/E.E. do 6ºA e 6ºD presentes em cada sessão de EpS x100

#### **Quadro 5.** Indicadores de adesão

<b>Indicadores de adesão</b>
Nº de alunos presentes em cada sessão de EpS /Nº total de alunos do 6ºA e 6ºD x 100
Nº de pais/E.E. presentes em cada sessão de EpS/Nº total de pais/E.E. do 6ºA e 6ºD x 100 (Considera-se 1 representante por cada aluno)

#### **3.4. Seleção de estratégias**

A seleção das estratégias é uma etapa fundamental no processo de planeamento, pois é através das estratégias (conjunto organizado e coerente de técnicas específicas) que se define qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo a mesma fonte, esta etapa pode levar à revisão dos objetivos delineados, por não existirem recursos humanos, materiais e financeiros adequados.

A estratégia utilizada para responder aos problemas de saúde identificados foi a EpS. Segundo Carvalho & Carvalho (2006), a EpS é um dos instrumentos mais eficazes que contribui para o processo de promoção da saúde. Segundo a CIPE, educar é ensinar, transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém, ensinar por sua vez é dar informação de forma sistemática a alguém sobre um assunto relacionado com a saúde (OE, 2014).

No entanto, segundo Amorim (2000), citado por (Carvalho & Carvalho, 2006), na EpS o enfermeiro não se deve restringir à transmissão de informação científica e técnica, mas deve ter em conta também os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos. A EpS é, por isso, mais abrangente, pois para além da transmissão de conhecimento é necessário um conjunto de apoios para a mudança de atitudes, caracteriza-se por ser um modelo participativo e ecológico, capacitando os utentes para serem autónomos e responsáveis pela sua saúde, tendo em conta o seu contexto de vida habitual. O enfermeiro através da EpS permite ao adolescente desenvolver capacidades, que levam a comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças.

Segundo a história natural da doença, esta intervenção encontra-se ao nível da prevenção primária, pois as intervenções são dirigidas ao período pré-

patogenese, para promover a saúde do indivíduo que está “saudável”. Está de acordo com o modelo salutogénico, pois incide na promoção da saúde entendendo o conceito de saúde de forma positiva, dirigindo medidas tal como a educação para uma vida saudável (Kulbok, Laffrey, & Chithathairatt, 2011), referindo-se à procura de razões para estar saudável, ao contrário da patogénese que procura as razões da doença existir. A atenção é assim dada aos recursos internos do adolescente, que o auxiliam na superação das dificuldades que surgem, relacionadas com o tabagismo na sua idade. A EpS aplicada neste projeto pretende proporcionar informação ao grupo de adolescentes, capacitando-os de modo a que estes desenvolvam estilos de vida saudáveis, prevenindo o consumo de tabaco e os problemas de saúde relacionados. Será importante capacitar os adolescentes para decidirem de forma autónoma e responsável, sabendo resistir às pressões/preferências sociais.

Segundo Carvalho & Carvalho (2006) quando os enfermeiros abordam hábitos de saúde e estilos de vida, implicam mudanças de comportamentos, e para que haja mudança de comportamentos é necessária aprendizagem, baseada no desenvolvimento de competências sociais e emocionais, de acordo com o contexto em que a pessoa está inserida. Segundo os mesmos autores aprendizagem “é o resultado da interação da informação com todas as dimensões do nosso ser, sendo as emoções e os sentimentos os principais responsáveis por esta interação”. Para (Onega & Devers, 2011) são três os domínios de aprendizagem: cognitiva (pensar), afetiva (sentir) e psicomotora (agir) e a compreensão destes três domínios é crucial para realizar uma EpS eficaz. O enfermeiro deve ter em atenção o domínio cognitivo do utente para adaptar a comunicação e as sessões de EpS às capacidades cognitivas do grupo alvo. A mudança de atitudes é do domínio afetivo do comportamento (Redman, 2003). O domínio afetivo diz respeito às aprendizagens realizadas a nível social e afetivo, o que corresponde aos sentimentos, atitudes, comportamentos e desenvolvimento de valores (Onega & Devers, 2011), sendo exatamente o que se pretende com esta intervenção, que é influenciar o que o grupo de adolescentes pensa, sente e valoriza, numa visão salutogénica da saúde.

A EpS permite ensinar o adolescente a pensar e decidir por si mesmo perante situações da sua vida, essencialmente na escolha de comportamentos saudáveis, elevando o seu nível de literacia para a saúde. Segundo Tones e Tilford(1994),

citado por (Carvalho & Carvalho, 2006), a “Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...) pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

O papel do enfermeiro é promover um ambiente positivo para a mudança de comportamentos, servindo como catalisador, assistindo nos vários passos do processo de mudança, e aumentando a capacidade individual para manter a mudança (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Para que a prática de EpS seja eficaz na mudança de comportamentos, é necessário recorrer a teorias e modelos, que expliquem como se processa essa mudança, caso contrário pode levar ao insucesso. O desenvolvimento das estratégias de EpS, teve como referencial o MPSNP, pois estuda os comportamentos que levam à promoção da saúde. Segundo este modelo, as atividades de EpS devem ser ajustadas à população alvo, relacionadas com os objetivos a atingir e derivadas de uma avaliação individual. Ao utilizar o computador, o enfermeiro tem uma grande oportunidade para inovar e adaptar as sessões de EpS à população alvo, de forma económica (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). As atividades devem ser dinâmicas e a informação deve surgir de várias formas, através de informação impressa adaptada à população alvo, programas de computador interativos, telefone, som, vídeos ou internet (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Devem ser efetuados mais do que uma sessão de EpS e essas sessões devem ter um curto espaço de tempo entre a sua aplicação e a sua monitorização e avaliação (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

O enfermeiro que trabalha na saúde comunitária, deverá trabalhar com grupos, na medida em que estes funcionam como redes de comunicação sendo um meio eficaz e poderoso de iniciar e implementar mudanças para melhorar a saúde no indivíduo, famílias, organizações e na comunidade (Onega & Devers, 2011). Segundo a mesma fonte, a pertença a grupos influencia os pensamentos, as escolhas, os comportamentos e os valores à medida que as pessoas socializam e interagem, sendo particularmente importante neste projeto, que tem como população alvo os adolescentes, em que a formação de grupos de pertença é muito evidente. Os grupos fornecem também um modo económico de ensino (Redman, 2003). O apoio de um grupo, aumenta a motivação para aprender com os outros membros,

diminui os sentimentos de isolamento e através da modelagem do comportamento dos outros indivíduos, é uma das melhores formas de os utentes alcançarem os seus objetivos (Redman, 2003).

O facto de se incluir a família neste projeto, foi devido ao facto de a família ser a primeira estrutura social na promoção da saúde, pois é no seio da família onde decorre a primeira aprendizagem sobre os comportamentos e estilos de vida saudáveis ou não (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). A família deve ser alvo de intervenção na promoção da saúde pois esta tem a primeira responsabilidade de desenvolver o autocuidado e as competências de cuidados entre os seus membros, de desenvolver a resiliência através da partilha dos mesmos objetivos e valores, encontrar recursos físicos e sociais e promover a sua coesão (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Segundo a mesma fonte, um programa baseado na família, encoraja também os adultos a mudarem os seus comportamentos. A escola tem assim, o cenário ideal para esta intervenção pois é onde existe um contacto intenso e contínuo com a maior parte dos adolescentes; os pais são convocados para reuniões; são desenvolvidas parcerias com a comunidade escolar nas atividades de EpS; apresenta instalações apropriadas para as atividades; blocos de tempo que permitem a realização efetiva das atividades e permitem o contacto com os profissionais de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). O contacto com as famílias durante as atividades organizadas é mais eficaz do que enviar material escrito para casa para os pais através dos alunos e quanto mais intenso for o programa, melhores resultados advirão para a mudança de comportamentos (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011), pelo que se realizaram atividades presenciais com os pais na escola.

Ao EECSP compete mobilizar parceiros da comunidade para resolver os problemas de saúde, (OE, 2010). Deve assim, estabelecer parcerias na comunidade para desenvolver as atividades de promoção de saúde planeadas, pelo que, para levar a cabo as estratégias pensadas, foi estabelecida parceria com a UCC Loures, com as professoras coordenadoras da EpS da escola, parceria com os Diretores das turmas do 6ºA e D, com os professores de Educação Musical e Língua Portuguesa da escola. Foram realizadas cinco reuniões iniciais na escola e vários contactos via telefone/*e-mail*, durante todo o estágio, para articulação com estes professores.

### **3.5. Preparação operacional**

A preparação operacional é a etapa que mais se interliga com as etapas anteriores e posteriores, sendo um processo contínuo e retroativo, por vezes demoroso (Imperatori & Giraldes, 1993). Nesta etapa pretende-se mostrar as relações entre as atividades, evitar sobreposições, acumulação de tarefas em determinados períodos, perceção dos entraves na execução, estimar recursos, em suma, facilitar a realização das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nesta etapa deverá haver uma especificação detalhada das atividades, definindo de forma pormenorizada os resultados a obter, especificar como cada uma das atividades deve ser realizada, determinar as necessidades em recursos humanos ao longo do tempo e elaborar um calendário para a execução da intervenção. Para determinar as relações sequenciais entre as atividades, recorreu-se à elaboração do cronograma de Gantt (Apêndice 7), tal como sugere Imperatori & Giraldes (1993). Nesta etapa será necessário também definir para cada atividade o tipo de recurso requerido (materiais, humanos e financeiros), como será obtido e as datas precisas em que será necessário, (apêndice 8). Foi elaborado um plano operacional detalhado que especifica pormenorizadamente as atividades a desenvolver e os recursos a utilizar, de forma a atingir os objetivos planeados e as metas propostas (apêndice 9).

Na elaboração destas atividades foram tidos em conta, os três pontos essenciais do MPSNP. As características e experiências individuais da população alvo, que foram percecionadas através da análise dos dados adquiridos pela aplicação do questionário. Essas características levaram à elaboração do diagnóstico de situação. Desses diagnósticos foi determinada a estratégia a implementar e as atividades a desenvolver. Para que o enfermeiro consiga que o adolescente adote comportamentos de saúde, é necessário que este perceba os benefícios da ação, as barreiras ou custos pessoais da obtenção de um comportamento de saúde, a sua autoeficácia e autoconfiança na adoção dos comportamentos de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

As atividades planeadas tiveram em atenção as opiniões e conhecimentos sobre o comportamento antitabágico, foram debatidos os benefícios da adoção de comportamentos antitabágicos, bem como as barreiras para a ação, ou seja, quais

os motivos para começar a fumar e estratégias para contrariar estas barreiras, isto é, a percepção de autoeficácia, percepção da capacidade de recusar e contrariar a pressão/preferência dos pares para o consumo de tabaco. Foi realizado um *role-play*, no sentido de que o grupo alvo percebesse quais os sentimentos em relação ao comportamento antitabágico e de recusa em relação à pressão de pares, permitindo a reflexão sobre a reação emocional agradável ou desagradável à ação, na discussão desta atividade. Esta atividade permitiu também a reflexão sobre as influências interpessoais, ou seja, a percepção de como o comportamento pode ser influenciado pela família, amigos, profissionais de saúde e modelos da sociedade, e reflexão sobre as influências situacionais, ou seja, percepção de como a situação pode influenciar ou não a adoção de determinado comportamento, através da passagem de filmes ilustrativos de situações reais dos adolescentes, sobre a recusa e pressão de pares para fumar. Para obter o comportamento antitabágico pretendido, deve haver compromisso com o plano de ação para manter o comportamento, para isso, na última sessão de EpS foi dado um diploma de participação neste projeto, em que cada aluno assina, em conjunto com a equipa de saúde escolar, o compromisso de ser um não fumador no futuro, junto aos colegas de turma. As exigências imediatas e preferências exercem um alto controlo sob as ações de mudança de comportamento, foram realizados debates sobre estas preferências e a forma de as contornar. Em todas as sessões de EpS houveram momentos de paragem, promovendo a reflexão individual para preparar os debates. As estratégias utilizadas, ao terem como referencial o MPSNP, deverão ter como resultado a promoção de comportamentos saudáveis, prevenindo a iniciação do consumo de tabaco pelos adolescentes.

O delineamento das atividades, teve como bolsa de ideias e sugestões, o programa “Querer é poder”, destinado a jovens dos 12 aos 14 anos, desenvolvido em Portugal no âmbito do projeto European Smoking Prevention Framework Approach, inserido no Programa Escolas Livres de Tabaco, da responsabilidade do departamento de saúde pública da Administração Regional de Saúde do Norte. Este programa possui um componente informativo sobre o tabaco e FAT; um componente que ajuda a treinar as habilidades sociais para resistir às pressões dos pares para fumar; e um componente em que os alunos se comprometem a não fumar

publicamente e exponham as razões que levam a tomar essa decisão, entre outros (Precioso & Macedo, 2004).

De seguida são explanadas as atividades realizadas e a sua fundamentação.

**Sessão de EpS nº 1 – Ação de sensibilização sobre o tabagismo, aos pais/E.E. dos alunos do 6º A e D: “Respire Saúde, sem Tabaco!!!”**

A realização desta ação de sensibilização teve como objetivo dar a conhecer a intervenção, sensibilizar os pais para a temática da prevenção do tabagismo na adolescência e contribuir para a diminuição da exposição ao FAT em casa e para a existência de ambientes livres de fumo de tabaco na comunidade.

Esta atividade foi realizada em parceria com os professores diretores de turma do 6º A e D, aquando da realização da reunião de pais do início de ano letivo, visto que se previa que os pais não comparecessem na escola se esta atividade fosse marcada como um ato isolado. Segundo a informante-chave, professora coordenadora da EpS na escola, os pais dos alunos do 2º ciclo, habitualmente apenas comparecem na escola nas reuniões com os diretores de turma e na festa de natal. Com base no plano da sessão da EpS (apêndice 10), foi utilizado o método expositivo e participativo. “As pessoas aprendem melhor quando estão ativamente envolvidas no processo de aprendizagem. A participação aumenta a motivação, a flexibilidade e o nível de aprendizagem.” (Onega & Devers, 2011, p.309). Segundo a mesma fonte, o feedback verbal ou discussão é um exemplo de uma estratégia de ensino no qual o enfermeiro envolve ativamente o educando.

As sessões foram realizadas em dois momentos, para o 6ºA e 6ºD, tendo decorrido no mesmo dia, 29 de Setembro 2014, a horas diferentes. Esta atividade decorreu nas salas de aula da escola. Para iniciar a atividade, explicou-se o porquê deste projeto, quais os objetivos propostos e as atividades a desenvolver. Para isso, realizou-se uma apresentação em *PowerPoint* (apêndice 11), no sentido de partilhar informações acerca desta temática. Durante a apresentação, apelou-se à participação dos pais/E.E., com objetivo de promover partilha de experiências, dúvidas e opiniões. No final foi distribuída a folha de presenças e de avaliação da sessão, foram pedidas sugestões e dúvidas de forma escrita, que gostariam de vir a esclarecer na próxima sessão.

## **Sessão de EpS nº 2 – Sessão de educação para a saúde: “Respira saúde...sem tabaco!!!”**

Esta atividade teve como objetivo sensibilizar para a temática da prevenção do tabagismo, capacitar os alunos com conhecimentos relativos ao tabagismo e promover pensamento crítico sobre a temática. Esta atividade decorreu em dois momentos, dia 17 e dia 19 de novembro de 2014, com base no plano de sessão da EpS (apêndice 12), através do método expositivo e participativo, no sentido de captar a atenção dos adolescentes e dinamizar a sessão. Para iniciar a atividade foram distribuídos cartões, para apresentação dos alunos à mestrandia, funcionando como estratégia “quebra gelo” e funcionando também como estratégia de fortalecimento de grupo. As atividades de fortalecimento de grupo, diferem das “quebra gelo” e têm como objetivos estreitar laços para que as pessoas se sintam parte do mesmo grupo, criar coesão, pois os grupo já se conhece, (“Quebra gelo, atividades de Fortalecimento de grupo e Energizadores,” 2014).

Esta sessão de EpS (apêndice 13), iniciou-se com um pequeno *PowerPoint* no sentido de partilhar conceitos básicos sobre o tabagismo. Seguidamente foi realizada a passagem de um vídeo ilustrativo sobre benefícios de não fumar, para ajudar a promover o pensamento crítico no preenchimento da ficha de trabalho denominada por “chuva de ideias”, com os campos “Porque se começa a fumar”, “Quais as alternativas saudáveis para evitar começar a fumar?” e “Motivos para não fumar”, servindo de âncora para debate com a turma e registo de ideias para as sessões seguintes. O uso da informação escrita aumenta a retenção da informação por parte do utente (Redman, 2003). No final da sessão foram recolhidas dúvidas anónimas escritas, para uma caixa, que depois foram utilizadas para elaborar questões e responder, na atividade Jogo Trivial: “Não fumador...sem dúvidas!”.

## **Sessão de EpS nº 3 – *Role-play*: “Sei dizer NÃO ao tabaco!”**

Nesta atividade foi desenvolvido um *role-play* sobre como recusar a oferta de tabaco. O objetivo desta sessão é contribuir para a promoção de escolhas livres e informadas na área da prevenção do tabagismo, relativamente à preferência/pressão dos pares, aumentando a consciência sobre os processos de influência social e a autoeficácia na recusa do tabaco e intenção de fumar. Para desenvolver esta atividade, foi tido como base, o plano de sessão da EpS (apêndice 14), utilizado o método expositivo com apoio visual do *PowerPoint* e com a visualização de 3 filmes

ilustrativos de adolescentes a recusar ofertas de tabaco, simulando situações reais que viveram. Segundo a teoria cognitiva social desenvolvida por Albert Bandura, os indivíduos aprendem novos comportamentos através da observação dos outros, de forma direta ou em filmes ou gravações de modelos, servindo como guia para a ação futura (Redman, 2003). Foi utilizado também o método participativo, a representação. Após a passagem dos 3 filmes, foi realizado um debate, foi também preenchida uma ficha de trabalho e posteriormente foi realizado um teatro, da autoria dos alunos, ilustrativo da sua aprendizagem (apêndice15). “Os indivíduos visualizam-se a si mesmos executando a sequência correta de ações; portanto, os ensaios cognitivos e o desempenho real aumentam a sua proficiência, dando-lhes a sensação de eficácia e reduzindo a tendência para esquecer comportamentos aprendidos” (Redman, 2003, p.22). Segundo a mesma fonte, as formas de aumentar a retenção da memória da informação são: aplicar material recentemente aprendido a situações práticas (praticar), relacionar as ideias, utilizar imagens visuais e aprender ao longo de um determinado período de tempo. A dramatização em grupo de pares pode ajudar a ilustrar normas adequadas de comportamento, pois através da dramatização é evidenciado um comportamento desejado, a pessoa é ensinada nas habilidades exigidas e obtém a confiança necessária para as desempenhar, funcionando como um ensaio comportamental (Redman, 2003). Foram apenas constituídos 2 grupos na turma, devido ao tempo de aula. Esta atividade decorreu dia 1 e 3 de Dezembro de 2014, para cada turma.

#### **Sessão de EpS nº 4 – Músicas sobre o tabagismo: “Quem canta...o tabaco espanta”.**

Esta atividade foi realizada em parceria com o professor de Educação Musical e Diretor de Turma, cujo objetivo foi mais uma vez promover pensamento crítico sobre a temática e capacitar os alunos com conhecimentos relativos ao tabagismo, solidificando os conhecimentos adquiridos nas sessões anteriores, através da construção da letra de uma música sobre o tabagismo, para cantar na festa de natal, cujos pais estão presentes para assistir. As letras das músicas tiveram como suporte de ideias, o quadro preenchido pelos alunos no debate “chuva de ideias”, realizado na segunda sessão de EpS. Esta atividade decorreu dia 16 de Dezembro de 2014, com base no plano de sessão da EpS (apêndice 16), na sala de aula. Utilizou-se, para isso, o método participativo e a letra da música encontra-se no apêndice 17.

### **Sessão de EpS nº 5 – “Debate café” sobre o tabagismo, com os pais/E.E. do 6ºA/D**

Esta atividade teve como objetivos, colmatar as dúvidas que os pais/E.E. colocaram na ação de sensibilização sobre o tabagismo e desenvolver atitudes promotoras de ambientes livres de tabaco, essencialmente, prevenindo a exposição dos adolescentes, ao FAT em casa. Sensibilizar os pais também para a necessidade do diálogo com os filhos sobre o tabagismo, tendo em conta os problemas identificados no diagnóstico de situação. Nesta atividade recorreu-se ao método participativo, de acordo com o respetivo plano de sessão (apêndice18). Decorreu nas salas de aula da escola no dia 13 de Janeiro de 2015, para as duas turmas.

### **Sessão de EpS nº 6 – Jogo Trivial: “Não fumador...sem dúvidas!”**

Nesta atividade procurou-se solidificar conhecimentos, responder e debater dúvidas que se colocaram, de forma anónima, ao longo das sessões anteriores. O objetivo desta intervenção é capacitar os alunos com conhecimentos relativos ao tabagismo e sedimentar os já adquiridos e promover pensamento crítico sobre a temática. Segundo Redman (2003), o uso de jogos possibilita imagens vividas que podem ser recordadas. Esta atividade decorreu dia 21 e 29 Janeiro 2015, e recorreu-se ao método participativo com base no plano de sessão da EpS (apêndice 19). Foi construído pela mestranda um jogo de mesa, tipo “Trivial Pursuit”, com perguntas sobre o tabagismo, que requerem respostas de vários formatos: completar frases, escolha múltipla e respostas diretas. No final foram distribuídos diplomas de vencedor do jogo e de participação na intervenção comunitária, em que os alunos assinaram de forma voluntária, comprometendo-se e tomando a decisão de ser um não fumador futuramente. Esta sessão encontra-se em apêndice 20.

### **Sessão de EpS nº 7 – Exposição sobre o tabagismo**

Esta atividade teve como objetivos adquirir conhecimentos sobre a temática, sedimentar os conhecimentos adquiridos e continuar a promover pensamento crítico, partilhando os conhecimentos e pontos de vista, com toda a comunidade escolar, através de atividades manuais, de forma apelativa. Esta atividade desenvolveu-se em parceria com a professora de Língua Portuguesa, ao contrário do que havia sido estipulado em reunião no início no projeto, porque uma das professoras de Educação Visual colocou baixa. Os materiais foram selecionados pela professora e fornecidos pela escola e pelos próprios alunos. A exposição decorreu no átrio da

escola, e decorreu entre 26 de Janeiro e 13 de Fevereiro de 2015. As fotografias da atividade encontram-se em apêndice 21.

Esta atividade foi propositadamente, a última a ser terminada pois coincide com a fase da intervenção em que os alunos têm mais conhecimentos sobre a temática e o pensamento crítico sobre esta foi mais trabalhado. Assim, a exposição traduzirá, de forma mais completa e desenvolvida, o que se realizou ao longo das sessões de EpS anteriores. Foi utilizada a metodologia expositiva.

### **3.6. Avaliação**

Nesta etapa do planeamento em saúde, avaliam-se os progressos que se efetuaram com as atividades, haverá uma comparação com a situação inicial e com os objetivos e metas estipuladas e a adoção de medidas corretivas (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo os mesmos autores, esta etapa liga-se à fase inicial do mesmo processo, à determinação do diagnóstico de situação, como um continuum, de forma circular, de forma a melhorar os programas. Para realizar a avaliação utilizam-se indicadores, é através deles que conhecemos a realidade e se medem os avanços alcançados (Imperatori & Giraldes, 1993).

As atividades realizadas cumpriram o cronograma de atividades elaborado, portanto as atividades previstas foram cumpridas a 100%, de acordo com o indicador de atividade definido. Os resultados dos indicadores de qualidade e adesão definidos, estão apresentados no apêndice 22, permitindo perceber qual o grau de satisfação e adesão dos participantes relativamente às atividades realizadas. A participação foi avaliada através do preenchimento da folha de presenças e a satisfação através de um questionário (apêndice 23 – alunos e apêndice 24 – pais/E.E.). A taxa de presença dos pais na 1ª sessão foi de 64%, na 4ª sessão de EpS foi de 17% e na 6ª sessão foi de 25%. Quanto aos indicadores de qualidade, 90% dos pais avaliaram de forma satisfatória ou muito satisfatória a 1ª sessão, e 83% na 6ª sessão, alegando que o local (sala de aula sem aquecimento) e as horas a que foi realizada a sessão (19h) não foram adequadas.

A taxa de presença dos alunos nas atividades foi de 100%, exceto na atividade do *role-play*, em que um aluno faltou por motivos de doença e na atividade “músicas sobre o tabagismo”, em que, um dos professores de Educação Musical

não conseguiu cumprir a atividade, contrariamente ao planeado, tendo sido realizada apenas por uma turma, participando apenas 32% dos alunos e 17% dos pais. Segundo Donabedian, (1980), citado por Imperatori e Giraldes, (1993), os cuidados de saúde de qualidade são aqueles que vão maximizar o estado de bem-estar do utente. Segundo Imperatori e Giraldes, (1993), a satisfação é um parametro da qualidade dos cuidados e a sua ausência revela baixa qualidade, porque influencia diretamente a adesão do utente ao tratamento. Os alunos presentes avaliaram de forma positiva as sessões realizadas, com concordo/concordo totalmente nos parâmetros de avaliação da sessão: compreensão dos assuntos falados; importância da informação transmitida; aquisição de novos conhecimentos e satisfação por participar na sessão. A taxa de satisfação com as atividades, foi avaliada pelos alunos de forma satisfatória ou muito satisfatória, acima ou igual a 85%.

O período de tempo definido para a implementação do projeto não permitiu avaliar mudanças de comportamentos, e por esta razão, para avaliar os indicadores de resultado, foram elaborados e aplicados questionários aos alunos e pais/E.E.. Devido à inexistência de um questionário já feito e ajustado a esta avaliação, foram elaborados dois questionários de avaliação de conhecimentos. Segundo Redman (2003) quando não existe nenhum instrumento, devem-se elaborar perguntas para avaliar o progresso do indivíduo. Foi elaborado assim um questionário adequado à população alvo, para os alunos (apêndice 25) e para os pais/E.E. (incluído no apêndice 24), com o objetivo de avaliar os conhecimentos adquiridos nas sessões de EpS. Assim, depois das sessões finais de EpS foram aplicados os questionários aos alunos e pais/E.E. relativos aos conhecimentos adquiridos. A avaliação pormenorizada dos resultados dos indicadores de resultado, encontra-se no apêndice 26. Analisando os resultados obtidos e relativamente aos indicadores de resultado delineados, verifica-se que 100% dos pais/E.E. que responderam ao questionário de avaliação final, demonstraram saber quais os riscos da exposição regular ao FAT para a saúde, deixando como sugestões, a continuação deste projeto nos anos escolares seguintes. Quanto aos alunos, verifica-se que 84,5% demonstrou ter adquirido conhecimentos sobre o tabagismo: sua composição, efeitos secundários e sobrestima acerca do consumo. Quanto à baixa autoeficácia na recusa do tabaco e intenção de fumar verifica-se que 96% dos alunos

demonstraram autoeficácia nas respostas às questões colocadas. E quanto ao FAT, 100% dos alunos demonstraram ter conhecimentos corretos. Os diagnósticos de enfermagem, metas e respectivas avaliações dos indicadores de resultado encontram-se no quadro 6.

**Quadro 6. Diagnósticos de enfermagem, metas e respectivas avaliações dos indicadores de resultado**

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores de Resultado</b>
<b>Défice de conhecimentos relacionado com o tabagismo</b>	Que pelo menos 70% dos alunos demonstrem possuir conhecimentos acerca do tabagismo	84,5%
<b>Baixa autoeficácia na recusa do tabaco e intenção de fumar</b>	Que pelo menos 70% dos alunos demonstrem autoeficácia nas respostas acerca da recusa do tabaco relativamente à preferência/pressão dos pares e intenção de fumar	96%
<b>Exposição ao fumo ambiental de tabaco, em casa</b>	Que pelo menos 70% dos alunos e pais/E.E. adquiram conhecimentos sobre os riscos da exposição ao fumo ambiental do tabaco	100% (pais e alunos)

Perante os resultados expostos, verifica-se que as metas estabelecidas foram atingidas com sucesso, e que se contribuiu para a adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente, para a prevenção do tabagismo na adolescência, que é o objetivo desta intervenção comunitária.

## **4. CONCLUSÕES**

Para concluir o relatório, torna-se fundamental refletir sobre como decorreu o estágio de intervenção comunitária e sobre quais as competências adquiridas com a sua realização. Assim este capítulo está organizado da seguinte forma: limitações do projeto; reflexão sobre as competências adquiridas; implicações para a prática de enfermagem e considerações finais.

### **4.1. Limitações do projeto**

Ao longo da execução deste projeto surgiram algumas limitações, nomeadamente no que respeita ao reduzido limite temporal do estágio e articulação com o calendário escolar dos professores e alunos. No entanto, esta limitação foi ultrapassada com grande empenho e agilidade na execução do planeamento e na realização das várias reuniões de articulação com os professores da escola alvo da intervenção comunitária. A disponibilização de poucos tempos letivos e alguns com períodos inferiores a 90 minutos, no caso específico da atividade nº 6 (jogo trivial), foi limitadora, condicionando a dimensão dos grupos. Na atividade “Debate café” com os pais, foi limitativo o facto de ter de intervir no final da reunião de pais, teria sido mais favorável a intervenção no início da reunião, tal como aconteceu na primeira ação de sensibilização, não tendo por isso a mesma adesão dos pais/E.E. a esta atividade. Outra limitação foi o facto de uma professora de Educação Visual ter colocado baixa durante o período de estágio, e a outra professora ter ficado sobrecarregada com tempos letivos, não conseguindo cumprir as atividades a que se propôs nas reuniões iniciais do projeto. Esta limitação foi ultrapassada, através da articulação com a Professora de Língua Portuguesa, que realizou a atividade com os alunos. Este facto ocorreu também com um dos professores de Educação Musical, que não conseguiu concretizar a atividade contrariamente ao que havia sido planeado inicialmente, devido à preparação para as provas escolares.

O planeamento em saúde tem como objetivo final um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção, cura e reabilitação, para alcançar mudanças no comportamento das populações (Tavares, 1990). O facto de não se conseguir avaliar os ganhos em saúde, verificando qual o impacto do projeto nos

comportamentos destes adolescentes, também é uma limitação. Para avaliar os ganhos em saúde, teriam de se avaliar indicadores de impacto, que medem as alterações verificadas num problema de saúde e só são possíveis de avaliar a médio prazo (cinco a seis anos) (Imperatori & Giraldes, 1993). Os estudos sobre a efetividade dos programas de prevenção do tabagismo na adolescência, revelam que só existem efeitos quando há uma aplicação continuada ao longo da adolescência, o que não foi o caso deste projeto.

#### **4.2. Reflexão sobre as competências adquiridas**

O culminar deste longo percurso e a concretização deste relatório de intervenção comunitária, levou à aquisição das competências de EECSP. Especialista

“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010, p.2).

São quatro os domínios de competências comuns ao enfermeiro especialista e que foram tidos em conta neste projeto: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010).

De acordo com o domínio da responsabilidade profissional ética e legal, o protocolo do projeto de intervenção foi sujeito à avaliação da comissão de ética para a saúde, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Contribuiu para a melhoria contínua da qualidade, na área da prevenção do tabagismo na adolescência e para o desenvolvimento de novo conhecimento, levando à evolução pessoal, como profissional de saúde. Foram desenvolvidas competência na área da gestão dos cuidados a vários níveis, gestão na priorização de necessidades e gestão de recursos humanos e materiais.

O EECSP, para além das competências comuns, tem competências específicas que lhe permitem avaliar e participar na tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de projetos com vista à capacitação e ao *empowerment* das comunidades (OE, 2010). São quatro as

competências específicas do EECSP, a primeira é: “*Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*” (OE, 2010). A realização deste projeto de estágio de intervenção comunitária, teve como base esta metodologia (MPS), sendo por isso, uma das competências fundamentais adquiridas. Para a elaboração do diagnóstico de saúde, no enquadramento teórico foi integrado o conhecimento dos determinantes em saúde e foram mobilizados indicadores epidemiológicos para caracterizar a problemática, tal como define a OE (2010). O EECSP, segundo a mesma fonte, identifica as necessidades dos indivíduos, famílias e grupos de uma determinada área geográfica, tal como foi realizado neste projeto através da aplicação do questionário. Foi também desenvolvido conhecimento na elaboração de indicadores, que foram utilizados no projeto, na etapa da avaliação.

Segundo a OE (2010), o EECSP estabelece as prioridades de saúde de uma comunidade, utilizando critérios objetivos e as orientações estratégicas do PNS. Este projeto seguiu as orientações estratégicas do PNS, logo na escolha da temática, considerada como uma área prioritária, e ainda as orientações do PNPCT e do PNSE. A definição de critérios objetivos na etapa da priorização, foi uma aprendizagem adquirida através do método de Hanlon. Segundo a OE (2010) a definição dos objetivos mensuráveis é o que permite medir as mudanças desejáveis para a melhoria da saúde da comunidade, por este motivo, no projeto, a correta elaboração dos objetivos, foi uma etapa difícil, mas crucial para o desenrolar do mesmo. A OE (2010), refere que o EECSP estabelece projetos de intervenção para solucionar os problemas identificados, de acordo com os recursos disponíveis, tal como neste projeto, em que foram planeadas intervenções para prevenir a iniciação do tabagismo no grupo de adolescentes tendo em conta estratégias exequíveis e os recursos disponíveis no período de intervenção. O EECSP assegura também a continuidade dos cuidados, estabelecendo articulações, de forma complementar com outros profissionais de saúde e outros parceiros comunitários dessa área geográfica. Neste projeto houve a realização de parcerias na comunidade, com a escola e os professores de várias áreas da educação, o que levou à perceção da sua importância na garantia de uma maior eficácia das intervenções.

Segundo a mesma fonte, o EECSP avalia o projeto de intervenção relativamente à resolução dos problemas identificados. No projeto foram avaliados

os indicadores de atividade e de resultado, relativamente às atividades realizadas e aos resultados pretendidos, não permitindo avaliar os ganhos em saúde, devido ao curto espaço temporal em que se desenvolveu.

A segunda competência do EECSP é: *“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”* (OE, 2010). Este projeto permitiu contribuir para o processo de capacitação do grupo de adolescentes e comunidade, quanto à prevenção da iniciação tabágica na adolescência. Também a realização da pesquisa bibliográfica científica e aprofundada para a realização do enquadramento teórico, nas bases de dados e revistas científicas, levou a aperfeiçoar a metodologia de pesquisa científica e entender a sua importância para a melhoria da qualidade dos cuidados. Segundo a OE (2010), o EECSP deve mobilizar os conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades. Neste projeto foram mobilizados conhecimentos do MPSNP e da Teoria da Aprendizagem de Albert Bandurra, havendo a mobilização de diferentes disciplinas, nomeadamente educação, comunicação e ciências sociais e humanas na pesquisa efetuada. Segundo a OE (2010), o EECSP usa modelos e estruturas conceptuais no âmbito da promoção e EpS. O referencial teórico de Nola Pender, permitiu uma melhor compreensão dos principais determinantes dos comportamentos de saúde e auxiliou no aconselhamento comportamental, na promoção de estilos de vida saudáveis (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Este projeto permitiu aprofundar conhecimentos sobre a EpS, pelo facto de não abordar apenas a transmissão de informações, mas também a promoção da motivação, as competências pessoais e a autoestima, necessárias para adotar medidas destinadas a melhorar a saúde (OE, 2011), levando a adquirir competências neste sentido. A estratégia adotada baseou-se em abordagens ativas, nomeadamente o role-play, as músicas sobre o tabagismo, a exposição no átrio da escola e o jogo trivial, levando a atingir uma das competências definidas pela OE (2010), em que o EECSP deve utilizar abordagens ativas nas estratégias de promoção e educação para a saúde. A etapa do diagnóstico de situação, levou a aprofundar conhecimentos na área da investigação e a desenvolver capacidades para a investigação em enfermagem.

A terceira competência do EECSP é: *“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”*, (OE, 2010) e a quarta competência do EECSP é: *“Realiza e coopera na*

*vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico*”, (OE, 2010), que poderei vir a alcançar na prática futura, como especialista.

Segundo o Modelo de aquisição de competências, penso que evoluí de iniciada para iniciada avançada, aquando da realização do estágio clínico no ACES Loures-Odivelas, que decorreu nos períodos de 2 a 11 e de 14 a 25 de Junho de 2014, pois “O comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar (...) os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas (...)”(Benner, 2001, p.50). Apesar de não trabalhar em cuidados de saúde primários, considero, que segundo Benner (2001), atingi o nível de enfermeira competente, visto que, esta estabelece um plano a longo prazo do qual está consciente, percebendo quais os aspetos da situação que devem ser priorizados, e considerados mais importantes e os que podem ser ignorados. No entanto, não chego a ser proficiente, pois não tenho a maleabilidade, nem a rapidez característica da mesma, mas serei capaz de fazer face a muitos imprevistos, a planificação que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização, o qual penso ter atingido com a elaboração deste relatório de intervenção comunitária.

#### **4.3. Implicações para a prática de enfermagem**

Para o EECSP, a comunidade funciona como parceiro ativo nos cuidados de saúde, havendo uma aumento na responsabilização pela sua saúde. Desta forma, há também uma exigência crescente na capacidade de intervenção dos profissionais de saúde, exigindo, para além da formação básica, uma especialização e formação contínua, que privilegie o domínio da qualidade, incorporando o resultado de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento de competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, uma intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde (OE, 2011). A elaboração deste projeto levou a mudanças de cariz institucional, pessoal e profissional. Com base nas etapas da MPS, o objetivo foi intervir sobre o futuro, permitindo uma gestão eficaz dos recursos utilizados e de forma atempada. Cabe aos profissionais intervir na realidade, onde os acontecimentos imprevistos não são mais do que fatores de pequenas alterações

nos projetos, necessariamente flexíveis (Tavares, 1990). Esta flexibilidade permite aos profissionais adaptarem-se ao futuro, através de projetos já implementados (Tavares, 1990). A construção deste projeto foi uma mais-valia para a UCC Loures, no sentido de moldar a prática, mas tornando-a flexível, levando os enfermeiros a serem capazes de responder aos imprevistos do futuro. Na UCC de Loures, foi demonstrada vontade e garantia da continuidade deste projeto e das parcerias estabelecidas. Esta intervenção comunitária levou também a mudanças de cariz profissional e pessoal. O facto de adquirir as competências referidas no subcapítulo anterior, leva a uma maior autonomia e responsabilização na prestação de cuidados de saúde de qualidade e maior confiança na supervisão e exercício das competências de gestão. Levou, inevitavelmente, a uma evolução na profissão, devido à pesquisa científica realizada e mobilização de estudos da prática baseada na evidência, contribuindo para a visibilidade da profissão de enfermagem.

#### **4.4. Considerações finais**

O consumo de tabaco é atualmente considerado uma pandemia a nível mundial, trazendo danos irreparáveis para a saúde das populações, diminuindo a sua qualidade de vida e levando a custos elevados no tratamento das doenças a ele associadas. É, por isso, uma prioridade nacional, intervir na prevenção do consumo de tabaco, que tem início, na sua grande maioria, durante a adolescência, período em que o espírito de experimentação está aumentado e há facilidade na adoção de comportamentos de risco, por pensarem que serão eternamente saudáveis e por associarem o comportamento de risco à necessidade de afirmação da personalidade, independência e de pertença a grupos de pares. O EECSP tem aqui um papel de excelência, pois desenvolve a sua prática centrada na comunidade, assumindo um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e tem uma elevada capacidade para responder às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2010). Para isso, deve utilizar a MPS, que lhe permite a avaliação do estado de saúde dessa comunidade, contribuindo para o processo de capacitação dos grupos e comunidades. Com a elaboração deste projeto, pretendeu-se adquirir as competências do EECSP, contribuindo para

a implementação de melhores estratégias na prevenção do tabagismo na adolescência, com base na prevenção primária e no MPSNP, utilizando a EpS para atingir as metas traçadas. Esta estratégia permitiu aumentar os conhecimentos dos alunos sobre o tabagismo e o FAT e contribuir para aumentar a autoeficácia na recusa do tabaco e intenção de fumar. Permitiu sensibilizar os pais/E.E para a problemática do tabagismo e exposição ao FAT, bem como a comunidade escolar. Com a elaboração deste projeto, pretendeu-se alcançar os objetivos da Unidade Curricular: Estágio de intervenção comunitária, com relatório e adquirir as competências do EECSP, contribuindo para a adoção de estilos de vida saudáveis, na área da prevenção do tabagismo na adolescência e para a melhoria da qualidade nos cuidados de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- DGS. (28 de Fervreiro de 2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2012). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo - orientações programáticas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Escolar - Ano Letivo 2013/2014*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Editora, P. (19 de Fevereiro de 2015). *Lingua Portuguesa com Acordo Ortográfico*. Obtido de Infopédia Dicionários Porto Editora:  
<http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/sobrestimar>
- European Comission. (2012). *Special Eurobarometer: Attitudes of Europeans Towards to Tobacco*. European Comission.
- Feijão, F. (2011). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011, 3º Ciclo*. Lisboa: SICAD.
- Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). *Estudo Sobre o Consumo de Alcool, Tabaco e Drogas ECTAD 2011/European School Survey on Alcohol and other Drugs/Portugal ESPAD 2011I*. Novembro, Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP.
- Fortin, M., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2013). Página Oficial do Instituto Nacional de Estatística. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Jorge, I. N. (2011). *INFOTABAC RELATÓRIO primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da lei do tabaco*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Kulbok, P., Laffrey, S., & Chithathairatt, S. (2011). Integração de abordagens de múltiplos níveis para promover a saúde da comunidade. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Lopes, M. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, pp. 235-240.
- Machado, A., Nicolau, R., & Dias, C. (2009). *Consumo de Tabaco na População Portuguesa: Análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de epidemiologia.
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., . . . Gaspar, T. (2012). *A saúde dos adolescentes portugueses Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças tropicais/IHMT/UNL/FMH/Universidade técnica de Lisboa.
- Matos, M., & Carvalhosa, F. S.(2006). *Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses. Relatório preliminar HBSC*. Lisboa: Equipa do Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana.
- Mera, A., Docabo, M., Fontenla, M., & Fernández, M. (2009). Prevención del tabaquismo en adolescentes: revisión de programas. *Actas do x congresso internacional Galego-Português de Psicopedagogia*, pp. 4605-18.
- OE. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OE. (2014). *CIPE - versão2011 - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem*. Genebra: Ordem dos Enfermeiros.
- Onega, L., & Devers, E. (2011). Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População* (7ª ed., pp. 302-330). Loures: Lusodidata.

- Onega, L., & Devers, E. (2011). Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed., pp. 306-307). Loures: Lusodidacta.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. Boston: MA: Pearson.
- Precioso, J., & Macedo, M. (Janeiro - Fevereiro de 2004). Bases científicas para a prevenção do consumo de tabaco na escola. *O PROFESSOR, III série*, pp. 13-21.
- Precioso, J., Araújo, A., Machado, J., Samorinha, C., Becona, E., Ravara, S., . . . Antunes, H. (Janeiro-Junho de 2012). Exposição das Crianças ao Fumo Ambiental de Tabaco em Casa e no Carro. *Millenium*, 42, pp. 7-25.
- Precioso, J., Araújo, A., Samorinha, C., Machado, J., Bacôna, E., Ravara, S., . . . Antunes, H. (Janeiro/Junho de 2012). Exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco em casa e no carro. *Millenium*, 42, pp. 7-25.
- “Quebra gelo, Atividades de Fortalecimento de Grupo e Energizadores”, 2014, acedido em 20-6-2014. Disponível em <http://www.lionsclubs.org/PO/common/pdfs/icebreakers.pdf>
- Redman, B. (2003). *A Prática de Educação para a Saúde* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Silva, J., Porcino, G., Alemida, M., & Araújo, M. (Janeiro - Junho de 2011). Influência dos determinantes sociais do tabagismo na adolescência". *Revista Saúde e Ciência*, pp. 67-74.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias)*. Lusociência.
- UCC Loures. (2013). *Plano de Ação Unidade de Cuidados na Comunidade 2013-2015*. Loures: Administração Regional de Saúde LVT, IP.
- UNICEF. (2011). *Situação Mundial da Infância 2011*. New York: UNICEF.
- Vitória, P., Silva, S., & Vries, H. (2011). Avaliação longitudinal de programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. *Revista Saúde Pública*, pp. 343-54.

- WHO. (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. *CARTA DE OTTAWA - Promoção da saúde nos países industrializados* (pp. 1-9). Ottawa, Canadá: WHO.
- WHO. (Agosto de 2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Obtido em Dezembro de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
- WHO. (2012). Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study : international report from. *Social determinants of health and well-being among young people*. Copenhagen: Who Regional Office For Europe.
- WHO. (2012). Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study : international report from. *Social determinants of health and well-being among young people*. Copenhagen: Who Regional Office For Europe.
- WHO. (2012). *WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (Março de 2013). *Tabaco*. Obtido em Dezembro de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- WHO. (27 de Novembro de 2014). *Maternal, newborn, child and adolescent health: Adolescent development*. Obtido de web site de World Health Organization: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/)
- World Health Organization. (Maio de 2010). *Gender and tobacco with an emphasis on marketing to women: World No Tobacco Day 2010*. Obtido em Dezembro de 2014, de Gender, women and health: <http://www.who.int/gender/topics/wntd2010/en/>
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Gêneva: World Health Organization.
- World Medical Association. (October de 2013). Declaration Of Helsinqui - Ethical Priciples for Medical Research Involving Human Subjects. Fortaleza, Brazil.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

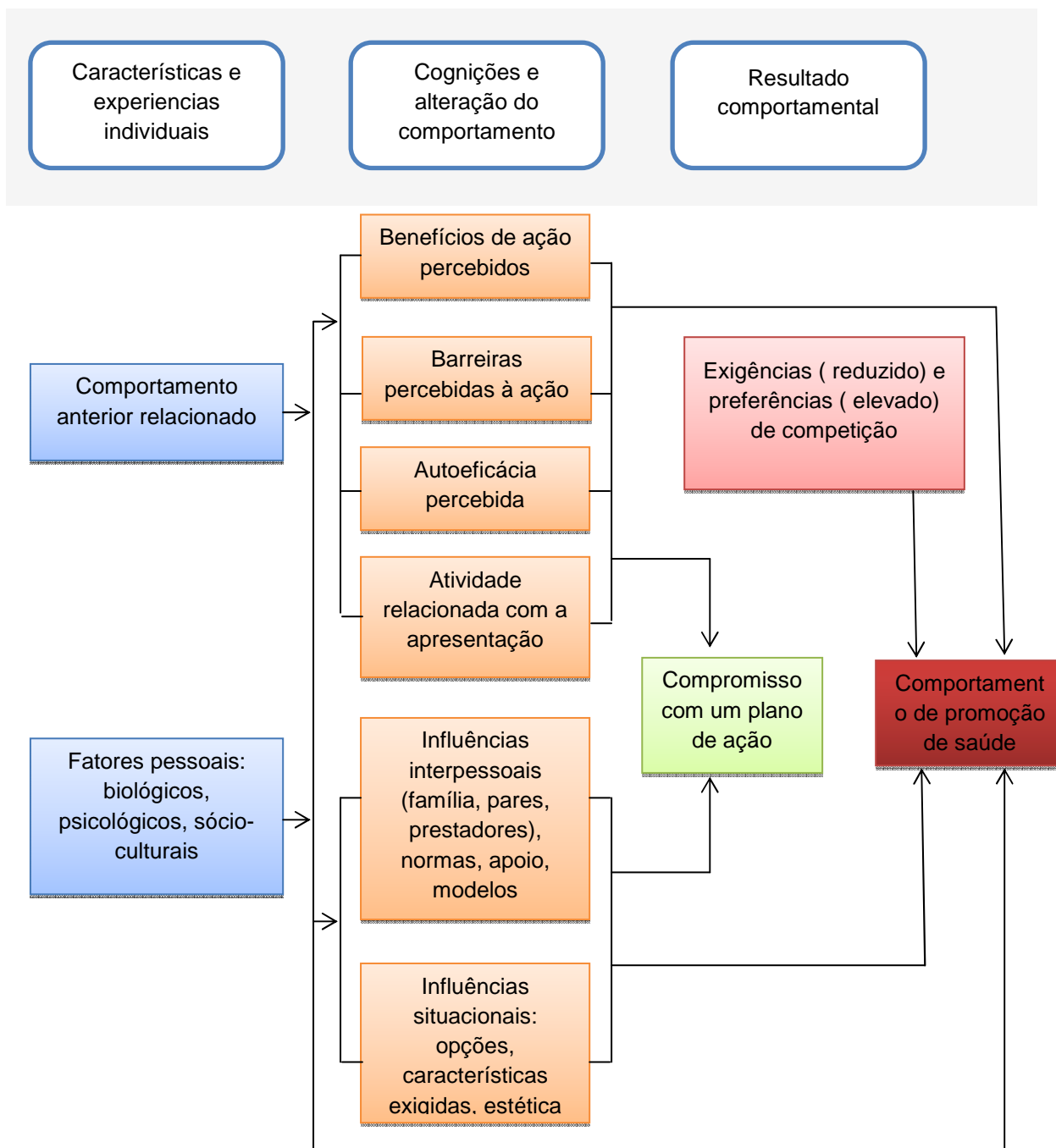


Figura 1 – Diagrama adaptado do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (revisto) (2011)

## **ANEXO 2**

Autorização e cedência do questionário pelo Sr. Professor José Precioso

---

De: **José Precioso** (precioso@ie.uminho.pt)  
Enviada: quarta-feira, 16 de Abril de 2014 09:55:51  
Para: inesgarcia705@hotmail.com

Bom dia Drª Inês Ramos.  
Vou enviar-lhe de seguida um questionário que pode ser adaptado ao 6º ano, assim como a respetiva grelh.  
Bom trabalho e Páscoa Feliz.  
Precioso

---

**De:** ines ramos [mailto:inesgarcia705@hotmail.com]  
**Enviada:** segunda-feira, 14 de Abril de 2014 12:59  
**Para:** precioso@ie.uminho.pt  
**Assunto:** Solicitação de questionário

Exmo. Sr. Professor José Precioso

O meu nome é Inês Ramos, sou enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Pólo Artur Ravara.  
Estou a realizar o meu projeto de intervenção comunitária, na área da prevenção do tabagismo na adolescência, direcionado para a saúde escolar e precisarei de um questionário para aplicar a população alvo. Gostaria de saber se tem algum questionário validado para a população portuguesa, que seja apropriado para aplicar a alunos do 2º ciclo, direcionado para esta área temática, e se mo podia solicitar.

Muito obrigado.  
Cumprimentos.  
Inês Ramos

---

Não foram detetados vírus nesta mensagem.  
Verificado por AVG - [www.avg.com](http://www.avg.com)  
Versão: 2014.0.4355 / Base de dados de Vírus: 3882/7341 - Data de Lançamento: 04/14/14

## **ANEXO 3**

Questionário aplicado



Universidade do Minho  
Instituto de Educação



## Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar: Construção e avaliação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças de género.

**Em primeiro lugar queremos agradecer-te por responderes a este questionário!**

Com o seu preenchimento pretendemos obter dados para estudar o consumo de álcool e tabaco em adolescentes portugueses.

Assinala com uma cruz o quadrado correspondente à resposta que está mais de acordo com a tua opinião ou escreve a tua resposta na linha que surge a seguir à pergunta. As questões em que podes escolher mais do que uma resposta estão assinaladas à frente da pergunta.

Se te enganares risca completamente o quadrado "errado" e assinala o quadrado que escolheste com uma cruz.

**Este questionário é anónimo, as tuas respostas não serão vistas pelos teus pais nem pelos teus professores.**

É muito importante que respondas a todas as perguntas! Lembra-te que isto não é um teste.

A resposta certa é a que corresponde à tua opinião.

**Responde às seguintes perguntas sobre ti:**

Qual é a tua idade? \_\_\_\_\_ anos

Ano de Escolaridade \_\_\_\_\_ Turma \_\_\_\_\_

És um rapaz ou uma rapariga? Rapaz <sup>1</sup> Rapariga <sup>2</sup>

Em que freguesia moras? \_\_\_\_\_

Quais das seguintes pessoas vivem na tua casa? Se os teus pais viverem em casas diferentes, pensa na casa onde vives na maior parte do tempo. (Podes escolher mais do que uma resposta)

- a) Pai ..... <sup>1</sup>
- b) Padrasto ou companheiro da tua mãe ..... <sup>2</sup>
- c) Mãe ..... <sup>3</sup>
- d) Madrasta ou companheira do teu pai ..... <sup>4</sup>
- e) Irmão/s ..... <sup>5</sup>
- f) Irmã/s ..... <sup>6</sup>
- g) Avós ..... <sup>7</sup>
- h) Outras pessoa ..... <sup>8</sup> Quem? \_\_\_\_\_

Qual o grau de escolaridade dos teus pais?

	Nunca estudou	Até ao 4º ano (1º ciclo)	Até ao 6º ano (2º ciclo)	Até ao 9º ano (3º ciclo)	Até ao 12º ano (Ensino Secundário)	Concluiu o Ensino Superior (Universidade)	Não sei
<b>Pai</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
<b>Mãe</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

O que fazem os teus pais no trabalho? (se não souberes escreve "Não sei")

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Parece-te que as pessoas que se listam abaixo gostavam que tu fumasses? (Escolhe apenas uma opção para cada pessoa)

	Sim	Não	Não sei	Não tenho
<b>Pai</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Mãe</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Irmã(o)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Melhor amigo(a)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Namorado(a)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Em 100 jovens da tua idade, quantos achas que fumam pelo menos uma vez por semana?

- a) Nenhum..... 1
- b) Entre 1 e 25..... 2
- c) Entre 25 e 50..... 3
- d) Entre 50 e 75..... 4
- e) Entre 75 e 100 ..... 5
- f) 100 (todos) ..... 6

Alguma das seguintes pessoas já falou contigo sobre as desvantagens de fumar?

	Falou várias vezes	Falou algumas vezes	Nunca falou	Não tenho
<b>Pai</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Mãe</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Irmã(o)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Melhor amigo(a)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Professor(es)</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

No últimos 30 dias, com que frequência cada uma das seguintes pessoas te ofereceu cigarros?

	Várias vezes	Uma ou outra vez	Nunca	Não tenho
Pai	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mãe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Irmã(o)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Melhor amigo(a)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Amigos(as)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Outras pessoas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

As seguintes pessoas fumam? (Escolhe apenas uma opção para cada pessoa)

	Fuma	Não fuma	Não sei	Não tenho
Pai	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Mãe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Irmão(s) /Irmã(s)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Namorado(a)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

As seguintes pessoas fumam no interior da casa onde vives? (Escolhe apenas uma opção para cada pessoa)

	Não	Sim, por vezes	Sim, todos os dias	Não se aplica ao meu caso
Próprio/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
A tua mãe (ou mulher responsável por ti)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
O teu pai (ou homem responsável por ti)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Irmão(s)/Irmã(s)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Outra pessoa com quem vives: (Indica quem) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Outra pessoa que vá à tua casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Dos teus melhores amigos, rapazes, quantos fumam?

- a) Nenhum.....1
- b) Um a três.....2
- c) Mais do que três.....3
- d) Não sei.....4
- e) Não tenho.....5

Das tuas melhores amigas, raparigas, quantas fumam?

- a) Nenhuma..... 1
- b) Um a três..... 2
- c) Mais do que três..... 3
- d) Não sei..... 4
- e) Não tenho..... 5

Já experimentaste fumar tabaco (mesmo que tenha sido apenas "uma passa/um bufo")?

- a) Sim..... 1
- b) Não..... 2

Atualmente fumas?

- a) Todos os dias..... 1 Quantos cigarros fumas por dia? \_\_\_\_\_
- b) Pelo menos um cigarro por semana, mas não todos os dias... 2 Quantos cigarros fumas por semana? \_\_\_\_\_
- c) Menos de um cigarro por semana..... 3
- d) Já fumei mas deixei de fumar..... 4
- e) Não fumo..... 5

Com que frequência fumaste tabaco nos últimos 30 dias?

- a) Nenhuma..... 1
- b) Menos de um cigarro por semana..... 2
- c) Menos de 1 cigarro por dia..... 3
- d) Entre 1 a 5 cigarros por dia..... 4
- e) Entre 6 a 10 cigarros por dia..... 5
- f) Entre 11 a 20 cigarros por dia..... 6
- g) Mais de 20 cigarros por dia..... 7

Em média, com que frequência fumas ao fim-de-semana?

- a) Não fumo..... 1
- b) Menos de 1 cigarro por dia..... 2
- c) Entre 1 a 5 cigarros por dia..... 3
- d) Entre 6 a 10 cigarros por dia..... 4
- e) Entre 11 a 20 cigarros por dia..... 5
- f) Mais de 20 cigarros por dia..... 6

Já tentaste deixar de fumar?

- a) Tentei deixar de fumar mas não consegui..... 1
- b) Não tentei, mas gostava de experimentar deixar de fumar..... 2
- c) Não tentei, porque não sei se estou interessado/a em deixar de fumar..... 3
- d) Não estou nada interessado/a em deixar de fumar..... 4
- e) Não se aplica ao meu caso..... 5

Gostavas de vir (ou de continuar) a ser fumador?

- a) Tenho a certeza que fumarei.....  1
- b) Provavelmente fumarei .....  2
- c) Não sei se fumarei.....  3
- d) Provavelmente não fumarei .....  4
- e) Tenho a certeza que não fumarei.....  5

Reprovaste algum ano?

Não  Sim  Se sim, quantos anos? \_\_\_\_\_

Como é que te sentes em relação à escola, atualmente?

- a) Gosto muito .....  1
- b) Gosto.....  2
- c) Não gosto nem desgosto.....  3
- d) Não gosto.....  4
- e) Detesto.....  5

Com que frequência te envolveste em brigas/lutas com colegas na escola, no último período?

- a) Nunca .....  1
- b) Uma ou duas vezes.....  2
- c) Uma vez por semana .....  3
- d) Várias vezes por semana.....  4

Estás atualmente a fazer dieta para perder peso?

- a) Não, o peso está bom .....  1
- b) Não, mas deveria perder peso .....  2
- c) Não, porque preciso ganhar peso .....  3
- d) Sim.....  4

Achas que o teu corpo é...

- a) Magro demais.....  1
- b) Um pouco mais magro do que deveria.....  2
- c) Está bem assim.....  3
- d) Um pouco mais gordo do que deveria.....  4
- e) Gordo demais.....  5

Atualmente, com que frequência bebes bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, whisky ou outras...)? Tenta incluir mesmo aquelas vezes em que bebes uma pequena quantidade.

	Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
Cerveja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vinho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Licores/whisky	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
"Shots"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Outras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Nos últimos 30 dias, quantas vezes já ficaste bêbado/a por teres bebido bebidas com álcool (por exemplo, sentir dificuldade em andar, ter dificuldade em falar, vomitar, não te lembrares do que aconteceu)?

- a) 0 vezes ..... 1
- b) 1-2 vezes ..... 2
- c) 3-5 vezes ..... 3
- d) 6-9 vezes ..... 4
- e) 10-19 vezes ..... 5
- f) 20 ou mais ..... 6

Se um amigo te oferecesse agora um cigarro para fumar, como irias reagir?

- a) Recusava o cigarro ..... 1
- b) Aceitava o cigarro ..... 2
- c) Não sei ..... 3

Os outros conseguem convencer-te a fazer coisas que não te apetece fazer?

- a) Nunca ..... 1
- b) Raramente ..... 2
- c) Por vezes ..... 3
- d) Muitas vezes ..... 4
- e) Sempre ..... 5

Os outros conseguem convencer-te a fazer coisas de que depois te arrependes?

- a) Nunca ..... 1
- b) Raramente ..... 2
- c) Por vezes ..... 3
- d) Muitas vezes ..... 4
- e) Sempre ..... 5

Alguma vez fizeste coisas que os teus amigos te pedem só para não os desiludir?

- a) Nunca ..... 1
- b) Raramente ..... 2
- c) Por vezes ..... 3
- d) Muitas vezes ..... 4
- e) Sempre ..... 5

Os teus pais/cuidadores estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola?

- a) Nunca ..... 1
- b) Raramente ..... 2
- c) Por vezes ..... 3
- d) Muitas vezes ..... 4
- e) Sempre ..... 5

Os teus pais/cuidadores encorajam-te a fazer bem os teus trabalhos da escola?

- a) Nunca ..... 1
- b) Raramente ..... 2
- c) Por vezes ..... 3
- d) Muitas vezes ..... 4
- e) Sempre ..... 5

Se os teus pais/familiares te disserem que o tabaco faz mal e que deves fumar, a opinião deles para ti é...

- a) Muito importante.....  1
- b) Bastante importante.....  2
- c) Indiferente.....  3
- d) Pouco importante.....  4
- e) Nada importante.....  5

Em média, qual é a quantidade de dinheiro que tens semanalmente para gastares livremente?

- a) Entre 0 a 5€.....  1
- b) Entre 5,01€ e 10€.....  2
- c) Entre 10,01€ e 25€.....  3
- d) Entre 25,01€ e 50€.....  4
- e) Mais de 50€.....  5

Obrigado! 😊

**ANEXO 4**

Autorização da DGE para aplicação do inquérito em meio escolar

**De:** [mime-noreply@gepe.min-edu.pt](mailto:mime-noreply@gepe.min-edu.pt) [mailto:[mime-noreply@gepe.min-edu.pt](mailto:mime-noreply@gepe.min-edu.pt)]

**Enviada:** sexta-feira, 24 de Janeiro de 2014 12:05

**Para:** [precioso@ie.uminho.pt](mailto:precioso@ie.uminho.pt); [isabelsousa@ie.uminho.pt](mailto:isabelsousa@ie.uminho.pt)

**Assunto:** Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0410400001

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

O pedido de autorização do inquérito n.º 0410400001, com a designação *"Prevenção do Tabagismo em adolescentes e crianças em idade escolar: construção e avaliação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças de género"*, registado em 22-01-2014, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Maria Isabel Pereira de Sousa

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

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor de Serviços de Projetos Educativos

## **ANEXO 5**

Parecer da Comissão de ética da ARSLVT

*Em concordância com o parecer e autorização em tudo.*

*17-9-2014*



LUIS PISCO  
Vice-Presidente do Conselho Directivo  
ARSLVT, I.P.

Informação N.º 7626/CES

Data: 19-09-2014

Processo N.º 046/CES/INV/2014

Assunto: "Promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes do 6º ano do 2º ciclo, do ensino básico: Prevenção do tabagismo."

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, tendo emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Referenciamos o presente parecer na expectativa da vossa apreciação e autorização para posterior envio ao requerente e divulgação em formato sumário no portal da ARSLVT.

À consideração superior,



Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

**Parecer**  
**046/CES/INV/2014**

**Título:** Promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes do 6º ano do 2º ciclo, do ensino básico:  
Prevenção do tabagismo

**Âmbito do estudo:** Académico

**Enquadramento institucional do proponente:** 5º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de  
especialização em Enfermagem Comunitária

**Investigador(es):** Inês Ramos

**Orientador(es):** Professor António Major

**Fundamentação do estudo:**

No âmbito do desenvolvimento na Unidade Curricular Opção II – Estágio de Intervenção Comunitária, é pretendida a realização de um projeto de estágio com relatório de intervenção comunitária, que permita o desenvolvimento de competências para intervir junto das famílias/grupos ou comunidades.

De salientar que este trabalho não se trata de um projeto de investigação, mas antes de relatório de estágio de intervenção comunitária e desenvolver-se-á segundo a metodologia do processo de planeamento em saúde e referenciais teóricos de enfermagem comunitária.

Para desenhar o projeto, primeiro é necessário identificar as necessidades, isto é, a existência de um problema clínico/tema pertinente de ser abordado, na atualidade, segundo a evidência científica. Posteriormente, é necessária a identificação de prioridades a nível local (\*).

Desta forma e tendo em conta os pontos anteriores, e após a revisão bibliográfica neste sentido, a temática que abordarei será a prevenção do tabagismo na adolescência, na área da saúde escolar, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Loures, pertencente ao ACES Loures-Odivelas. A finalidade deste projeto de intervenção é contribuir para a operacionalização do Programa Nacional de Saúde Escolar, no ACES Loures-Odivelas.

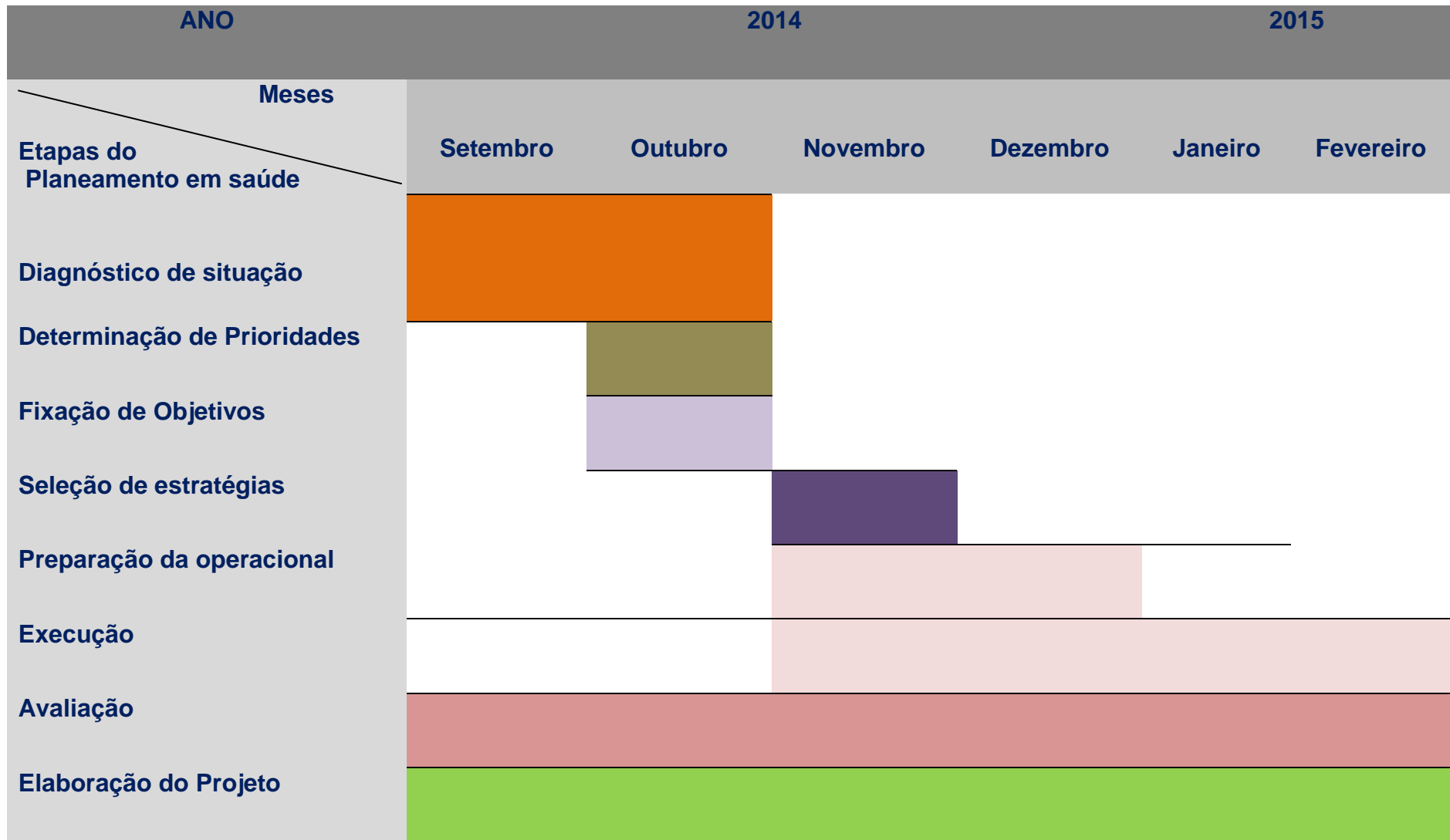
A questão clínica que orientou a pesquisa da evidência científica foi: Quais são as intervenções para prevenção do consumo de tabaco na adolescência, em meio escolar?

Segundo WHO (2012), fumar é o maior fator de risco comportamental, provocando um grande número de mortes prematuras evitáveis em todo o mundo, sendo considerada uma pandemia. Segundo a mesma

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

### **Cronograma de atividades**



## **APÊNDICE 2**

Autorização do Sr. Diretor do Conselho Executivo da escola para aplicação do questionário

Exmo. Sr. Diretor da Escola EB 2,3 \*

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a mestranda Inês Alexandra Garcia Ramos, sob orientação do docente, António Major, e da Sra. Enfermeira Dulce Casaleiro (coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Loures e especialista Saúde Mental e Psiquiátrica), vem por este meio propor a realização de um projeto de intervenção comunitária, na área da saúde escolar.

Pretende-se dar resposta ao objetivo da Unidade Curricular Opção II - Estágio de Intervenção Comunitária, elaborando um projeto de estágio com relatório de intervenção comunitária, de forma a promover o desenvolvimento de competências para intervir junto de famílias/grupos ou comunidades.

A operacionalização do projeto tem como objetivo contribuir para a prevenção do consumo de tabaco, nos alunos do 6º ano do 2ºCiclo da Escola Básica 2/3

A sua elaboração decorrerá entre Abril e Junho de 2014, e a sua implementação entre Outubro de 2014 e Fevereiro de 2015.

Atenciosamente,

Lisboa, Abril de 2014

Inês Alexandra Garcia Ramos

Mestranda – Enfª Inês Ramos

Autorizo  
Loures, 27/5/14  


### **APÊNDICE 3**

Autorização do ACES para divulgação do nome da instituição

Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Loures- Odivelas

Dra. Heine Lopes

Silvia de...  
O.P.M.  
28/5/14  
203

HEINE LOPES  
DIRETORA EXECUTIVA  
ACES LOURES - ODIVELAS

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a mestranda Inês Alexandra Garcia Ramos, sob orientação do docente, António Major, e da Sra. Enfermeira Dulce Casaleiro, vem por este meio pedir autorização para utilização do nome do ACES Loures-Odivelas, e UCC de Loures, na redação do projeto de estágio "Prevenção do consumo de tabaco, nos alunos do 6º ano do 2ºCiclo da Escola Básica 2/3". Caso não me for concedida autorização, será referido como um ACES pertencente à área da grande Lisboa.

Atenciosamente,

Lisboa, Abril de 2014

INÊS ALEXANDRA GARCIA RAMOS

Mestranda – Enfª Inês Ramos

## **APÊNDICE 4**

Consentimento livre e esclarecido para os pais/E.E. dos alunos

**Exmo (a). Sr(a). Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) do 2º ciclo, 6º ano da Escola EB 2/3 da área da grande Lisboa**

O consumo de tabaco é considerado um dos maiores problemas de saúde pública, sendo responsável por mais mortes do que qualquer outra doença. Sabemos que cada vez mais cedo se inicia o consumo de tabaco, e por isso, maior será a dependência e os problemas de saúde que daí resultam. A escola é um local excelente para prevenir o consumo de tabaco, especialmente na fase da adolescência, quando se iniciam a maioria dos consumos.

Eu, Inês Alexandra Garcia Ramos, aluna do mestrado em Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio, pedir autorização para que os vossos educandos preencham um questionário, no sentido de dar a sua opinião acerca desta temática, para depois poder ir de encontro as suas necessidades de educação para a saúde. O questionário pretende identificar os conhecimentos e atitudes do adolescente face ao tabaco, a assertividade, autoestima, atitude dos pais face as atividades escolares e à evicção tabágica. A participação neste estudo é voluntária e poderá desistir da sua participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização. Este questionário não requer identificação dos participantes, pelo que é anónimo. Para colocar dúvidas pode contactar a equipa de educação para a saúde da escola ou a saúde escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade de Loures.

Lisboa, Setembro de 2014



.....

Eu, encarregado de educação do aluno \_\_\_\_\_ da turma \_\_\_\_\_, da Escola EB 2,3 tomei conhecimento e autorizo  /não autorizo  o meu educando a preencher o questionário para a execução do projeto de prevenção do tabagismo na adolescência, na área da saúde escolar.

Assinatura do Encarregado de educação

x \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE 5**

Tabelas de análise de dados

Tabela n.º1 – Distribuição dos participantes por idade (n=124)

<b>Questão – Qual é a tua idade?</b>		
	n	%
11	58	47 %
12	49	40%
13	12	10%
15	5	4%
n	124	100%
<b>Média de idades</b>		12,7

Tabela n.º2 – Distribuição dos participantes por sexo (n=124)

<b>Questão – És rapaz ou rapariga?</b>		
	n	%
Rapaz	60	48%
Rapariga	64	52%
n	124	100%

Tabela n.º3 – Distribuição dos participantes por pessoas que vivem na mesma casa (n=124)

<b>Questão – Quais das seguintes pessoas vivem em tua casa?</b>		
	n	%.
Pai	90	73%
Mãe	114	92%
Padrasto ou companheiro da tua mãe	13	10%
Madrasta ou companheira da tua mãe	2	2%
Irmão/s	51	41%
Irmã/s	56	45%
Avós	19	15%
Outra pessoa	12	10%

Tabela n.º4 – Distribuição dos participantes por grau de escolaridade dos pais (n=124)

	<b>Pai</b>		<b>Mãe</b>	
	n	%	n	%
Nunca estudou	0	0	0	0
1ºciclo	7	6%	7	6%
2ºciclo	6	5%	3	2%
3ºciclo	18	15%	13	10%
Ensino secundário	18	15%	28	23%
Universidade	34	27%	42	34%
Não sei	41	33%	31	25%
n	124	100%	124	100%

Tabela n.º5 – Distribuição dos participantes por norma (opinião dos outros acerca do hábito de fumar) (n=124)

<b>Questão – Parece-te que as pessoas que se listam abaixo gostavam que tu fumasses?</b>									
	Sim		Não		Não sei		Não tenho		n
	n.	%.	n	%	n	%	n	%	
<b>Pai</b>	2	2%	114	92%	5	4%	3	2%	124
<b>Mãe</b>	2	2%	118	95%	4	3%	0	0%	
<b>Irmã(o)</b>	1	1%	90	73%	13	10%	20	16%	
<b>Melhor amigo (a)</b>	1	1%	96	77%	18	15%	9	7%	
<b>Namorado (a)</b>	1	1%	22	18%	3	2%	98	79%	

Tabela n.º6 – Distribuição dos participantes por opinião sobre o número de jovens da mesma idade que fumam (n=124)

	n	%
<b>Nenhum</b>	44	35%
<b>Entre 1 e 25</b>	35	28%
<b>Entre 25 a 50</b>	25	20%
<b>Entre 50 a 75</b>	13	11%
<b>Entre 75 a 100</b>	7	6%
<b>100 (todos)</b>	0	0%
<b>n</b>	124	100%

Tabela n.º7 – Distribuição dos participantes por ter recebido informação sobre as desvantagens do consumo (n=124)

<b>Questão – Alguma das seguintes pessoas já falou contigo sobre as desvantagens de fumar?</b>											
	Falou várias vezes		Falou algumas vezes		Nunca falou		Não tenho		Não respondeu		n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Pai</b>	35	28%	54	43%	31	25%	4	3%	0	0%	124
<b>Mãe</b>	41	33%	55	44%	28	23%	0	0%	0	0%	
<b>Irmã (o)</b>	12	10%	22	18%	80	64%	10	8%	0	0%	
<b>Amigo(a)</b>	8	6%	21	17%	75	60%	2	2%	18	14%	
<b>Professores</b>	29	23%	55	44%	35	28%	0	0%	5	4%	

Tabela n.º8 – Distribuição dos participantes por oferta de cigarros (n=124)

	Várias vezes		Uma vez ou outra		Nunca		Não tenho		n
	n.	%	n	%	n	%	n	%	
	<b>Pai</b>	0	0%	0	0%	120	97%	4	
<b>Mãe</b>	0	0%	0	0%	124	100%	0	0%	
<b>Irmã(o)</b>	0	0%	0	0%	104	84%	20	16%	
<b>Melhor amiga(o)</b>	0	0%	0	0%	124	100%	0	0%	
<b>Amigos</b>	0	0%	1	1%	123	99%	0	0%	
<b>Outras pessoas</b>	0	0%	6	5%	116	93%	2	2%	

Tabela n.º9 – Distribuição dos participantes por pais e conviventes fumadores (modelagem) (n=124)

	Fuma		Não fuma		Não sei		Não tenho		n
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	<b>Pai</b>	50	40%	69	56%	1	1%	4	
<b>Mãe</b>	30	24%	93	75%	1	1%	0	0%	
<b>Irmã(o)</b>	9	7%	92	74%	2	2%	21	17%	
<b>Namorada(o)</b>	0	0%	27	22%	1	1%	96	77%	

Tabela n.º10 – Distribuição dos participantes por exposição ao fumo ambiental do tabaco (n=124)

<b>Questão – As seguintes pessoas fumam dentro da casa onde vives?</b>											
	Não		Sim, por vezes		Sim, todos os dias		Não se aplica		Não respondeu		n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Próprio(a)</b>	69	55%	1	1%	0	0%	47	38%	7	6%	124
<b>Mãe/E.E.</b>	74	60%	10	8%	8	6%	32	26%	0	0%	
<b>Pai/E.E.</b>	65	52%	18	15%	14	11%	23	18%	4	3%	
<b>Irmã(o)</b>	74	60%	4	3%	0	0%	46	37%	0	0%	
<b>Outros com quem vives</b>	38	31%	5	4%	5	4%	34	27%	42	34%	
<b>Outros que frequentam a casa</b>	55	44%	26	21%	2	2%	29	23%	12	10%	

Tabela n.º11 – Distribuição dos participantes por consumo de tabaco pelos melhores amigos (n=124)

<b>Questão – Dos teus melhores amigos rapazes, quantos fumam?</b>		
	n	%
<b>Nenhum</b>	104	84%
<b>1 a 3</b>	6	5%
<b>Mais do que 3</b>	4	3%
<b>Não sei</b>	4	3%
<b>Não tenho</b>	6	5%
<b>n</b>	124	100%

Tabela n.º12 – Distribuição dos participantes por consumo de tabaco pelas melhores amigas (n=124)

<b>Questão – Das tuas melhores amigas raparigas, quantas fumam?</b>		
	F.A.	F.R.
<b>Nenhuma</b>	112	90%
<b>1 a 3</b>	4	3%
<b>Mais do que 3</b>	2	2%
<b>Não sei</b>	2	2%
<b>Não tenho</b>	4	3%
<b>n</b>	124	100%

Tabela n.º13 – Distribuição dos participantes por experimentação (n=124)

<b>Questão – Já experimentaste fumar tabaco (mesmo que tenha sido uma “passa ou um bufo”)?</b>		
	n	%
<b>Sim</b>	12	10%
<b>Não</b>	112	90%
<b>n</b>	124	100%

Tabela n.º14 – Distribuição dos participantes por consumo (prevalência) (n=124)

<b>Questão – Atualmente fumas?</b>		
	n	%
<b>Todos os dias</b>	0	0%
<b>Pelo menos 1 cigarro por semana</b>	0	0%
<b>Menos de 1 cigarro por semana</b>	0	0%
<b>Já deixei de fumar</b>	3	2%
<b>Não fumo</b>	121	98%
<b>n</b>	124	100%

Tabela n.º15 – Distribuição dos participantes por consumo (prevalência) (n=124)

<b>Questão – Com que frequência fumaste tabaco nos últimos 30 dias?</b>		
	n	%
<b>Nenhuma</b>	124	100%
<b>Menos de 1 cigarro/ semana</b>	0	0%
<b>Menos de 1 cigarro/ dia</b>	0	0%
<b>Entre 1 a 5 cigarros/ dia</b>	0	0%
<b>Entre 6 a 10 cigarros/ dia</b>	0	0%
<b>Entre 11 a 20 cigarros/ dia</b>	0	0%
<b>Mais de 20 cigarros/ dia</b>	0	0%
<b>n</b>	124	100%

Tabela n.º16 – Distribuição dos participantes por consumo ao fim-de-semana (n=124)

<b>Questão – Em média, com que frequência fumas ao fim-de-semana?</b>		
	n	%
<b>Não fumo</b>	124	100%
<b>Menos de 1 cigarro por dia</b>	0	0%
<b>Entre 1 a 5 cigarros por dia</b>	0	0%
<b>Entre 6 a 10 cigarros por dia</b>	0	0%
<b>Entre 11 a 20 cigarros por dia</b>	0	0%
<b>Mais de 20 cigarros por dia</b>	0	0%
<b>n</b>	124	100%

Tabela n.º17 – Distribuição dos participantes por cessação (n=124)

<b>Questão – Já tentaste deixar de fumar?</b>		
	n	%
<b>Sim</b>	0	0%
<b>Não</b>	0	0%
<b>Não se aplica ao meu caso</b>	124	100%
<b>n</b>	124	100%

Tabela n.º18 – Distribuição dos participantes por intenção (n=124)

<b>Questão – Gostavas de vir (ou de continuar) a ser fumador?</b>		
	n	%
<b>Tenho a certeza que fumarei</b>	0	0%
<b>Provavelmente fumarei</b>	4	3%
<b>Não sei se fumarei</b>	14	11%
<b>Provavelmente não fumarei</b>	18	15%
<b>Tenho a certeza que não fumarei</b>	88	71%
<b>n</b>	124	100%

Tabela n.º19 – Distribuição dos participantes por assertividade (n=124)

<b>Questão – Se um amigo te oferecesse agora um cigarro, como irias reagir?</b>		
	n	%
<b>Recusava o cigarro</b>	111	90%
<b>Aceitava o cigarro</b>	4	3%
<b>Não sei</b>	9	7%
<b>n</b>	124	100%

Tabela n.º20 – Distribuição dos participantes por assertividade (n=124)

<b>Questão – Alguma vez fizeste coisas que os teus amigos te pedem só para não os desiludires?</b>		
	n	%
<b>Nunca</b>	63	51%
<b>Raramente</b>	30	24%
<b>Por vezes</b>	24	19%
<b>Muitas vezes</b>	4	3%
<b>Sempre</b>	3	2%
<b>n</b>	124	100%

Tabela n.º21 – Distribuição dos participantes por importância dada à opinião dos pais (n=124)

Questão – Se os teus pais/familiares te disserem que o tabaco faz mal e que não deves fumar, a opinião deles para ti é...?

	n	%
<b>Muito importante</b>	93	75%
<b>Bastante importante</b>	23	18%
<b>Indiferente</b>	7	6%
<b>Pouco importante</b>	1	1%
<b>Nada importante</b>	0	0%
<b>n</b>	124	100%

## **APÊNDICE 6**

Método de Hanlon

Problemas	Critérios	A	B	C	D	Cálculo das prioridades (A+B)CxD
1- Baixa autoeficácia		10	10	1	1	20
2- Défice de conhecimentos relacionado com o tabagismo		10	10	1,5	1	30
3- Exposição ao fumo ambiental de tabaco em casa		4	8,1	1	1	14,1
4- Existência de pais fumadores		8	8,1	0,5	0	0

<p><b>A – Amplitude do problema</b></p> <p>2: menos de 20% da população-alvo  4: de 21% a 40% da população-alvo  6: de 41% a 60% da população-alvo  8: de 61% a 80% da população-alvo  10: de 81% a 100% da população-alvo</p>	<p><b>B - Gravidade do problema:</b></p> <p>- Pouco grave: 1-4  - Gravidade média: 4,1-8  - Gravidade elevada: 8,1-10</p>
<p><b>C- Eficácia da solução:</b></p> <p>0,5 – Difícil solução  1- Razoável Solução  1,5 – Fácil solução</p>	<p><b>D - Exequibilidade da intervenção</b>  (aborda 5 componentes: pertinência, exequibilidade, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade - PEARL) :</p> <p>0 – Não exequível  1 – Exequível</p>
<p>Valor de prioridade = (A+B) C x D</p>	

## **APÊNDICE 7**

Cronograma de Gantt

## CRONOGRAMA DE GANTT

Atividades	Outubro 2014	Novembro 2014	Dezembro 2014	Janeiro 2015	Fevereiro 2015
<u>Sessão1:</u> “Respire saúde...sem tabaco!!!”					
<u>Sessão2:</u> “Respira saúde ... sem tabaco!!!”					
Sessão3: Role-play: “Sei dizer NÃO ao tabaco!”					
<u>Sessão4:</u> Músicas sobre o tabagismo “Quem canta, o tabaco espanta”					
<u>Sessão5:</u> “Debate café”, sobre o tabagismo com os pais/E.E.					
<u>Sessão6:</u> Trivial “Não fumador... sem dúvidas!”					
<u>Sessão7:</u> Exposição sobre o tabagismo					

## **APÊNDICE 8**

Recursos Humanos, Materiais e Financeiros

## Recursos Humanos, Materiais e Financeiros

Recursos		
Recursos Humanos	Recursos Materiais	Recursos Financeiros
Mestranda, Professores de Música, Professor de Língua Portuguesa, Enfermeira orientadora do estágio, Professoras Coordenadoras da Educação para a Saúde na escola, professores diretores de turma e alunos	Computador, Data-show, tela, internet, Material didático e escolar, colunas de som, cartolinas, fotocópias, papel, cola, canetas, tesoura	Aquisição de material escolar e didático, suportado pela escola  Fotocópias, impressões a cores e preto e branco, cartolinas, cola e papel, suportado pela mestranda

## **APÊNDICE 9**

Plano Operacional Detalhado

<b>Atividade</b>	<b>Recursos</b>	<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>Como</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Ação de sensibilização aos pais/E.E. “Respire saúde...sem tabaco!!!”</b>	<p><b>Humanos:</b> Pais/E.E; Mestranda e professores diretores de turma</p> <p><b>Materiais:</b> Computador; projetor; diapositivos; fichas de avaliação da sessão; folha de presenças</p>	29/10/14	Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa-sala de aula	30 min. Método expositivo, participativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar os pais/E.E. para a temática da prevenção do tabagismo</li> <li>- Dar a conhecer o projeto</li> </ul>	<p><b>Indicadores de adesão e atividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de participação dos pais na atividade</li> <li>- Nº de pais que avaliam satisfatoriamente a atividade desenvolvida</li> </ul>
<b>Sessão de EpS: “Respira saúde... sem tabaco!!!”</b>	<p><b>Humanos:</b> Alunos do 6ºA e D; Mestranda</p> <p><b>Materiais:</b> Computador; internet; projetor; tela; colunas de som; caixa de recolha de dúvidas; fotocópias; lápis/caneta; cartões de apresentação/ quebra gelo</p>	6ºD - 17/11/14 6ºA – 19/11/14	Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa-sala de aula	80 min Método expositivo, participativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar para a temática da prevenção do tabagismo</li> <li>- Capacitar os alunos com conhecimentos relativos ao tabagismo</li> <li>- Promover pensamento crítico sobre a temática</li> </ul>	<p><b>Indicadores de adesão e atividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de participação dos alunos na atividade;</li> <li>- Nº de alunos que avaliam a atividade de forma satisfatória.</li> </ul>

Atividade	Recursos	Data	Local	Como	Objetivos	Avaliação
<b>Role-play</b> <b>“Sei dizer NÃO ao tabaco!”</b>	<b>Humanos:</b> Alunos do 6ºA e D; Mestranda  <b>Materiais:</b> Colunas de som; Computador; Internet; fotocópias; Papel, marcador de cor e cola	6ºD -1/12/14 6ºA – 3/12/14	Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa-sala de aula	80 min  Método expositivo, participativo.  Representação.	Contribuir para a promoção de escolhas livres e informadas na área da prevenção do tabagismo, relativamente à preferência/pressão dos pares	<b>Indicadores de adesão e atividade:</b> - Taxa de participação dos alunos na atividade;  - Nº de alunos que avaliam a atividade de forma satisfatória.
<b>Músicas sobre o tabagismo:</b> <b>“Quem canta, o tabaco espanta!”</b>	<b>Humanos:</b> Alunos do 6ºA e D; Mestranda  <b>Materiais:</b> Colunas de som Computador	16/12/14	Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa-sala de aula	80 min Método participativo. Representação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar os alunos com conhecimentos relativos ao tabagismo</li> <li>- Promover pensamento crítico sobre a temática</li> <li>- Envolver a comunidade educativa e os pais</li> </ul>	<b>Indicadores de adesão:</b> - Taxa de participação dos alunos na atividade;  <b>Indicadores de atividade:</b> - Realização efetiva da exposição

Atividade	Recursos	Data	Local	Como	Objetivos	Avaliação
<p><b>“Debate café” sobre o tabagismo e o fumo ambiental do tabaco com os pais/E.E. dos alunos</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Alunos do 6ºA e D; Mestranda</p> <p><b>Materiais:</b> Computador, projetor, fotocópias</p>	13/1/15	Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa-sala de aula	30 min Método participativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuir para a diminuição da exposição do fumo ambiental em casa</li> <li>- Desenvolver atitudes promotoras de ambientes livres de tabaco</li> <li>- Colmatar as dúvidas que os pais colocaram na ação de sensibilização</li> </ul>	<p><b>Indicadores de resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de pais/E.E. que demonstram conhecimentos sobre o FAT</li> </ul> <p><b>Indicadores de adesão/atividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de participação dos pais/E.E. na atividade</li> <li>- Nº de pais/E.E. que avaliam a atividade de forma satisfatória.</li> </ul>
<p><b>Jogo Trivial “Não fumador... sem dúvidas!”</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Alunos do 6ºA e D; Mestranda</p> <p><b>Materiais:</b> Cartolinas; papel; cola; marcadores; fotocópias; tesoura</p>	21/1/15 6ºA 29/1/15 6ºD	Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa-sala de aula	80 min Método expositivo e participativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar os alunos com conhecimentos relativos ao tabagismo</li> <li>- Promover pensamento crítico sobre a temática</li> <li>- Sedimentar os conhecimentos adquiridos</li> <li>- Esclarecer dúvidas</li> </ul>	<p><b>Indicadores de resultado:</b></p> <p>Taxa de alunos que adquiriram conhecimentos acerca do tabagismo, FAT e sobre autoeficácia na recusa/intenção de fumar</p> <p><b>Indicadores de adesão/atividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de participação dos alunos na atividade;</li> <li>- Nº de alunos que avaliam a atividade de forma satisfatória.</li> </ul>

Atividade	Recursos	Data	Local	Como	Objetivos	Avaliação
<p><b>Exposição sobre o tabagismo</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Alunos do 6ºA e D; Mestranda</p> <p><b>Materiais:</b> Fornecidos pela escola e escolhidos pela professora de Educação Visual</p>		<p>Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa-sala de aula e átrio da escola</p>	<p>Método expositivo e participativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar os alunos com conhecimentos relativos ao tabagismo</li> <li>- Promover pensamento crítico sobre a temática</li> <li>- Sedimentar os conhecimentos adquiridos e partilhar com a comunidade escolar</li> </ul>	<p><b>Indicadores de atividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização efetiva da exposição</li> </ul>

## **APÊNDICE 10**

Plano de sessão da ação de sensibilização aos pais/E.E. "Respire saúde...sem tabaco!!!

## Plano de sessão da ação de sensibilização “Respire saúde...sem tabaco!!!”

**Data:** 29 Setembro de 2014

**População alvo:** Pais/E.E. do 6ºA/6ºD, da escola EB 2,3 da grande Lisboa

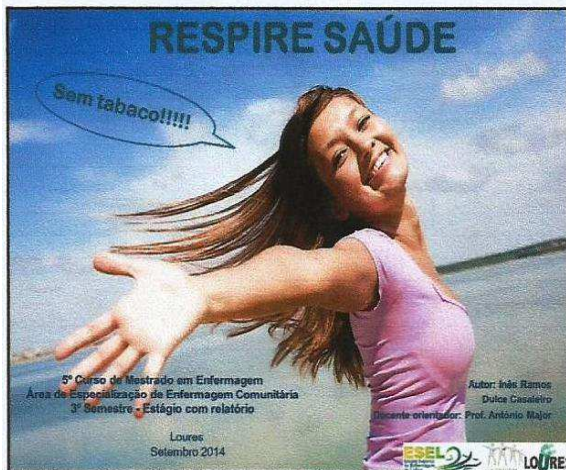
**Local:** Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa

**Hora:** 17:30/18h **Duração da sessão:** 30 minutos **Formadores:** Mestranda Inês Ramos

Fase	Conteúdo	Duração	Métodos	Recursos Materiais
<b>Introdução</b>	Apresentação: Formador e grupo de pais/E.E. Justificação do projeto Constituição da sessão	5 min	Expositivo, participativo	Computador, Data-show, Fotocópias e canetas
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dimensão do tabagismo no mundo e em Portugal</li><li>- Composição do tabaco</li><li>- Dependência</li><li>- Efeitos na saúde</li><li>- Razões para deixar de fumar</li><li>- O papel da família, escola e comunidade</li><li>- Apoio à cessação tabágica</li></ul>	15 min		
<b>Conclusão</b>	Esclarecimento de dúvidas Agradecimento	5 min	Participativo	
<b>Avaliação</b>	Folha de presenças Aplicação do questionário de satisfação relativa à sessão	5 min	Participativo	

## **APÊNDICE 11**

Ação de sensibilização “Respire saúde...sem tabaco!!!”




### Sumário:

- ✓ Dimensão do tabagismo no mundo e em Portugal
- ✓ Composição do tabaco
- ✓ Dependência
- ✓ Efeitos na saúde
- ✓ Razões para deixar de fumar
- ✓ O papel da família, escola e comunidade
- ✓ Apoio à cessação tabágica

### Qual a dimensão?

**Primeira** causa evitável de doença e de morte prematura, contribuindo para **6 das 8 primeiras causas de morte a nível mundial.**



Segundo a OMS, em todo o mundo, por ano, leva à morte de 1 pessoa a cada 6 segundos.

↓

**PANDEMIA !!!**

### Qual a dimensão?

Segundo o último Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) referente à população residente em Portugal – 20,9% são fumadores

30,9% no sexo masculino	11,8% no sexo feminino
-------------------------	------------------------

A proporção de fumadores em Portugal manteve-se inalterada desde 2009 até 2012 (PNPCT)

### Qual a dimensão?

Até ao ano 2012, o tabaco foi o maior fator de risco para a saúde, na Europa, causando **mais problemas** do que o álcool, drogas, hipertensão, excesso de peso ou colesterol (European Commission (EC), 2012).

### De que é feito o tabaco?

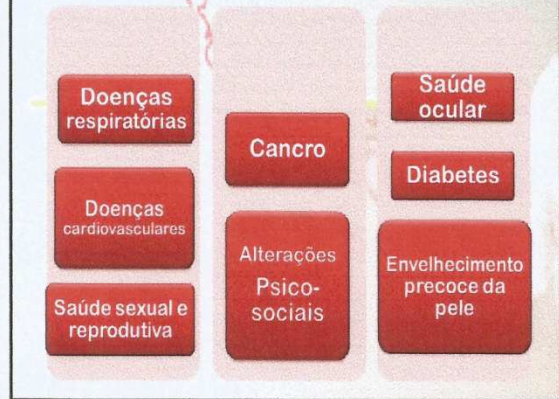


**Fumo de tabaco**

## Leva à dependência?



## Quais os efeitos na saúde?



## Quais os efeitos na saúde?



## Quais os efeitos na saúde ?

A exposição ao fumo ambiental do tabaco, em casa, em veículos, nos locais de trabalho e em espaços públicos fechados é um grave risco para a saúde dos não fumadores expostos, não existindo um limiar seguro de exposição!

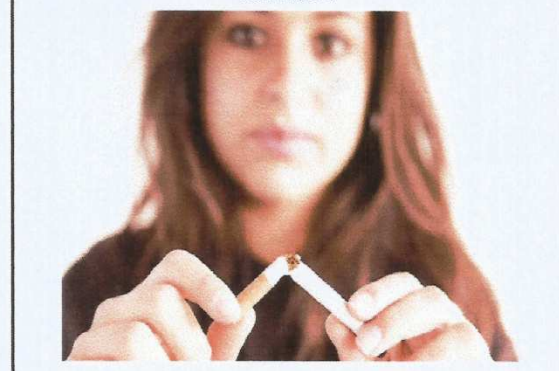
## Não é fácil deixar de fumar ...

motivação

novas formas de lidar com o stress

<https://www.who.int/pt-br/em1.aspx>

## Boas razões para deixar de fumar!



## O papel da família, escola e comunidade

O ato de fumar é socialmente aprendido. A família, pares e prestadores de cuidados influenciam os comportamentos de saúde do adolescente, devido às normas sociais, ao suporte social e aos modelos de conduta que determinam (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011)



## O papel da família, escola e comunidade

Os fatores sócio ambientais com maior influência na iniciação do consumo:

- Idade (adolescência)
- Comportamento de fumar dos pais, dos pais e de outras pessoas significativas para os adolescentes e jovens
- A facilidade de acesso ao tabaco, em particular o preço acessível
- A aceitação social do consumo
- A visibilidade social dos produtos do tabaco



## Consultas de cessação tabágica em Loures:

- Centro de Saúde de Loures
- Rua Angra do Heroísmo Mealhada
- 2670-487 Loures
  
- Tel. 219825111
- 5ª quinzenalmente - 9h - 10h
- R - Dra. Fátima Guytola Tiny

## Cessação tabágica:

- Microsite do tabaco – “RESPIRE BEM”  
<https://www.dgs.pt/respire-bem1.aspx>
- Linha Saúde 24 - 808 24 24 24

## Bibliografia

- Direção Geral da Saúde – Mais vida sem tabaco - Respire bem!
- Programa Nacional Prevenção e Controlo do Tabagismo
- Inquérito Nacional de Saúde

Sites consultados:

<https://www.dgs.pt/respire-bem1.aspx>

<https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/1009309.pdf>

## **APÊNDICE 12**

Plano da sessão de EpS: “Respira saúde...sem tabaco!!!”

## Plano de sessão de Educação para a Saúde “Respira saúde...sem tabaco!!!”

**Data:** 17/19 de Novembro de 2014

**População alvo:** Grupo de alunos do 6ºA/6ºD, da escola EB 2,3 da grande Lisboa

**Local:** Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa

**Hora:** 10:30/8:30h Duração da sessão: 80 minutos

**Formadores:** Mestranda Inês Ramos

Fase	Conteúdo	Duração	Métodos	Recursos Materiais
<b>Introdução</b>	Apresentação: Formador e grupo de alunos (estratégia quebra-gelo, distribuição de cartões) Justificação do projeto Constituição da sessão Recolha de dúvidas de forma anónima sobre o tema, para uma caixa Entrega de fotocópia, com quadro “chuva de ideias” para preencher nos pontos 6,7,8	20 min	Expositivo, i participativo	Computador, cartões de apresentação, Data-show, colunas de som, Fotocópias
<b>Desenvolvimento</b>	1. De que é feito o tabaco 2. Cria dependência 3. O que faz à saúde e ao meio-ambiente 4. O fumo de tabaco passivo faz mal à saúde 5. Passagem do Filme “Fumar para quê?”: <a href="https://www.google.pt/?gws_rd=cr&amp;ei=Uv6UUUpqkOMbEswbf14CoDw#q=cat+fumar+pra+que%3F">https://www.google.pt/?gws_rd=cr&amp;ei=Uv6UUUpqkOMbEswbf14CoDw#q=cat+fumar+pra+que%3F</a> 6. Preenchimento do quadro através da “Chuva de ideias”: Porque se começa a fumar?	45 min		

<b>Fase</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Desenvolvimento</b>	Quais as alternativas para evitar começar? Motivos para não fumar? Debate do quadro preenchido com a turma			
<b>Conclusão</b>	Esclarecimento de dúvidas Agradecimento	5 min	Participativo	
<b>Avaliação</b>	Folha de presenças Aplicação do questionário de satisfação relativa à sessão	10 min	Participativo	

## **APÊNDICE 13**

Sessão de EpS: “Respira saúde ...sem tabaco!!!”



## PORQUÊ




Dados da OMI (Eunborbastro 2012)

- O tabagismo é a principal causa de morte e doença evitável no mundo, nos países desenvolvidos
- Morrem anualmente 5 milhões de pessoas em todo o mundo, em consequência deste consumo
- É um trabalho dirigido aos jovens pois: é entre os 12 e 14 anos de idade que se instala o hábito de fumar na maioria dos fumadores, 90% dos fumadores iniciou antes dos 25 anos

**Se se atingir a idade adulta sem nunca ter fumado, provavelmente nunca se virá a fumar**

A prevenção da iniciação do consumo de tabaco entre os jovens é crucial para se poder vir a controlar a "epidemia tabágica" nas próximas gerações!!!

## O QUE VAMOS FAZER?

- **1ª atividade:** Informações sobre o tabagismo 
- **2ª atividade:** teatro 
- **3ª atividade:** concurso musical 

## O QUE VAMOS FAZER?

- **4ª atividade:** Jogo - Trivial Pursuit  
- **5ª atividade:** Exposição sobre o tabagismo no átrio da escola 

## 1ª ATIVIDADE

Informações sobre o tabagismo



## O QUE VAMOS FALAR

1. De que é feito o tabaco?
2. O que faz à saúde e ao meio-ambiente?
3. Cria dependência?
4. A maioria das pessoas fuma?
5. O fumo do tabaco passivo faz mal à saúde?
6. Quais os motivos para se começar a fumar?
7. Quais as alternativas saudáveis para evitar começar a fumar?
8. Motivos para não fumar?

## 1. DE QUE É FEITO O TABACO?

- **NICOTINA**  
(responsável pela dependência, presente nos inseticidas)
- **MONÓXIDO DE CARBONO**  
(igual ao da combustão dos carros, que tanto prejudica o ambiente)
- **ALCATRÃO**  
(reveste os pavimentos e as estradas)

- **Acetona** (utilizada para remover o verniz das unhas)
- **Amoníaco** (usado nos produtos de limpeza)
- **Asfénio** (presente nos pesticidas e venenos)
- **Clamato** (veneno)
- **Chumbo** (pilhas e fumo dos carros) ...



## 2. O QUE FAZ À SAÚDE E AO AMBIENTE?

- **Cancro pulmão, boca, traqueia, rins...**
- **Problemas respiratórios e cardíacos**
- **Pele + enrugada + cedo**
- **Impotência e infertilidade**
- **Risco de morte do bebé na gestação....**

### Curto prazo (basta 1 cigarro):

- Diminuição da concentração na escola
- Mau cheiro, mau hálito, suja os dentes e dedos
- Deficiente forma física
- Tosse, irrita os olhos, fumo passivo para os outros
- Diminui a qualidade do ar e do ambiente....



## 3. CRIA DEPENDÊNCIA?

### O tabagismo é uma dependência

- A nicotina provoca forte dependência, de modo rápido e inconsciente
- Cerca de 90% dos fumadores fumam todos os dias (dependentes)
- Cerca de 80% dos fumadores querem deixar de fumar e não conseguem



### O tabaco é uma droga

- Efeitos psicoativos
- Provoca dependência
- Mulheres grávidas não são capazes de deixar de fumar e pessoas muito doentes não conseguem parar de fumar.

## 3. CRIA DEPENDÊNCIA?

### Abstinência provoca:

- **Ansiedade**
- **Irritação**
- **Insónias**
- **Mau humor**
- **Depressão**
- **Aumento do apetite**
- **Dificuldade de concentração**
- **Vontade intensa de fumar**



## 4. A MAIORIA DAS PESSOAS FUMA?

- Em Portugal cerca de 20,9 % da população, acima dos 15 anos de idade, fuma (INS (2005/2006)) 1
  - 30,9% dos homens fuma
  - 11,8% das mulheres fumam



- Aos 15 anos, apenas 10 em cada 100 adolescentes fumam (10%), e aos 11 anos apenas 1% fuma (European Commission, 2012).

## 5. O FUMO DO TABACO PASSIVO FAZ MAL À SAÚDE?

- **Fumo passivo é respirar o fumo dos cigarros fumados por outras pessoas**

- 15% do fumo é inalado pelo fumador
- 85% poluem a atmosfera e podem ser respirados pelas pessoas presentes.



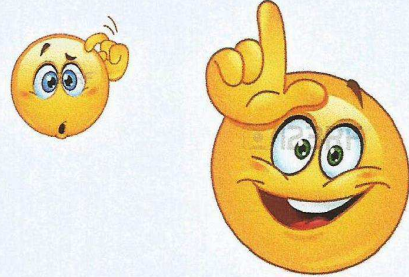
- A exposição é prejudicial para todas as pessoas expostas, em especial para as crianças, as mulheres grávidas, os doentes crónicos e os trabalhadores obrigados a permanecer em locais fechados onde se fume.

- As pessoas não fumadoras expostas repetidamente ao fumo ambiental do tabaco apresentam maior probabilidade de vir a contrair cancro do pulmão, doenças respiratórias e cardiovasculares.



CAT\_ Fumar Pra Quê.mp4

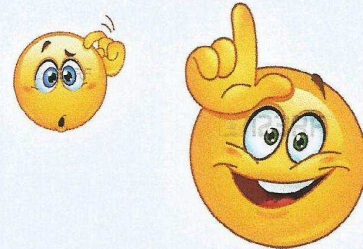
## 6. MOTIVOS PARA COMEÇAR A FUMAR?



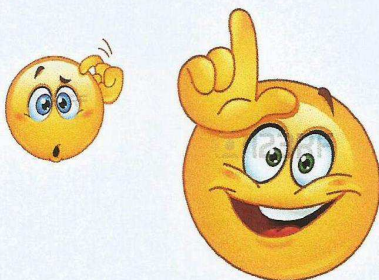
Em Portugal, mais de 8 em cada 10 pessoas, começaram a fumar devido à influência dos amigos (DGS, 2015)



## 7. QUAIS AS ALTERNATIVAS SAUDÁVEIS PARA EVITAR COMEÇAR A FUMAR ?



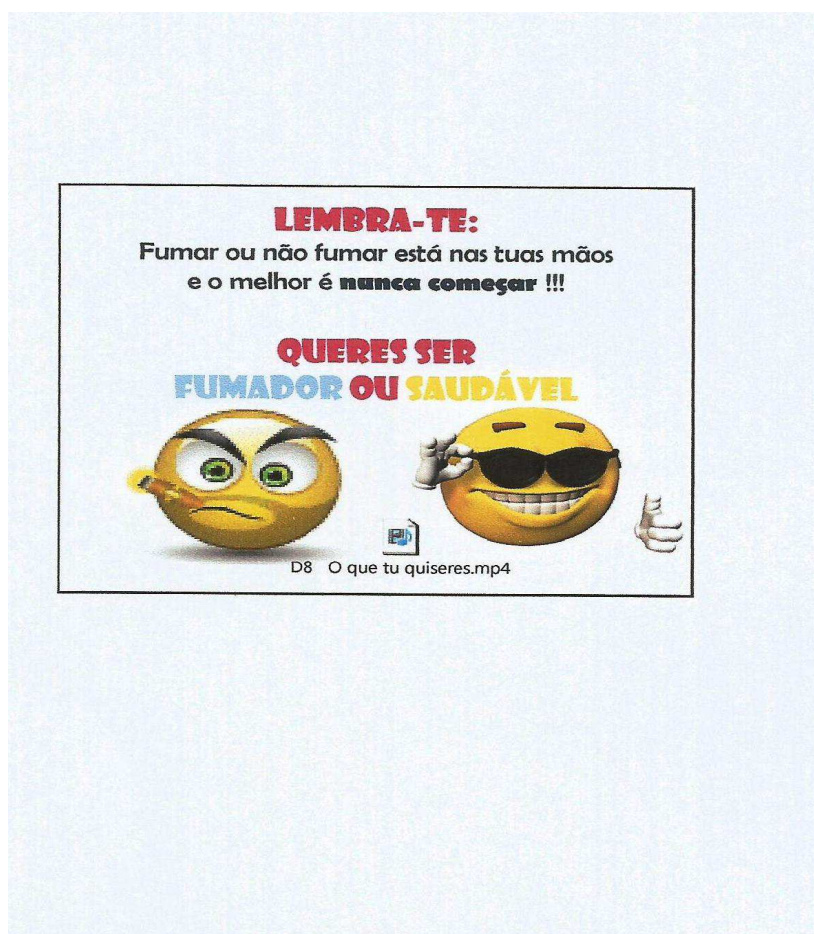
## 8. MOTIVOS PARA NÃO FUMAR?



## 8. MOTIVOS PARA NÃO FUMAR?

- Mais saúde e bem-estar
- Respeito pelo ambiente
- Melhor forma física
- Mais sucesso no trabalho e na escola
- Mais respeito por si próprio e pelos outros
- Melhor aspeto
- Diminui os custos com a saúde
- Mais dinheiro





Estratégia quebra-gelo

# **Educação para a Saúde**

**“Respira saúde...sem tabaco!!!”**

## **“CHUVA DE IDEIAS”**

**Formadores: Mestranda Inês Ramos, Novembro de 2014**

<b>Porque se começa a fumar?</b>	<b>Quais as alternativas saudáveis para evitar começar?</b>	<b>Motivos para não fumar?</b>

## **APÊNDICE 14**

Plano de sessão da EpS: “Sei dizer NÃO ao tabaco!!!”

## Plano de sessão de Educação para a Saúde “Sei dizer NÃO ao tabaco!!!”

**Data:** 1 e 3 Dezembro de 2014

**População alvo:** Grupo de alunos do 6ºA/6ºD, da escola EB 2,3 da grande Lisboa

**Local:** Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa **Hora:** Duração da sessão: 90 minutos **Formadores:** Mestranda Inês Ramos

Fase	Conteúdo	Duração	Métodos	Recursos Materiais
<b>Introdução</b>	Apresentação do tema da sessão “Sei dizer NÃO ao tabaco!!!” Constituição da sessão	5 min	Expositivo, participativo	Computador, Data-show, colunas de som, Fotocópias
<b>Desenvolvimento</b>	<p>Formas de recusar tabaco e outras drogas: Passagem de 3 vídeos ilustrativos de jovens a recusar o tabaco, de acordo com o Programa Educacional de Resistência às Drogas (Proerd):  <a href="http://www.youtube.com/watch?v=UCn_SAqP-L8">http://www.youtube.com/watch?v=UCn_SAqP-L8</a>  <a href="http://www.youtube.com/watch?v=uS_C8hAG82M">http://www.youtube.com/watch?v=uS_C8hAG82M</a>  <a href="http://www.youtube.com/watch?v=JyO6yUai-78">http://www.youtube.com/watch?v=JyO6yUai-78</a></p> <p>Reflexão e partilha de situações reais de pressão de pares através do preenchimento da ficha de trabalho distribuída                      Role-play: Formação de grupos e construção de uma situação (fictícia) de oferta de cigarros e pressão de pares, e formas de recusar                      Discussão sobre o role-play efetuado por cada grupo</p>	70 min		

<b>Fase</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Conclusão</b>	Esclarecimento de dúvidas Agradecimento	10 min	Participatio	
<b>Avaliação</b>	Folha de presenças Aplicação do questionário de satisfação relativa à sessão	5 min	Participativo	

## **APÊNDICE 15**

Sessão de EpS: “Sei dizer NÃO ao tabaco!!!”

5º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária  
3º Semestre - Estágio com relatório

ESELO LOURES


# Saber dizer "NÃO" ao tabaco

Prevenção do tabagismo na  
adolescência  
3ª sessão

Autor: Inês Ramos  
Orientador Clínico: Dulce Casaleiro  
Docente orientador: Prof. António Major

Loares  
Dezembro de 2014

## 3ª Sessão: teatro "Role-play"




## É difícil dizer "NÃO" ...ao tabaco

Alguns vídeos de adolescentes que disseram não ao tabaco

Proced 7º Ano 00 INTRODUÇÃO DUBLADO.mp1  
Proced 7º Ano 01 EXPLICAR DUBLADO(1).mp1  
Proced 7º Ano 11 RECUSAR DUBLADO URBANO(1).mp4

## Dicas para dizer "NÃO" ao tabaco

- 1ª Ter certeza sobre o que se quer e o que não se quer!
- 2ª Saber o que realmente é importante para nós!
- 3ª A primeira pessoa a priorizar somos nós próprios.



## Dicas para dizer "NÃO" ao tabaco

- Se nos oferecerem cigarros devemos recusar de forma delicada (mas firme), de forma a manter o bom relacionamento com os amigos.
- Algumas formas de recusar ofertas de cigarros podem ser explicar o porquê de não querer ou simplesmente dizer "não":
- "Não obrigado, não quero fumar!"
- "Obrigado, mas fumar faz-me sentir enjoado"
- "Fumar é uma forma de desperdiçar dinheiro".

## Dicas para dizer "NÃO" ao tabaco

- Não devemos deixar que nos convençam a fazer coisas que vão contra à nossa maneira de ser e de pensar!
- Não devemos fazer coisas que os amigos nos pedem só para não os desiludir.

**Devemos tentar que os amigos entendam os motivos pelos quais não fazemos aquilo que eles querem**

Realizar o exercício proposto na folha



## 2ª Sessão: teatro "Role-play"



## Discussão



## Digo "NÃO" ao tabaco

Recusar uma oferta para fazer algo que  
não se quer  
ou que faz mal à saúde,

**é um direito!**



## 3ª Sessão: Role-play

Esta ficha de registo serve para te aperceberes como é difícil dizer “não”

**Tarefa 1: Tenta lembrar-te de uma situação real em que tiveste de dizer “não”**

Descreve a situação	O que pensaste nessa situação?	O que sentiste nessa situação?	Com respondeste?

**Tarefa2: Como poderias ter melhorado a tua resposta naquela situação?**

O que podias ter pensado?	O que podias ter sentido?	O que podias ter respondido?

**(Pedir a alguns voluntários para partilhar a sua experiência!)**

**Tarefa3: Imagina a seguinte situação:**

Sais da sala de aula e encontrarás cá fora o teu grupo de amigos. Saúdas e eles respondem. Inseres-te na conversa. Estão todos muito divertidos a planear uma atividade para fazer a seguir (ir ao café, dar um passeio, jogar futebol, etc...). Tu não podes (tens uma aula ou um compromisso já assumido ou simplesmente já tinhas decidido ir para casa estudar). Preparas-te para abandonar o grupo, mas os outros pressionam-te... "Então não alinhas...?". Dizes que não podes. Os outros insistem. Começam com bocas: "Vá lá, não sejas cortes, vai ser divertido" etc... Como lidar com esta situação de pressão de grupo, continuando a negar a solicitação dos colegas?

**Pensa em 3 alternativas para dizer "não".**

1.
2.
3.

**(Pedir a alguns voluntários para partilhar a sua experiência!)**

**Tarefa 4: Agora imagina a seguinte situação: um dia chegas ao teu grupo de amigos e estão todos a fumar. Oferecem-te um cigarro. O que respondes?**

**(Dá várias alternativas)**

1.
2.
3.

**Nota: 1º Responder individualmente, depois formar grupos e juntar as ideias para realizar um teatro com a situação que imaginaram (escrever uma história que depois teatralizam) e com as alternativas que escreveram e discutiram e grupo.**

**No fim de cada teatro, será efetuada uma discussão, sobre como se sentiram, foi fácil insistir e recusar? Foi fácil continuar a recusar contra a insistência?**

**A simulação foi convincente? Poderia acontecer na realidade? A recusa foi segura? O que se poderia melhorar na eficácia da recusa?**

**FIM**

## **APÊNDICE 16**

Plano de sessão da EpS: “Quem canta, o tabaco espanta!!!”

### Plano de sessão de Educação para a Saúde “Quem canta, o tabaco espanta!”

**Data:** 16 de Dezembro de 2014 (festa de Natal)      **População alvo:** Grupo de alunos do 6º ano/E.E., da escola EB 2,3

**Local:** Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa

**Hora:** Duração da sessão: 30 minutos

**Formadores:** Mestranda Inês Ramos

<b>Fase</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Introdução</b>	Apresentar o tema da sessão músicas sobre o tabagismo “Quem canta, o tabaco espanta!” Constituição da sessão	5 min.	Expositivo	Fotocópias
<b>Desenvolvimento</b>	Apresentação das músicas elaboradas pelos alunos, em colaboração com o Professor Educação Musical da turma e Diretor de Turma, à comunidade escolar e aos pais presentes na festa de natal	15 min.	Participativo e Demonstrativo	
<b>Conclusão</b>	Esclarecimento de dúvidas Agradecimento	5 min.	Participativo	
<b>Avaliação</b>	Folha de presenças	5 min.	Participativo	

## **APÊNDICE 17**

Letra da música elaborada pelos alunos, na sessão da EpS: “Quem canta, o tabaco espanta!!!”

Letra da canção "Não Fumar" tendo como base a melodia do tema "Jingle Bells".

Atividade realizada pelos alunos da turma 6ªA.

**2x Refrão:**

Não fumar, se faz favor

Estamos a pedir

Ter saúde é bem melhor

Viver a sorrir.

Dentes amarelos

A roupa não cheira bem

Poluis o ambiente

Que graça é que isso tem?

O cigarro é caro

Beatas vão para o chão

Poupa o dinheiro

Para uma viagem de avião.

**Refrão**

## **APÊNDICE 18**

Plano de sessão da EpS: “Debate café” com os pais/E.E.

## Plano de sessão de Educação para a Saúde “Debate Café com os pais/E.E.”

**Data:** 13 de Janeiro de 2015

**População alvo:** Grupo de pais/E.E. do 6ºA/6ºD, da escola EB 2,3 da grande Lisboa

**Local:** Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa

**Hora:** 17:30h/19h **Duração da sessão:** 30 minutos **Formadores:** Mestranda Inês Ramos

Fase	Conteúdo	Duração	Métodos	Recursos Materiais
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Explicação da atividade</li><li>- Resumo dos temas falados na ação de sensibilização anterior</li></ul>	4 min.		
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O papel da família, escola e comunidade na prevenção do tabagismo;</li><li>- O ato de fumar é socialmente aprendido;</li><li>- Fatores socio ambientais que mais influência têm na iniciação do consumo pelos adolescentes;</li><li>- Debate sobre 2 dos diagnósticos de enfermagem: Défice de informação sobre o tabagismo transmitido pelos pais e exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa</li><li>- Debate sobre a definição de FAT e os seus efeitos na saúde da comunidade</li><li>- Debate sobre a temática dos cigarros eletrónicos, que os pais solicitaram na sessão anterior</li></ul>	20 min.	Participativo	Fotocópias; Material legislativo impresso de apoio ao debate; Sala de aula

<b>Fase</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Métodos</b>	<b>Recursos Materiais</b>
<b>Conclusão</b>	- Agradecimento	1 min	Participativo	
<b>Avaliação</b>	- Folha de presenças - Aplicação do questionário de satisfação e avaliação de conhecimentos, relativa à sessão	5 min.	Participativo	

## **APÊNDICE 19**

Plano de sessão da EpS: “Não fumador...sem dúvidas!”

## Plano de sessão de Educação para a Saúde “Não fumador...sem dúvidas!!!”

**Data:** Janeiro de 2015

**População alvo:** Grupo de alunos do 6ºA/6ºD, da escola EB 2,3 da grande Lisboa

**Local:** Escola EB 2,3 da área da grande Lisboa

**Hora:** Duração da sessão: 45 minutos    **Formadores:** Mestranda Inês Ramos

Fase	Conteúdo	Duração	Métodos	Recursos Materiais
<b>Introdução</b>	Explicação da atividade. Organização dos grupos para jogar o trivial.	5 min	Participativo	Dado; Jogo de mesa realizado pela mestranda (com cartolinas, cola, fotocópias a cores, tesoura); Fotocópias e canetas
<b>Desenvolvimento</b>	Jogo trivial: questões; verdadeiro ou falso e completar as frases. Debate das respostas incorretas e corretas. Esclarecimento de dúvidas	25 min		
<b>Avaliação</b>	Folha de presenças Preenchimento de questionário de avaliação de conhecimentos adquiridos sobre o tabagismo. Aplicação do questionário de satisfação relativa à sessão.	10 min	Participativo	
<b>Conclusão</b>	Agradecimento Entrega de diploma de participação e do vencedor do jogo trivial, com assinatura voluntária do compromisso de ser futuramente um não fumador, juntamente com a equipa de saúde escolar.	5 min	Participativo	

## **APÊNDICE 20**


Sessão de EpS: “Não fumador...sem dúvidas!”





## **APÊNDICE 21**

Sessão de EpS: Exposição sobre o tabagismo

# Tabagismo

*A vida não é simplesmente um* 






**O consumo de tabaco causa:**

- Impotência sexual no homem;
- Emagrecimento excessivo e ganho de peso;
- Arteriosclerose arterial;
- Úlcera no aparelho digestivo;
- Infecções respiratórias;
- Tumor da bexiga;



*Por cada cigarro que fumamos, perdemos em média 8 minutos de Vida!*

**FUMAR A ESCOLHA É SUA!**

*Não prejudique a sua saúde nem a de seu filho.*

*Ainda fuma?*

*Calama André nº 6  
Imês Lento nº 14  
Madalena Malkão nº 18  
Miriam Leque nº 23 6:0*

*mão de não Fumador*

*6:0*

# TABAGISMO


**FUMAR MATA**

*Nem os reus, de nós que morrem de câncer.*

*Tabaco e Gravidez*

O consumo de tabaco durante a gravidez está associado a riscos de saúde. Fumar durante a gravidez pode causar complicações. Estudos realizados em mulheres que utilizam um aumento de consumo de tabaco em mulheres do grupo controle de 14.


*Pulmão de Fumador*



*Pulmão de não Fumador*




**Fumar, Nunca Mais!  
Seja mais feliz e mais capaz!**



*Alameda*

# TABAGISMO

O cigarro é um <sup>dos</sup> principais causadores de doenças no mundo. Bilhões de pessoas morrem todos os anos por milhões de cigarros fabricados na saúde. Quanto maior o tempo de vigiância, mais as chances do fumante desenvolver uma ou mais doenças.



**DOENÇAS PROVOCADAS PELO TABACO**

- Doença pulmonar crônica
- Doença cardíaca
- Doença vascular
- Doença respiratória
- Doença circulatória
- Ulceras no estômago

**Como agir:**

Portanto, a melhor saída é parar de fumar imediatamente, antes de desenvolver uma destas doenças. Os médicos afirmam que o corpo humano leva de um a dois anos para parar os efeitos danosos do cigarro, mas os pulmões e a pele, que não se regeneram, são a pena drástica que a nicotina é uma substância que vicia rapidamente. Experimentar um cigarro pode ser o primeiro passo para este terrível vício!

**A melhor prevenção é nunca fumar.**

**Qual os efeitos do consumo de tabaco na saúde?**

O tabaco é uma droga forte, com milhões de maconhas, que desenvolve no indivíduo o tabaco. O consumo e a dependência de tabaco provoca por uma dependência, reduz a expectativa de vida, e provoca muito de doenças e a principal causa de dependência que provoca alterações do sistema nervoso.

**O tabaco e as drogas:**

A nicotina vem sendo considerada a porta de entrada para o uso de drogas ilícitas, pois, frequentemente, os usuários de drogas, como álcool, maconha, passam ter também, seus respectivos companheiros, cigarros. Este afirmação vem sendo relatada nos do Ministério da Saúde dos EUA, publicada em 1994, sobre o relato do hábito de fumar e a consequente dependência a nicotina, geralmente, os indivíduos com no tabaco, ou mesmo, antes de usar, por isso, por opção, os fumos de outros, que causam danos à saúde.

**Realizado por:** Daniela Barros (10) e Mariana Henriques (10) (10) (10) (10)

**Palmas Saudáveis**

# TABAGISMO

MAIS FUMA, MENOS VIVE

FUMAR MATA

**Tabagismo e a OMS**

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam.

A pessoa que fuma fica dependente da nicotina. Considerada uma droga bastante poderosa, a nicotina atua no sistema nervoso central como a cocaína, heroína, álcool, com uma diferença: chega ao cérebro em apenas 7 a 19 segundos.

É normal, portanto, que, ao parar de fumar, os primeiros dias sem cigarros sejam os mais difíceis, porém as dificuldades tendem a ser menores a cada dia.

**Doenças causadas:**

- Câncer
- Doença Cardíaca
- Bronquite
- Doença no feto em gestação
- Doença respiratória
- Doença circulatória
- Ulceras no estômago

**Nicotina - Processos**

- Desejo compulsivo de fumar
- Irritabilidade
- Ansiedade
- Dificuldade de concentração
- Frustração ou angústia
- Distúrbios do sono
- Aumento do apetite ou peso

**Os jovens e o tabaco**

- No seu entender os jovens creem-se IMORTAIS
- Confiam de que deixam de fumar quando quiserem
- Podem estar avisados dos riscos de fumar, mas acreditam não estar em verdadeiro risco

**COMBATE ao CIGARRO**

**Realizado por:** Mariana Henriques (10) (10) (10) (10)

Não deixe o fumo a fumar!






# FUMAR MATA

**Causas**

- Falta de atenção,
- Procura de prazer,
- Imitação,
- Influência de amigos,
- Curiosidade,
- Falta de emprego,
- Problemas na família.

**Consequências**

- Fracas de pesos;
- alterações no olfacto;
- Aftonia;
- Ulceras digestivas;
- Bronquite crônica;
- Câncer do pulmão;
- Infarto da AVE;
- Pseudo-óbito numa mulher grávida.

*R. de Sousa, 2º D  
T. de Almeida, 1º D*





# NÃO ao Tabagismo

Fumar é sinónimo de MORTE

Atualmente muita gente tem o vício de fumar cigarros. Estes contêm várias substâncias, tais como: nicotina, maftalina, dióxido de carbono, ... Os cigarros causam doenças cardiovasculares e respiratórias, também o cancro do pulmão, da traqueia e da boca.

Para não acontecer, queilome, para acabar com o vício de fumar

**SEJA SEU AMIGO, NÃO CORRA RISCOS!**

*Trabalho realizado por:  
Brenda Ferreira, 6º ano 2  
Bábara Marques, 6º ano 7*



## **APÊNDICE 22**

Avaliação dos indicadores de adesão e de atividade

**Tabela da avaliação dos indicadores de adesão e qualidade.**

Atividades concretizadas	Indicadores de adesão		Indicadores de qualidade	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
	% de participação nas atividades desenvolvidas		% de satisfação com as atividades desenvolvidas	
<b>1. Ação de sensibilização aos pais/E.E. “Respire saúde...sem tabaco!!!”</b>	30	64%	27	90%
<b>2.Sessão de EpS “Respira saúde...sem tabaco!”</b>	47	100%	41	87%
<b>3.Sessão de EpS, role-play “Sei dizer NÃO ao tabaco”</b>	46	99%	40	85%
<b>4.Sessão de EpS músicas sobre o tabagismo “Quem canta, o tabaco espanta”</b>	15-alunos 8-pais	32%-alunos 17% - pais	-	-
<b>5.Sessão EpS, jogo trivial “Não fumador...sem dúvidas”</b>	47	100%	47	100%
<b>6.Sessão EpS com os pais/E.E. “Debate café”</b>	12	25%	10	83%
<b>7.Sessão EpS exposição sobre o tabagismo</b>	47	100%	-	-

## **APÊNDICE 23**

Questionário de avaliação da satisfação dos alunos em cada sessão de EpS

## Questionário de avaliação da satisfação pelos formandos

(Este questionário é **anónimo** e tem por objetivo avaliar e melhorar o nosso trabalho)

Sessão de educação para a saúde: \_\_\_\_\_

Data:

Formadora: Mestranda Inês Ramos

<b>Avaliação</b> <b>Item</b>	Discordo	Não concordo Nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Compreendi os assuntos que foram tratados na sessão				
2. Os assuntos tratados nesta sessão, são importantes para mim				
3. Durante esta sessão aprendi coisas novas				
4. Fiquei satisfeito por ter participado nesta sessão				

Sugestões:

---



---



---



---

Obrigada pela tua participação!

## **APÊNDICE 24**

Questionário (satisfação e conhecimentos) dos Pais/E.E.

### Questionário de avaliação da satisfação pelos formandos

(Este questionário é **anónimo** e tem por objetivo avaliar e melhorar o nosso trabalho)

Sessão de educação para a saúde: _____ Local: _____ Data: _____ Hora: _____ Formadores: Mestranda Inês Ramos				
Item	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Interesse do tema apresentado				
Conteúdo dos temas apresentados				
Formadores				
Duração da sessão				
Qualidade das instalações				
Horário da sessão				
Atividades desenvolvidas na sessão				

A exposição regular ao fumo ambiental do tabaco (fumo passivo) é tão prejudicial para a saúde como para um fumador ativo?

---



---

Sugestões:

---



---

Muito obrigada pela participação.

## **APÊNDICE 25**

Questionário, dirigido aos alunos, para avaliação dos conhecimentos adquiridos ao longo do projeto

## **Questionário de avaliação final, dos conhecimentos adquiridos pelos alunos, sobre o tabagismo**

Para cada pergunta assinala a resposta mais correta! O questionário é anónimo e confidencial.

**Não coloques o teu nome.**

**1. Quais são as 3 substâncias nocivas mais importantes presentes no tabaco:**

- a) Nicotina, monóxido de carbono e alcatrão.
- b) Nicotina, cannabis, acetona.
- c) Alcatrão, álcool e chumbo.

**2. O tabagismo:**

- a) Emagrece e “dá estilo”.
- b) Não provoca cancro.
- c) Provoca infertilidade, impotência sexual e doenças respiratórias.

**3. Deixar de fumar é fácil, porque o tabaco não provoca dependência:**

- a) Verdadeiro
- b) Falso

**4. A maior parte dos adolescentes, em Portugal, fuma:**

- a) Verdadeiro
- b) Falso

**5. O fumo ambiental do tabaco (fumo passivo):**

- a) Não faz mal ao meio ambiente.
- b) É o fumo do cigarro fumado por outras pessoas e que prejudica a saúde.
- c) Não afeta muito as pessoas que estão num local cheio de fumo de tabaco.

**6. O fumo ambiental do tabaco faz mal:**

- a) Apenas às grávidas e às pessoas que têm problemas respiratórios e cardíacos.
- b) A todas as pessoas presentes num local com fumo de tabaco.

**7. Se um amigo/conhecido me oferecer tabaco digo que:**

- a) Aceito e alinhio, porque dá estilo e quero integrar-me no grupo, porque tenho medo que me excluam.
- b) Não sei como irei reagir no momento.
- c) Não aceito, porque tenho a certeza da minha opinião acerca do tabagismo.

**8. Gostavas de vir a ser fumador?**

- a) Provavelmente fumarei.
- b) Tenho a certeza que não fumarei.
- c) Não sei.

**OBRIGADA PELA TUA PARTICIPAÇÃO!**

## **APÊNDICE 26**

Avaliação dos indicadores de resultado

**Tabela da avaliação dos indicadores de resultado.**

<b>Indicadores de resultado</b>				
<b>% de alunos que respondem corretamente a cada questão colocada acerca: (n=47)</b>				
	<b>Resposta correta</b>	<b>F.A.</b>	<b>F.R.</b>	<b>Média</b>
<b>Tabagismo: composição, efeitos secundários, sobrestima</b>	<b>1.</b> Nicotina, monóxido de carbono e alcatrão	39	83%	84,5%
	<b>2.</b> Provoca infertilidade, impotência sexual e doenças respiratórias.	47	100%	
	<b>3.</b> Deixar de fumar não é fácil porque o tabaco provoca dependência.	46	98%	
	<b>4.</b> A maior parte dos adolescentes, em Portugal, não fuma.	27	57%	
<b>Fumo ambiental do tabaco: o que é e os seus efeitos</b>	<b>5.</b> É o fumo do cigarro fumado por outras pessoas e que prejudica a saúde.	47	100%	100%
	<b>6.</b> O fumo do tabaco faz mal a todas as pessoas presentes num local com fumo.	47	100%	
<b>Autoeficácia na recusa do tabaco e intenção de fumar</b>	<b>7.</b> Se um amigo/conhecido me oferecer um cigarro digo que, não aceito, porque tenho a certeza da minha opinião acerca do tabagismo.	45	96%	96%
	<b>8.</b> Tenho a certeza que não fumarei.	45	96%	
<b>% de pais/E.E. que respondem corretamente a questão colocada acerca: (n=12)</b>				
<b>Fumo ambiental do tabaco: efeitos adversos</b>	<b>1.</b> A exposição ao fumo ambiental do tabaco é tão prejudicial para a saúde, como para a fumador ativo	12	100%	-