



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar**

**Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro**

Orientação: Professora Doutora Anabela Coelho

**6ª Edição do Mestrado em Enfermagem em Associação**

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

*Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar**

**Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro**

Orientação: Professora Doutora Anabela Coelho

**6ª Edição do Mestrado em Enfermagem em Associação**

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

**Júri das Provas Públicas:**

Presidente de Júri: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Doutora Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Orientador: Professora Doutora Anabela Pereira Coelho

Setúbal, 2023

*Transportai um punhado de terra todos os dias e fareis uma montanha.  
(Confúcio, s.d.)*

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora clínica, a Sra. Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública IN pela amabilidade, partilha, amizade e disponibilidade ao longo deste longo processo. Foi guia, modelo e inspiração. Ora desafiando ora amparando, ora estimulando ora acalmando, com ela cresci a todos os níveis, especialmente como Mãe e como Enfermeira. Ficaram memórias que carregarei com carinho, certamente, para o resto da minha vida. À minha orientadora pedagógica, Sra. Professora Anabela Coelho, pela sua calma, sentido prático e pragmatismo, tantas vezes essencial para aclarar o meu caminho. À equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade por me ter recebido de forma tão acolhedora.

À Sra. Enfermeira Gestora da Consulta Externa da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Enfermeira Maria Inês Machado, por todo o suporte, motivação e disponibilidade para que este meu objetivo profissional fosse exequível. À minha colega e amiga Marta Figueiredo pelo esforço diário, acrescido pelas minhas ausências, sem que nunca lhe faltassem forças para me motivar ou escutar nos meus momentos de maior “desnorte”. São ambas uma inspiração diária, e tenho para convosco um profundo sentimento de gratidão.

À minha família e amigos por me incentivarem e acreditarem indubitavelmente no meu sucesso. Particularmente à minha amiga e futura colega de especialidade Verónica Lopes, por me ter desafiado a iniciar este caminho e por contribuir para o meu empowerment; à minha amiga Ana Catarina Carvalho por toda a paciência que mantém para os meus desvaneios; e à minha amiga Diana Pereira que mesmo grávida, levou a sério este meu final de jornada e se disponibilizou, como sempre, a dar-me a mão e caminhar comigo.

Um agradecimento especial ao meu marido por me ter apoiado ao longo destes anos, em que persegui avidamente a consecução deste objetivo profissional, carregando a responsabilidade de todas as necessidades do dia a dia doméstico, de gestão da logística familiar, de suporte emocional e lúdico às nossas filhas, concomitantemente com as suas necessidades profissionais. Juntos somos deveras mais fortes.

Muito obrigada!

## RESUMO

O tabagismo é atualmente um problema desafiante para a Saúde Pública a nível mundial e em particular a nível europeu, cuja prevalência está em ascensão, maioritariamente entre o sexo feminino. O consumo de tabaco é a causa e fator de morte prematura mais evitável, com maior expressão em termos globais.

Este Relatório de Estágio retrata o desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção comunitária para a Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar, cooperando com uma Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Lisboa e Vale do Tejo, seguindo a Metodologia do Planeamento em Saúde e ancorado à Teoria do Empowerment.

Apurou-se a necessidade de modificar positivamente as crenças relacionadas com o tabagismo, e de aumentar conhecimentos quanto aos malefícios do tabagismo na sexualidade humana.

A concretização deste projeto contribuiu para a capacitação dos alunos, quanto ao início/cessação do consumo de tabaco.

**Palavras-chave:** Prevenção do Tabagismo; Adolescentes; Serviços de Saúde Escolar; Empoderamento; Enfermagem.

## ABSTRACT

Smoking is currently a challenging problem for Public Health worldwide particularly at European level, whose prevalence is on the rise, mostly among females. Tobacco consumption is the most preventable cause and factor of premature death with greater expression globally.

This Internship Report portrays the development and implementation of a community intervention project for the Prevention of Tobacco Consumption in Adolescents in School Context, cooperating with a Community Care Unit in the Lisbon and Tagus Valley Region, following the Planning Methodology in Health, and supported to the Theory of Empowerment.

There was a need to positively modify beliefs related to smoking and to increase knowledge about the harmful effects of smoking on human sexuality.

The implementation of this project contributed to the empowerment of students regarding the initiation/cessation of tobacco consumption.

**Descriptors:** Smoking Prevention; Adolescent; School Health Services; Empowerment; Nursing.

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

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AML – Área Metropolitana de Lisboa

ARSLVT – Administração Regional da Região de Lisboa e Vale do Tejo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCDRLVT - Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CQCT – Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco

DCI – Doença Cardíaca Isquémica

DNT – Doenças Não Transmissíveis

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EECSP – Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EFT – Exposição ao Fumo do Tabaco

Enf. - Enfermeira

ESE – Equipa de Saúde Escolar

FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation

INE – Instituto Nacional de Estatística

N – Tamanho da amostra

NUTS - Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

PES – Programa de Educação para a Saúde

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

pp. – pontos percentuais

PRS – Plano Regional de Saúde

PS – Planeamento em Saúde

RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo

SES – Sessão de Educação para a Saúde

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UF – Unidade Funcional

UNL – Universidade Nova de Lisboa

USDHHS – United States Department of Health and Human Services

% - percentagem

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
1.1. TABAGISMO.....	18
1.2. ADOLESCÊNCIA.....	21
1.3. TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA .....	23
1.4. PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NA PREVENÇÃO DO TABAGISMO EM ADOLESCENTES .....	27
<b>2. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE .....</b>	<b>33</b>
2.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	33
2.1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	33
2.1.2 CARACTERIZAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA.....	37
2.1.3 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO .....	38
2.1.4 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO .....	40
2.1.5 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA .....	40
2.2. DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE.....	45
2.2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	48
2.3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	51
2.3.1. HIRARQUIZAÇÃO DE PROBLEMAS.....	52
2.4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	53
2.5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	53
2.6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	56

2.6.1 Determinação de Custos.....	61
2.7. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	62
<b>3. REFLEXÃO CRÍTICA: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	69
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	73
3.3. COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE .....	75
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>80</b>

## ÍNDICE DE APÊNDICES

<b>Apêndice I</b> – Solicitação de Autorização ao Diretor do Agrupamento de Centros de Saúde	XCVI
<b>Apêndice II</b> – Solicitação de Autorização à Diretora Executiva do Agrupamento de Escolas	XCVIII
<b>Apêndice III</b> – Solicitação de Autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados	C
<b>Apêndice IV</b> – Protocolo de Investigação para a Comissão de Ética em Saúde da Administração Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo	CII
<b>Apêndice V</b> – Consentimento Informado	CXI
<b>Apêndice VI</b> – Solicitação de esclarecimento para interpretação de dados	CXIV
<b>Apêndice VII</b> – Grelha de Análise aplicada aos problemas	CXVI
<b>Apêndice VIII</b> – Cartaz “Malefícios do consumo de tabaco”	CXVIII
<b>Apêndice IX</b> – Cartaz “MANTÉM O COMANDO”	CXX
<b>Apêndice X</b> – Plano de Sessão da 1ª Sessão de Educação para a Saúde	CXXII
<b>Apêndice XI</b> – Plano de Sessão da 2ª Sessão de Educação para a Saúde	CXXIV
<b>Apêndice XII</b> – Fotografias da Atividade Experimental	CXXVI
<b>Apêndice XIII</b> – Cronograma de Atividades	CXXXIV
<b>Apêndice XIV</b> – Dados dos Formulários de Avaliação	CXXXVI

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I</b> – Aval positivo do Diretor do Agrupamento de Centros de Saúde	CXL
<b>Anexo II</b> – Aval positivo da Diretora Executiva do Agrupamento de Escolas	CXLII
<b>Anexo III</b> – Questionário "SmokeOut II", do Centro de Investigação em Estudos da Criança (CIEC) da Universidade do Minho, Braga	CXLIV
<b>Anexo IV</b> – Aval positivo para aplicação de instrumento de colheita de dados	CL
<b>Anexo V</b> – Aval positivo da Comissão de Ética em Saúde da Administração Regional de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo	CLII
<b>Anexo VI</b> – Indicações para interpretação de dados	CLXI

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura n.º 1</b> - Mapa da Região de Lisboa e Vale do Tejo.....	39
<b>Figura n.º 2</b> - Pirâmide Etária por sexo e grupo etário da Região de Lisboa e Vale do Tejo.....	40
<b>Figura n.º 3</b> - Pirâmide Etária por sexo e grupo etário da Área Metropolitana de Lisboa.....	42

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro n.º 1</b> - Estratégia n.º 1 - Envolvimento da equipa multidisciplinar.....	58
<b>Quadro n.º 2</b> - Estratégia n.º 2 - Sensibilização da comunidade escolar.....	59
<b>Quadro n.º 3</b> - Estratégia n.º 3 - Disponibilização de recursos informáticos interativos e estimulantes....	59
<b>Quadro n.º 4</b> - Estratégia n.º 4 - Exploração da temática através da disponibilização de produtos comerciais e da utilização da atividade experimental e seus materiais.....	60
<b>Quadro n.º 5</b> - Custos do Projeto de Intervenção Comunitária.....	61
<b>Quadro n.º 6</b> - Indicadores de atividade - % de ações realizadas.....	63
<b>Quadro n.º 7</b> - Indicadores de adesão.....	63
<b>Quadro n.º 8</b> - Indicadores de qualidade.....	64

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela n.º 1</b> - Conhecimentos sobre as consequências do consumo de tabaco na sexualidade, nos períodos antes e pós-intervenção, por sexo.....	65
<b>Tabela n.º 2</b> - Crenças sobre o consumo de tabaco, antes e pós-intervenção, em que a discordância se constitui como alteração positiva, por sexo.....	66
<b>Tabela n.º 3</b> - Crenças sobre o consumo de tabaco, antes e pós-intervenção, em que a discordância se constitui como alteração positiva, por sexo.....	67

## INTRODUÇÃO

Este trabalho académico está inserido na Unidade Curricular (UC) de Estágio Final, que integra o 3º e último semestre da 6ª edição do Mestrado em Enfermagem em Associação da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus -, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde -, Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde -, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde -, e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias -, no ano letivo de 2022-2023.

O presente Relatório de Estágio, de natureza profissional, inclui-se na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP), cuja elaboração, discussão pública e aprovação pretendem a obtenção do grau de mestre em enfermagem, após aproveitamento prévio das UC que compõem o Plano de Estudos deste Curso de Mestrado.

O objetivo geral deste Relatório é registar o percurso desenvolvido para a aquisição e desenvolvimento de aptidões, conhecimentos e competências, enquanto Mestre e Especialista em ECSP. Deste modo, determinámos como objetivos específicos, com a redação deste Relatório: demonstrar capacidade reflexiva acerca das práticas; evidenciar capacidade de suportar as práticas com base em evidências científicas robustas; apresentar capacidade para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, cumprindo as etapas do planeamento em saúde; analisar, de forma crítica, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública; e evidenciar capacidade de liderança.

O percurso que deu origem a este Relatório estendeu-se entre o ano de 2019 e o ano de 2022, iniciando-se com o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I (19 de maio a 26 de junho de 2019) e terminando com o Estágio Final (13 de outubro de 2022 e 27 de janeiro de 2023), tendo sido interrompido primeiramente por motivos de saúde da mestranda, seguido do período de pandemia entre 2020 e 2021. O trabalho que antecedeu a elaboração deste documento, decorreu numa Equipa de Saúde Escolar (ESE), de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), da Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT), cuja orientação clínica esteve a cargo da Enfermeira IN (codificado) e pedagógica da Professora Doutora Anabela Coelho.

A UCC é um dos tipos de Unidade Funcional (UF) inserida nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e

presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (Decreto-Lei nº 28/2008, p. 1184).

É encargo da UCC colaborar com as restantes UF e entidades comunitárias, em projetos de educação para a saúde que intervenham na prevenção de comportamentos de risco, após identificação de problemas reais ou potenciais nas múltiplas comunidades abarcadas no seu raio de ação geográfica (Decreto-Lei n.º 60/2003). Uma das áreas de intervenção das equipas alocadas à Saúde Escolar, desenvolvidas nas escolas, é a prevenção de consumo de tabaco em idades precoces, dado que esta é uma instituição que, estando empenhada no desenvolvimento e “aquisição de competências pessoais, cognitivas e socioemocionais é o espaço por excelência onde, individualmente e em grupo, as crianças e jovens aprendem a gerir eficazmente a sua saúde e a agir sobre fatores que a influenciam” (Carvalho et al, 2017, pág. 6).

Segundo a Lei de Bases do Sistema Educativo Português, “o acompanhamento do saudável crescimento e desenvolvimento dos alunos, (...) é assegurado, em princípio, por serviços especializados dos centros comunitários de saúde” (Lei n.º 49/2005, p. 5132), sendo que “os planos curriculares (...) incluirão em todos os ciclos e de forma adequada uma área de formação pessoal e social, que pode ter como componentes (...), a educação para a saúde” (idem, p. 3078).

A nível global o tabaco é a causa de perda de anos de vida saudável, de doença evitável, e de morte com maior expressão – mais do que a SIDA, tuberculose e malária juntas –; é consumido por cerca de 1,1 bilhões de pessoas e provoca a morte a mais 8 milhões de pessoas por ano [Mauer-Stender *et al*, 2019; Organização Mundial da Saúde (OMS), 2021; Direção Geral da Saúde [DGS], 2021). Uma das principais apreensões a nível global e europeu, é a sobrecarga das doenças não transmissíveis, dando realce à necessidade de alavancar ações que reduzam o seu ónus, reconhecendo as intervenções referentes ao consumo de tabaco como prioritárias, uma vez que mais de metade dos fumadores europeus, iniciaram consumos antes dos 18 anos (OMS, 2021; European Commission, 2021).

Em 2019 a nível nacional, e apesar de se registarem melhorias significativas, apurou-se que o consumo de tabaco tenha contribuído para a causa de morte de 13 500 pessoas – perto de 1700

com causa atribuível à exposição ao fumo do tabaco (EFT) –; 1,3 milhões de indivíduos era fumador diário (perto de metade consumia meio maço/dia); 248 mil consumia tabaco esporadicamente; e que 17% da população com 15 ou mais anos era fumadora [OMS, 2021, 2021b; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2020; DGS, 2021].

O consumo de tabaco por alunos entre os 13 e os 18 anos ocupa o segundo lugar, quanto à prevalência no consumo de substâncias psicoativas em Portugal (Lavado & Cavado, 2019), ocorrendo o primeiro contacto em idades precoces. Em 2020, 2 em cada 5 alunos já tinha fumado tabaco, 3 em cada 10 fizera-o no último ano, e 1 em cada 5 no último mês. O início de consumos registou-se em idades iguais ou inferiores a 13 anos (3 em cada 20); quanto ao cigarro eletrónico o registo é francamente inferior: cerca de 2 em cada 30 (*idem*).

O contexto escolar é particularmente rico em oportunidades de sucesso para ações que influenciam as escolhas e o desenvolvimento cognitivo, social e comportamental dos jovens (Carvalho et al, 2017). Com vista a que os adolescentes adotem comportamentos promotores da saúde, é necessário que, com a colaboração do enfermeiro, percecionem os ganhos em saúde, os obstáculos ou sacrifícios pessoais que terão de realizar para obterem e/ou manterem um elevado nível de saúde, assimilando também a sua autoeficácia e autoconfiança, aquando da adoção de atitudes e comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Visando o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018) apreciamos que este profissional deve dirigir estratégias de ação, e em resposta às necessidades em saúde identificadas nas populações, “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;” (p. 19354). Legitima-se também a promoção da saúde, em linha com o «Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s», que visa atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) delineados como metas para o ano 2030, contidos na «Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável: Transformar o nosso Mundo» das Nações Unidas (DGS, 2021a). No que concerne ao meio escolar, nestas estratégias é reconhecida a relevância da promoção da saúde em meio escolar, e da prevenção do início de consumos de tabaco nos adolescentes.

Desta forma, consideramos ser fundamental a ação do Enfermeiro Especialista em ECSP, em problemáticas sensíveis aos seus cuidados, podendo ser extraídos ganhos em saúde, aquando do desenvolvimento de intervenções que objetivem incrementar conhecimentos acerca desta temática. Legitima-se assim a pertinência do desenho de projetos de intervenção comunitária, ao

nível da prevenção das Doenças Não Transmissíveis (DNT), particularmente do início do tabagismo por parte dos adolescentes, razão pela qual o tema deste trabalho é – Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar.

Posto isto, no decorrer do Estágio Final desenvolvemos e implementámos um projeto de intervenção comunitária, cumprindo as etapas do método de planeamento em saúde, norteado para a prevenção do consumo de tabaco em jovens em idade escolar, visando contribuir para a promoção de escolhas livres e informadas na tomada de decisão relativas ao início/cessação do consumo de tabaco, em alunos do 7º ano, obtendo deste modo ganhos em saúde, quanto à prevenção do tabagismo em idades precoces. Simultaneamente, desenvolvemos outras atividades, objetivando o desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no âmbito da intervenção da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Intervenção Comunitária (grupos vulneráveis) e Parcerias (Hospital, Câmara Municipal e Instituições Particulares de Solidariedade Social).

Este Relatório sustenta-se no Modelo Teórico do Empowerment de Cheryl Gibson, sendo que a escolha se baseou na premissa de que "empowerment é o processo de auxiliar os indivíduos a tomar o controlo sobre fatores que afetam as suas vidas. Este processo engloba tanto a responsabilidade individual nos cuidados de saúde como a responsabilidade das entidades de saúde" (1991, p. 354), no sentido de as habilitar para que sejam responsáveis pela sua saúde.

Posteriormente a esta Introdução segue-se o capítulo primeiro – Enquadramento Teórico –, que abrange quatro subcapítulos: Tabagismo; Adolescência; Tabagismo na Adolescência; e Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Prevenção do Tabagismo na Adolescência. O segundo capítulo intitula-se Metodologia de Planeamento em Saúde, que engloba os seguintes subcapítulos: Diagnóstico da Situação de Saúde (Contextualização do Problema; Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade da Área Metropolitana de Lisboa; Caracterização da Região de Lisboa e Vale do Tejo; Caracterização da População da Região de Lisboa e Vale do Tejo; Caracterização da População da Área Metropolitana de Lisboa); Determinação das Necessidades em Saúde; Determinação de Prioridades; Fixação de Objetivos; Seleção das Estratégias; Preparação Operacional; e Monitorização e Avaliação. Segue-se o terceiro capítulo, a Reflexão Crítica: Aquisição e Desenvolvimento de Competências, que é subdividida em três partes: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; e Competências de Grau de Mestre. O quarto e último capítulo, refere-se à Conclusão onde consta a síntese do trabalho, a

reflexão crítica acerca das aprendizagens realizadas, a discussão acerca da consecução dos objetivos propostos nesta Introdução, se explanam as principais dificuldades, e se pondera na globalidade acerca da possibilidade de continuação deste projeto de intervenção comunitária.

O presente documento está redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico, exceto nas citações referentes a obras e diplomas anteriores à entrada em vigor do referido acordo, e segue as orientações da Norma de Referenciação no estilo APA, 7ª Edição, para a redação do documento.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este primeiro capítulo encontra-se dividido em quatro subcapítulos: Tabagismo; Adolescência; Tabagismo na Adolescência; Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Prevenção do Tabagismo na Adolescência. Pretendemos com este enquadramento, não só explorar a problemática, como também a ação do enfermeiro especialista.

### 1.1. TABAGISMO

O consumo de tabaco permanece ao longo do tempo devido à presença de uma substância na folha do tabaco: a nicotina. Esta droga é tão viciante quanto outras ilícitas (heroína ou cocaína), ativa processos cerebrais intimamente relacionados com a auto gratificação, conduzindo o indivíduo à repetição da ação, e conseqüentemente robustecendo o vício através da persistência da exposição à substância (Nacional Institute on Drug Abuse, 2022).

A nível global, o consumo de tabaco é comum a mais de 1.3 bilhão de pessoas, é assumida como a causa de morte evitável com maior expressão, matando mais de 8 milhões de pessoas/ano, das quais 1.2 milhões por EFT. Em 2020, estimou-se que 193 milhões de pessoas (15 ou mais anos) consumiam tabaco (cerca de 1/4 da população), distribuindo-se entre géneros de forma desigual (37,5% nos homens; 8% nas mulheres) (Mauer-Stender et al, 2019; OMS, 2019, 2021, 2021a; DGS, 2021).

O impacto do tabagismo é desafiante para saúde pública, particularmente na região europeia, cuja prevalência se apura ser a mais elevada do mundo: atribuídas perto de 8.7 milhões de mortes anuais, das quais 1.2 milhões por EFT; metade dos indivíduos morre prematuramente, resultando numa perda, em média, de 14 anos de vida; as mulheres têm a prevalência mais elevada à escala global: 18.7% (idem; European Commission, 2021; OMS, 2021b; Murray, 2022).

Portugal adotou a meta do Plano Global para a Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis 2013-2020, que se referia ao decréscimo da prevalência relativa mundial do tabagismo em indivíduos com 15 ou mais anos de idade, em 30% até 2025 (OMS, 2013). Considerando que os dados do ano de 2000, indicavam que a prevalência do tabagismo era de 35.8%, visava-se a redução para 12.46% em 2025.

Não obstante em 2019 cerca de 1/5 dos fumadores tinha cessado o consumo de tabaco (>1.9 milhões), mantém-se crucial o incremento de medidas dirigidas ao tabagismo: o consumo de tabaco

contribuiu para a causa de morte de 13 500 pessoas – perto de 1700 com causa atribuível à EFT –; 1,3 milhões de indivíduos (14,2%) era fumador diário (perto de metade consumia meio maço/dia); 248 mil consumia tabaco esporadicamente (2,8%); 17% da população com 15 ou mais anos era fumadora; o rácio entre homem e mulher fumador era de 2:1; mais de metade dos homens fumava mais de meio a maço inteiro/dia; e a percentagem de homens nunca fumador era sobejamente inferior à das mulheres (44,8% para 75,3%) (idem; INE, 2019, 2020; European Commission, 2021; DGS, 2021). Em Portugal, a perda de anos de vida saudável atribuível ao consumo de tabaco situa-se em média nos 9,71% (15,32% nos homens e 4,15% nas mulheres), sendo a perda de anos de vida saudável atribuível à EFT, similarmente para ambos os géneros, de 1.14% [Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2022]. Crê-se que se for mantido até 2025, o mesmo esforço na implementação das medidas preventivas, a redução da prevalência global do tabagismo irá atingir os 20,9%, cuja distribuição será de 35,1% nos homens, e 6,7% nas mulheres (OMS, 2019a).

As evidências apontam melhorias consideráveis quanto ao consumo de tabaco em Portugal: em 2020 era o país europeu com maior percentagem indivíduos que nunca tinha tido contacto com tabaco (64%); o terceiro cuja população apresentou maior aumento nos conhecimentos acerca dos malefícios do tabaco (subida de 18pp) (European Commission, 2021).

O consumo de tabaco está associado ao declínio da saúde em geral; apontado como principal fator de risco para o surgimento de DNT – metabólicas, cardiovasculares, cancro, respiratórias crónicas –, cujo ónus da sobrecarga económica, social, e pessoal é relevante; lesa transversalmente todo o corpo humano; reduz a eficácia do sistema imunitário; a fertilidade, e em contexto gravídico é danoso para o desenvolvimento feto-placentar, incrementando a probabilidade de complicações (peri)neonatais (United States Department of Health and Human Services [USDHHS], 2012; OMS, 2019; DGS, 2021). As patologias conducentes a morbilidades cuja causa é atribuível ao tabaco são do foro oncológico, cardiovascular e respiratório: cancro das vias aéreas inferiores (risco de desenvolvimento >70%); doença cardíaca isquémica (DCI); doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC); doença de Alzheimer; e Acidentes Vasculares Cerebrais Isquémicos (AVC) (risco > 20%) (IHME, 2022).

A nível nacional em 2019 algumas das principais causas de morte apuradas foram: DCI (11.1%), AVC (9.9%), doença de Alzheimer (5.6%), DPOC (5.3%), cancro das vias aéreas inferiores (3.7%). Analisando quanto à causa de morte atribuível ao tabaco mais prevalente, destacam-se o cancro das vias aéreas inferiores (61.9%), a DPOC (29.5%), a DCI (10.8%) e o AVC (6.0%). Similarmente, a EFT é causa de desenvolvimento destas patologias em todas as idades, com maior prevalência nas

mulheres, contudo com maior expressão como causa de morte nos homens (IHME, 2022). Portanto, o consumo de tabaco em Portugal é fator e causa de morte, predominantemente para o cancro e patologia do sistema respiratório, e doenças do foro cardiovascular.

Em Portugal no ano de 2020 registava-se uma maior prevalência de fumadores em idades compreendidas entre 25-34 anos (27,6%), assim como de fumadores esporádicos (7.0%). A maioria dos fumadores completara o ensino secundário (23.7%); entre géneros, existia maior proporção de homens com o ensino básico (24%) ou secundário (27.3%), e a maioria das mulheres com ensino secundário (20.2%) (DGS, 2021). Quanto à dispersão geográfica a nível nacional, a prevalência de consumo de tabaco nas Regiões Autónomas era superior à apurada para Portugal Continental (na sua globalidade e por géneros). Em Portugal Continental era a Região do Alentejo apresentava a maior prevalência de consumo quer total (19,1%). Quanto às diferenças entre géneros, a prevalência dos homens fumadores é maior na Região do Alentejo (26.8%) e menor na Área Metropolitana de Lisboa (AML) (22,0%); as mulheres fumadoras são mais prevalentes na AML (14.9%), e menos nas Regiões Centro e Norte (9,3% e 8,2%) (idem). Factualmente, o tabagismo impacta de forma díspar entre géneros, sendo um comportamento aditivo cujo risco de mortalidade nos homens é quase 9 vezes superior ao das mulheres (IHME, 2022). A Europa mantém o consumo de tabaco mais elevado a nível mundial, tendo a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 agravado o padrão de consumos, prevendo-se, contudo, uma diminuição de 15,7% na prevalência nos homens, e de 4,7% nas mulheres. A tendência do tabagismo na Europa é contrária entre géneros: nos homens está em franca diminuição, nas mulheres em séria ascensão (OMS, 2022).

Existem cada vez mais formatos disponíveis para o consumo de tabaco: cigarro de combustão convencional (mais usuais em Portugal), cigarro eletrónico com e sem nicotina, cachimbo de água, e cigarro de aquecimento. Todas estas formas de consumo incluem produtos químicos de similar impacto na saúde, apesar das campanhas da indústria tabaqueira o contradizerem (OMS, 2021). Em Portugal no ano de 2019 apuraram-se perto de 144 mil consumidores de cigarros eletrónicos com 15 ou mais anos de idade, 61% destes do género masculino, e mais de metade utiliza-os diariamente (INE, 2019a, 2019b).

Existe pouca robustez nas evidências científicas que atestem as consequências do consumo/exposição destas novas formulações, a curto ou longo prazo (Lavado & Calado, 2019; OMS, 2021a). O incremento da promoção de produtos e dispositivos para consumo de tabaco nos

últimos anos, revela que é fulcral fomentar as ações inscritas no Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS, de forma a atingir os objetivos delineados (OMS, 2022a).

## 1.2. ADOLESCÊNCIA

O período da adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano assinalada por mudanças intensas – cognitivas, emocionais, biológicas, e sociais –, e alterações nas prioridades dos indivíduos, por via de influências do contexto em que estão inseridos. As novas vivências são tão impactantes quanto impulsionadoras do desenvolvimento individual, sendo assim conjuntamente, cerne do crescimento do adolescente e fator de risco para a sua saúde, influenciando tanto a personalidade (e suas vulnerabilidades), como o potencial individual pelo facto de serem o constructo da futura personalidade adulta (OMS, 2011).

A teoria de desenvolvimento cognitivo do ser humano de Jean Piaget (desenvolvimento de competências gerais e estruturais), identifica a adolescência (dos 11-12 aos 17-18 anos) como sendo um estadio operatório formal (Lourenço, 2002). O pensamento abstrato individual é desenvolvido, assim como o raciocínio lógico e sistemático, proporcionando-se o desenvolvimento do pensamento hipotético-dedutivo quando confrontado com situações problemáticas. Este estadio refere-se à maturidade revelada pela criança que resolve problemas que envolvem variadas noções (espaço, tempo, lógica elementar, imagem mental, entre outros), sendo capaz da articulação e coordenação de duas dimensões que envolvam mais do que uma noção, por exemplo, o tempo a despender para percorrer um dado espaço. Segundo Lourenço (2022) a criança é, desta forma, capaz de compreender mais do que a informação que lhe é fornecida através da percepção, pensando com recurso a conceitos globais, isto é, categorias simbólicas ou gerais. Das 11 características que compõem este estadio, é premente realçar a importância da descentração e perspetivismo (ter em consideração outros pontos de vista ou dimensões); coordenação entre afirmações e negações (percepção do absoluto e relativo, ainda que interligados); distinção entre o real, o possível e o necessário (consideração da possibilidade de se afastar do que é real visual, porém não conseguindo alcançar um nível elevado de abstração) (idem). A cognição é incrementada no seio das relações interpessoais, face ao confronto entre os dados existentes e os facultados por outros, originando reconstruções e, forçosamente o crescimento pessoal. É impulsionado nas relações interpares oferecendo bases e vivências comuns, importantes no desenvolvimento da compreensão e das relações de afetividade (Papalia e Feldman, 2013). É uma fase incontornável ao ser humano, e cada indivíduo apresenta características/momentos de

aquisição de competências únicas e exclusivas a si mesmo. A identidade individual entrelaça características inatas da personalidade com conexões sociais, cuja combinação é apelidada de «Desenvolvimento Psicossocial» (idem).

Na Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Eric Erikson, cada estágio é caracterizado pelo conflito/crise psicossocial que se instala nos sujeitos perante o confronto indivíduo-meio, cuja resolução é o impulsionador do desenvolvimento individual. O período da puberdade e adolescência corresponde ao quinto estágio, entre os 13 e os 21 anos – moratória psicossocial – cuja crise psicossocial é a própria identidade. O conflito ocorre quando o sujeito desempenha papéis diferentes, e ainda pelo facto de desejar ser adulto não o sendo, e simultaneamente sentindo que já não é criança. Através do desempenho de múltiplos papéis sociais, o indivíduo vai (re)definindo interiormente a sua identidade, e o impacto que deseja ter nos que o rodeiam (Veríssimo, 2002).

O modo como vivencia e reage às situações é pautada pela sua imaturidade cerebral, explicando a forma impulsiva e imponderada dos adolescentes, tornando-os propensos aos conflitos e aos comportamentos de risco (Papalia & Feldman, 2013; Fonseca, 2017). A procura da independência dos pais e a importância da imagem corporal são evidentes; os comportamentos tumultuosos, as relações de amizade interpares e a necessidade de ser aceite pelos pares, adquirem especial e exponencial relevância ao longo da adolescência, sendo fatores que incitam comportamentos de risco e consumos de substâncias (idem). Este percurso da descoberta da identidade própria, induz o adolescente a adotar atitudes por imitação, por vezes contrárias às suas defendidas outrora, e alinhadas com os ideais parentais (Cavalcante, Alves e Barroso, 2008). Ao pertencer a um grupo, os adolescentes são impelidos pelos seus pares a comportar-se e a raciocinar de certa forma, regidos pelos pensamentos e normas de conduta do grupo no qual se encontram inserido, cumprindo-as por desejo de confirmar a sua pertença, e como demonstração do compromisso assumido para com os seus membros (Ribeiro, 2011).

Este período do desenvolvimento pessoal é uma etapa em que os adolescentes adotam comportamentos de risco, incorporando-os como indicadores de poder e rebeldia, sendo o consumo de substâncias comum. O tabagismo ocupa, nesta esfera, um lugar de destaque.

### 1.3. TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA

A maioria das pessoas consumidoras de tabaco em idade adulta, começou os seus consumos na fase da adolescência (OMS, 2021). O tabagismo em menores acarreta cuidados de saúde a curto e a longo prazo, pois a duração do consumo e intensidade da exposição ao tabaco, origina dependência e desenvolvimento precoce de doenças associadas (USDHHS, 2012). A nicotina tem efeitos nefastos para o desenvolvimento cerebral, que ocorre desde o nascimento até aos 25 anos, com o potencial de lesar estruturas ligadas à memória, concentração, e aumentando o risco de desenvolvimento de transtornos de ansiedade (USDHHS, 2022).

Tanto o início como a manutenção do consumo de tabaco são a conjugação de fatores ambientais, psicossociais e biológicos. A influência entre pares apresenta relação causal com os comportamentos tabágicos. As relações afetivas negativas exibem forte ligação ao consumo de tabaco na adolescência. Existe também relação de causalidade entre o tabagismo, e a função e desenvolvimento dos pulmões na infância/adolescência; e o tabagismo e a asma em populações de crianças/adolescentes suscetíveis (USDHHS, 2012).

Diversos estudos internacionais mostram que, o tabaco na adolescência apresenta variadas trajetórias de início e manutenção do consumo, o que impede a rápida identificação, pelos profissionais de saúde, dos adolescentes em risco de adição ao tabaco. Dada a fase de desenvolvimento cognitivo, os jovens são especialmente vulneráveis a pressões sociais e ambientais que os instigam ao consumo de substâncias que causam dependência, sem que consigam compreender os danos potenciais para a saúde/consequências a longo prazo (United Nations International Children's Emergency Fund, 2011).

Globalmente, o consumo de tabaco em adolescentes entre os 13 e os 15 anos de idade é comum a perto de 43.8 milhões de indivíduos. Na Europa, averiguam-se poucas diferenças nas prevalências de consumos, quando se considera o género: perto de 14% nos rapazes e 12% nas raparigas. Contudo, o mais alarmante é que para a região europeia, estima-se que a prevalência do consumo de tabaco por meninas entre os 13-15 anos, até 2025, será 1.5 vezes superior à média global (OMS, 2019a, 2022).

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) destaca que “Indivíduos e famílias desorganizados, empobrecidos, com alterações na matriz da interação social e nas relações interpessoais, em quadros familiares conflituosos e agressivos, mais distantes

da escola e de instituições sinalizadoras e protetoras, podem constituir-se como fatores facilitadores” do agravamento de comportamentos de adição (SICAD, 2020).

O consumo de droga tem maior prevalência em áreas urbanas com densidade populacional elevada, e está tendencialmente relacionado com o sexo masculino, a adolescência ou início da idade adulta, recreação noturna, consumo de álcool/tabaco, e situação de desemprego (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002). Em concordância, dados do INE apuraram que os consumos em Portugal, no ano de 2019, são predominantemente em áreas urbanas (INE, 2019c). Estudos realizados em Portugal, revelaram que a AML apresentava maior prevalência quanto à EFT, sendo as crianças as de maior vulnerabilidade (atribuível à fragilidade dos seus sistemas imunitário e respiratório), cuja causa é atribuída primordialmente aos pais (Vitória et al, 2015; Vitória et al, 2015a; Vitória, Nunes, Precioso, 2017).

No ano de 2019, em Portugal, não se registaram óbitos cuja causa de morte fosse atribuível ao consumo de tabaco, em crianças com idades iguais ou inferiores a 14 anos. No entanto, apuraram-se mais de 46 mil mortes por EFT em idades iguais ou inferiores a 5 anos, e mais de 3000 mortes na faixa etária dos 5-14 anos (IHME, 2022). Registou-se uma melhoria nos anos vividos com morbilidades atribuíveis à EFT, em crianças com menos de 5 anos de idade, em ambos os géneros. Contudo, são as meninas a sentir maior impacto da EFT na sua qualidade de vida, superando ambos os sexos quando agrupados, e em qualquer faixa etária (idem).

Em Portugal destacava-se em 2019, uma diminuição no consumo de tabaco, mais marcada no formato convencional e na EFT. Contudo, os formatos emergentes no mercado para consumo de nicotina – cachimbo de água e cigarros eletrónicos –, são mais apelativos aos jovens, interpretados como sendo mais seguros ou menos viciantes, e a prevalência no seu primeiro contacto tem subido de forma expressiva: 29% para os cigarros tradicionais e 22% para os cigarros eletrónicos. Similarmente, os jovens estão a experimentar mais as fórmulas de tabaco aquecido, sendo que 5% dos jovens já o tinham experimentado, e 2% tinham consumido no último mês (DGS, 2021; OMS, 2021).

O consumo de tabaco por alunos entre os 13 e os 18 anos ocupa o segundo lugar, quanto à prevalência no consumo de substâncias psicoativas em Portugal (Lavado & Cavado, 2019), ocorrendo o primeiro contacto em idades precoces, decorrente da combinação de múltiplos fatores, nomeadamente a influência social dos seus pares, com peculiar relevância. Considerando a particularidade de a nicotina gerar forte e rápida adição, o número de jovens que iniciam o seu consumo e que irão tornar-se dependentes é previsivelmente elevado, repetindo este

comportamento aditivo diariamente, e desta forma colocando a sua saúde em risco, assim como a das pessoas à sua volta (Carvalho et al, 2017).

Dados dos dois últimos estudos *Health Behaviour In School - Aged Children* realizados em 2018 e 2022, apontam uma melhoria quanto ao número de não fumadores (93.7% para 95.1%), e quanto à frequência do consumo de tabaco nos últimos 30 dias (35.7% para 26.1% de consumo de tabaco em 20 ou mais dias) (Gaspar, Guedes & Equipa Aventura Social, 2022). No mais recente, a média de idades dos inquiridos situou-se nos 14.09 anos, e apurou que foram os alunos mais novos que referiram ser não fumadores (6º e 8º ano de escolaridade), comparando com os alunos de 10º ano de escolaridade. Do total de estudantes questionados, 2% referiram consumir menos de 1 vez por semana, e 1.3% afirmaram ter consumos semanais. No mesmo inquérito realizado em 2018, os jovens a frequentar o 6º ano que consumiam tabaco diariamente era mais de 3 vezes inferior aos que frequentavam o 8º ano de escolaridade (3%), voltando quase a triplicar comparando com os alunos de 12º ano (8%). Analisando com base no género, as raparigas apresentavam mais prevalência quanto a não fumar (94.4% para 92.9%), e eram menos as fumadoras diárias (2% para 2.9%) (Matos & Aventura Social, 2018).

Dados semelhantes foram apurados no Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências realizado em 2019 (ECADT-CAD), que registou que 2 em cada 5 alunos já tinha fumado tabaco, 3 em cada 10 fizera-o no último ano e 1 em cada 5 no último mês. O início de consumos ocorreu em idades iguais ou inferiores a 13 anos em 15% dos alunos (3 em cada 20), sendo este comportamento semelhante em 37% dos consumidores de tabaco de combustão ao longo da vida (cerca de 8 em cada 20); quanto ao cigarro eletrónico o registo é francamente inferior: cerca de 2 em cada 30 alunos, para mais de 5 em cada 30 consumidores de tabaco de combustão ao longo da vida (Lavado & Cavado, 2019).

O padrão de consumo de tabaco entre os jovens de 13-18 anos ocorre de forma exponencial até aos 16 anos: perto de duplicar entre os 13 e os 14 anos, repetindo este padrão entre os 14 e os 16 anos; amenizando o aumento entre os 16 e os 18 anos (idem). Identificou-se o tabagismo entre jovens como comportamento predominantemente masculino, registando-se francas diferenças entre géneros e formas de consumo, em alunos que começaram consumos de tabaco com 13 anos de idade ou menos: 16.1% alunos do sexo masculino iniciou o consumo de cigarros convencionais, para 13.8% do sexo feminino; enquanto 8.4% dos rapazes iniciaram o consumo de cigarros eletrónicos, para 5.5% raparigas. Registou-se descida significativa no consumo de cigarros convencionais em ambos os géneros (maior no sexo feminino), assim como no consumo de cigarros

eletrónicos (ainda que tenha aumentado esta formulação no género masculino). A descida do consumo de cigarros convencionais foi registada em todas as idades, ressalvando-se o impactante decréscimo dos alunos de 13 e 14 anos (50% e 40%, respetivamente). Porém, ressalva-se que foi apurado um acréscimo de 25.4% nos alunos com 13 anos, quanto à experimentação de cigarros eletrónicos, quando comparadas as prevalências entre 2015 e 2019. Existe, portanto, uma dicotomia quanto à prevalência do consumo de tabaco entre géneros, assim como há preferência no formato (Lavado & Cavado, 2019).

Analisando a dispersão dos consumos a nível territorial, apurou-se que a região com menor prevalência de consumo de tabaco em 2019, foi a Área Metropolitana de Lisboa, tanto no que concerne a cigarros convencionais como a cigarros eletrónicos; de modo inverso, apurou-se ser a região com maior consumo de tabaco em cachimbo de água. Porém, estas prevalências não se reportaram a consumos diários. A região com maior prevalência de consumo quer comparando a nível nacional, quer quanto a cigarros convencionais e cigarros eletrónicos, foi a Região do Alentejo, reportando-se estes consumos como sendo diários (idem).

Em 2021 os dados emergentes do Inquérito aos jovens (de 18 anos de idade) participantes no Dia da Defesa Nacional, realizado pelo SICAD, indicavam que mais de metade já tinham fumado no mínimo uma vez na vida (55%), 46% nos últimos 12 meses, e no último mês perto de um terço (37%) (Carapinha, Calado e Neto, 2021). Comparativamente ao último inquérito realizado em 2015, verificou-se uma melhoria global da prevalência do tabagismo, quer ao longo da vida, no último ano ou último mês, mas não se observaram melhorias quando comparado com 2019, tendo inclusive aumentado no género masculino, nos jovens com nível de escolaridade igual ou inferior ao 9º ano (51% para 56%); diminuído entre os desempregados (43% para 36%); e oscilado no sentido ascendente no género masculino (40.5% para 41.2%), e em sentido inverso no género feminino (34.2% para 33%). Entre os consumidores de substâncias, em 2021 o tabaco manteve-se com maior frequência de consumos diária ou quase diariamente.

Todos estes achados têm sido analisados com especial atenção, pelo potencial de retrocesso nas tendências de consumo de tabaco entre os mais jovens, originando mais adultos dependentes de tabaco, pois a nicotina é altamente viciante, e os indivíduos que consomem cigarros eletrónicos têm até triplo risco de consumir cigarros convencionais (Berry et al, 2019).

O uso de cigarros eletrónicos, pode levar a que o consumo de tabaco seja encarado novamente como algo socialmente vulgar e inócuo. Contrariamente aos cigarros de combustão legalmente proibidos em espaços fechados, os cigarros eletrónicos não estão regulados, denotando-se pouca

disponibilidade política para legislar especificamente este produto dirigido e cada vez mais consumido por jovens, existindo inclusive dispositivos desenhados para melhor ocultação. É dever de todos os países, proteger os seus cidadãos, particularmente as crianças e jovens, dos produtos que emergem no mercado, que contêm nicotina e tabaco não legislados (OMS, 2021).

Intervenções referentes ao consumo de tabaco são apontadas como prioritárias, assim como a implementação das orientações da Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco (OMS, 2022a). É reconhecida a relevância de intervenções comunitárias, sendo essencial recrutar recursos entre as famílias e o meio escolar, assim como “no centro de saúde e na comunidade/autarquia), estarem disponíveis ações de promoção e educação para a saúde, com crianças e adolescentes, que favoreça a adoção de estilos de vida saudáveis” (Matos & Aventura Social, 2018, p. 53) que viabilizem a prevenção do tabagismo.

#### **1.4. PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NA PREVENÇÃO DO TABAGISMO EM ADOLESCENTES**

“Sejamos lúcidos: não há como atribuir sentido ao que se faz sem uma ou mais teorias que nos ajudem a compreender, a avaliar e a prever” (Nunes, 2017, p. 114).

As intervenções do enfermeiro especialista, na área da enfermagem comunitária e de saúde pública, visando a prevenção do tabagismo em adolescentes (neste Relatório), alicerçam-se no Modelo Teórico do Empowerment.

O conceito de empowerment foi alvo de análise conceptual relativamente à disciplina de Enfermagem, por Cheryl Gibson em 1991. A nível conceptual, empowerment foi tripartido em particularidades do cliente, particularidades dos profissionais de Enfermagem e particularidades de ambos os anteriores. Genericamente, Gibson (1991) afirma que " empowerment é um processo social de reconhecimento, promoção e realce das capacidades das pessoas em conhecer as suas necessidades, resolver os seus próprios problemas e mobilizar os recursos necessários a fim de sentirem que controlam as suas vidas." (p. 359).

Para a autora, a definição do conceito de empowerment é complexa dadas as suas características pois, tanto o processo como o resultado do empowerment em saúde, são operacionalizados de diferentes formas consoante o sujeito e/ou situação implicados; implica a

possível ou efetiva presença de muitas competências individuais dos clientes, pelo que as estratégias e os resultados são variáveis. É um conceito dialético - o empowerment é o processo e o resultado é o empowerment; correlacional - desenrola-se na relação com os outros, que se foca tendencialmente mais nas soluções (abordando as forças, os direitos e as capacidades pessoais), do que nos problemas (nos deficits e nas fraquezas); e dinâmico - o poder do conhecimento e a liderança nas decisões, são partilhados entre quem mais sabe e quem mais necessita saber, é por isso também, democrático pelas suas características distributivas de justiça social.

Kieffer (1984) citado por Gibson (1991) esclarece o cerne da questão do empowerment referindo, que "a verdadeira questão pode estar não tanto em ter mais poder mas no sentir-se mais poderoso" (Gibson, 1991, p. 355). Para que os sujeitos sintam o empowerment, é necessário no desenrolar do processo, incorporar não só a responsabilidade individual em alcançar resultados (restabelecer a sua saúde e/ou manter-se saudável), como ter em conta as características pessoais e o contexto em que os sujeitos estão inseridos, sendo que apenas desta forma se atinge a universalidade do processo (idem). De facto, o mesmo tipo de intervenções junto de estudantes em meio escolar, visando a prevenção do tabagismo, parecem não ter a mesma eficácia quando aplicado em diferentes países e em diferentes culturas (Nishio et al, 2018). Com efeito, verificámos que a eficácia das intervenções concorrentes à prevenção do consumo de substâncias, nomeadamente no âmbito de programas de prevenção do consumo de tabaco, está associada à utilização de variados e diferentes componentes e estratégias, particularmente: promoção e educação para a saúde, realizadas por pares em contexto comunitário (MacArthur et al, 2016); ações seletivas dirigidas à personalidade (Debenham et al, 2021); intervenção duradoura entre 12 a 18 meses (Brinker et al, 2017; Sousa et al, 2020); aumento de conhecimentos a jovens (Rozi et al, 2019) e suas famílias (Nurumal et al, 2019); profissionais de saúde com experiência em educação para a saúde (Al Agili & Salihu, 2020). Em sentido contrário, apurámos que selecionar docentes como agentes das intervenções, parece revelar ineficácia quanto à prevenção do tabagismo, sugerindo deste modo, que as comunidades escolares podem beneficiar de outros intervenientes no que concerne a ações de prevenção no âmbito da saúde (Leiva et al, 2018).

Para Gibson (1991), as perspetivas dos destinatários dos cuidados e as dos enfermeiros no processo de empowerment são diferentes. Por um lado, para os primeiros o que antecede a necessidade de empowerment são acontecimentos de mudança, que quando alcançado o resultado desejado, origina satisfação pessoal e sentimentos de controlo; por outro lado, é imperativo que os enfermeiros se desprendam do poder de controlo (aceitando que os indivíduos possam recusar ajuda) e passem a ter uma relação de colaboração com os destinatários dos

cuidados. Segundo a autora, este controlo quando exercido pelos enfermeiros, resulta/aumenta sentimentos de dependência para com as equipas de saúde, pelo que têm que se consciencializar que a responsabilidade pela saúde dos indivíduos não é sua, pois "Profissionais de saúde não podem capacitar as pessoas, só as pessoas se podem capacitar a si mesmas" (Gibson, 1991, p. 357). Contudo, os enfermeiros podem auxiliar/guiar/consolidar/orientar para recursos que permitam aos destinatários dos cuidados, sentimentos positivos acerca do controlo sobre as questões que envolvem a sua saúde. Os resultados dos cuidados de enfermagem têm de ter como enfoque o empowerment, modificando as suas práticas e realçando os sentimentos positivos nos destinatários dos cuidados, quanto ao facto de terem autonomia e autodeterminação, sendo que "Quando informam, explicam, (os enfermeiros) estão a capacitar as pessoas, a dotá-las de conhecimentos e de perspetivas para suportarem a sua tomada de decisão" (Nunes, 2017, p. 31). O empowerment enquanto processo/resultado visando a mudança normativa de comportamentos relacionados com o consumo de tabaco, não é somente mais sustentável, mas sim muito eficaz (Golechha, 2016).

O papel do enfermeiro, não é determinado nem delimitado à subserviência a outras classes profissionais, mas sim determinado (e destriçado das restantes) pelo enfoque no ser humano, sendo que se este foco "está ausente do papel, então não é indiscutivelmente de todo um papel de enfermagem" (Rolfe, 2015, p. 146). Conceptualmente, os cuidados de enfermagem auxiliam os indivíduos na gestão dos recursos comunitários disponíveis, no âmbito da saúde, sendo favorável que cada pessoa seja considerada o pivot da equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2015), o conceito de empowerment para a saúde individual reporta-se "à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controlo sobre a sua vida pessoal." (Regulamento nº 348/2015, p. 16485).

O conceito de empowerment da comunidade foi definido como um processo através do qual uma comunidade amplia o controlo da sua vida, sendo que uma «comunidade» é um grupo de indivíduos com particularidades semelhantes, podendo ou não estar interligadas entre si/partilhando a mesma localização – por exemplo, os jovens que constituem as comunidades escolares; e que "empowerment" se remete ao processo de aquisição do controlo acerca das decisões e fatores que toldam a sua vida, aumentando as suas capacidades inatas/aprendidas e estabelecendo parcerias para o alcance desse controlo (OMS, 2009). Referindo-se ao trabalho de Laverack (2008), a OMS realçou a distinção entre empowerment e o termo "Capacitar", que pressupõe que os indivíduos não podem ser capacitados por outrem, mas sim que, ao adquirir

poder, se capacitam a si mesmas. Assume, portanto, que cada indivíduo constitui a sua própria fonte de recursos, em que o papel dos agentes externos é ser catalisador/facilitador, conduzindo a comunidade a adquirir poder. De acordo com esta perspetiva, e em consonância com o modelo teórico aqui apresentado, o papel dos profissionais é o de se apresentar como veículo e parceiro eficaz para o empowerment coletivo. Para tal é inevitável a referência à literacia em saúde – fundamental para o empowerment –, pois visa não só influenciar a tomada de decisão individual face aos estilos de vida, como simultaneamente incrementa a consciencialização acerca dos determinantes da saúde, impulsionando ações individuais e coletivas, para a modificação positiva dos mesmos (OMS, 2009). Segundo Golechha (2016) a mobilização comunitária objetiva induzir mudanças das normas sociais existentes, através de múltiplas intervenções coordenadas dirigidas ao incremento da conscientização da comunidade, sendo fulcral o papel do empowerment. Deste modo, é produto entre trabalho de equipa, ações educacionais e participação de todos os recursos comunitários, motivando a mudança.

Ao conceito de empowerment de Gibson (1991), está inerente que não é apenas vantajoso, mas sim que o destinatário seja forçosa e factualmente, tanto pivot de processo como ator do resultado. Desta forma, pode-se afirmar que no recorrer do processo de empowerment, individual ou coletivo, a partilha de saberes do enfermeiro, cooperando em igualdade na relação terapêutica, salientando forças – dando enfoque às competências potenciais –, e aceitando o direito de escolha de cada indivíduo, é possível auxiliar o cliente a elevar-se, ao ponto de deter o poder de se autodeterminar com fundamentos válidos e de ser capaz de tomar as melhores decisões sobre si, e sobre a sua saúde, tendo também como resultado o empowerment individual. A enfermagem está "centrada no bem-estar, portanto, no desenvolvimento do potencial humano, em que o encontro com o Outro ocorre numa relação dialógica" (Nunes, 2017, p. 32) com a intenção de conhecer as necessidades de cada sujeito, ajudando a promover a sua autonomia quando não o consegue por si ou fazendo conjuntamente, fomentando a introspeção dos sujeitos, procurando o empowerment e assim, a noção de que se é capaz e se é inteiro.

Os Enfermeiros por via da sua experiência, são potencial – se não, efetivamente, o são - os profissionais melhor colocados para se afirmarem como recurso primordial para o empowerment dos indivíduos. Através do compromisso profissional estabelecido para com a população têm o dever de a servir distribuindo conhecimento, ao invés de o acumular, como troféus, para usufruto pessoal ou soberba (Gibson, 1991).

De outro modo, pode ler-se no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 128/2011), que este profissional considerando a sua

formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva (...), intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas (p.8667),

sendo que as comunidades escolares, se enquadram no âmbito destas intervenções.

Para Melo, Silva e Figueiredo (2018), “A enfermagem comunitária é um domínio especializado da profissão de enfermagem e tem descrita como uma das suas competências centrais a capacitação de comunidades” (p. 82), afirmando que a tomada de decisão do enfermeiro especialista suporta-se nas competências específicas da sua área de especialidade; ou seja, é dirigida para as comunidades enquanto unidade de cuidados. O processo de tomada de decisão prevê-se, similarmente, que seja suportado pela utilização de um referencial teórico em enfermagem, onde o empoderamento comunitário é simultaneamente processo e resultado da intervenção do enfermeiro desta área de especialidade. O “Empoderamento Comunitário” enquanto processo foi definido por Laverack em 2007, citado por Trisnowati et al (2020), num modelo constituído em nove domínios: aumento da participação; progressão da liderança a nível local; empowerment do desenvolvimento organizacional; incremento da aptidão para a avaliação de problemas; melhoria da capacidade de crítica da comunidade; maior mobilização de recursos; estreitamento das relações internas e externas às organizações; criação de relações justas com outras organizações; e melhoria da gestão dos programas.

Em suma, o empowerment (como processo de se sentir em controlo da sua vida, e resultando no sentimento de poder para a tomada de decisão relacionada com a saúde), para a prevenção do consumo de tabaco entre jovens é complexo. Os adolescentes têm comportamentos e atitudes inerentes à sua faixa etária, que diferem consoante a sua cultura ou origem, pelo que é

imperioso o seu reconhecimento por parte dos profissionais de saúde. Pelo que se considera fundamental um diagnóstico especializado de enfermagem, revelador das crenças e normas sociais dos jovens face ao consumo de tabaco, assim como dos conhecimentos acerca do seu impacto na saúde, que consequentemente possibilitem o planeamento de intervenções que visem a prevenção deste comportamento de risco, a sua implementação e avaliação dos seus resultados.

O enfermeiro da comunidade orienta-se para o empowerment, nomeadamente de grupos com necessidades singulares, como é o caso dos adolescentes em meio escolar. Dada a conjuntura atual quanto à tendência de consumo de tabaco entre jovens, o peso do consumo de cuidados de saúde por fumadores, do impacto na sua qualidade de vida e na das pessoas que os rodeiam, e o estadio de desenvolvimento em que os jovens se encontram, consideramos que a abordagem aos grupos de adolescentes em contexto escolar, por parte destes profissionais especializados deve ser psicoeducacional. Perspetivando as particularidades de cada grupo como o cerne das suas intervenções, os enfermeiros estabelecem-se essencialmente como parceiros quer para o aperfeiçoamento das suas competências existentes, quer para as suas habilidades inatas, procurando potenciar a sua capacidade para a tomada de decisão. O enfermeiro especialista deve, do ponto de vista coletivo, ser veículo para a educação para a cidadania, através do estabelecimento de grupos na comunidade escolar que se constituam como recurso para a resolução de problemas; ser promotor de desenvolvimento das organizações comunitárias em que se encontra inserido; e estabelecer parcerias que se constituam como recursos comunitários, liderando o seu processo, com o apoio do poder político.

## **2. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE**

No presente capítulo apresentamos o projeto de intervenção comunitária, recorrendo ao método de PS, composto por: Diagnóstico de Situação; Determinação das Necessidades; Definição de Prioridades; Fixação de Objetivos; Seleção das Estratégias; Preparação Operacional; e Monitorização e Avaliação. Este enquadramento converge para uma das competências principais específicas do enfermeiro especialista em ECSP, “a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19354). Desta competência geral despontam cinco unidades de competência, que serão referidas ao longo deste enquadramento, de acordo com as várias etapas do PS.

### **2.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE**

O Diagnóstico da Situação de Saúde é etapa inicial do PS, identificando-se os problemas e, consequentemente determinadas as necessidades de saúde. As necessidades reais referem-se às necessidades percebidas pelos profissionais, aliadas com as necessidades sentidas pelas pessoas. As necessidades de saúde resultam no alinhamento entre necessidades reais, oferta dos recursos de saúde, e necessidades percecionadas pelas populações. Aliás, a formulação do "diagnóstico envolve uma noção de causalidade e de evolução prognóstica que não aparece necessariamente no conceito de necessidades." (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 16). Diversos métodos de identificação de necessidades e de problemas podem ser aplicados, podendo abranger diferentes abordagens: inquéritos, pesquisas de consenso, e indicadores. O diagnóstico de situação pretende-se conciso, minucioso mas abrangente, inequívoco, célere, e dirigido à satisfação das etapas de PS. A concretização do Diagnóstico da Situação é condição obrigatória para delinear a intervenção (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993).

#### **2.1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA**

A Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco (CQCT) da OMS é o documento que suporta as ações dirigidas ao controlo e erradicação do consumo de tabaco, a nível global, firmando a determinação universal em priorizar as políticas dirigidas à melhoria da saúde pública. A proteção das futuras comunidades quanto ao ónus e prevalência do consumo e EFT são os objetivos principais (OMS, 2005). Diversas estratégias foram delineadas na CQCT, visando a melhoria da saúde da população, que incluíam educação e formação comunitária, medidas protetoras quanto à EFT e preventivas do início do consumo, e apoios promotores da cessação tabágica para a

população. Algumas das características das intervenções comunitárias, podem ler-se nas alíneas do Artigo 12, nomeadamente o enfoque nos malefícios e atributos viciantes da nicotina e EFT, assim como a mobilização de recursos e parceiros na comunidade, que viabilizem a execução de programas nesta área (idem).

Na visão da OMS é através de ações preventivas, quanto aos fatores de risco que determinam o aparecimento das DNT – consideradas como séria ameaça para o desenvolvimento global –, que os países alcançarão as metas determinadas até 2023, diminuindo o número de mortes prematuras e incrementando o bem-estar da população (OMS, 2019). Anualmente, as DNT são causa atribuída à morte de cerca de 15 milhões de pessoas entre os 30-70 anos de idade, e concomitantemente, são responsáveis por anos vividos com morbilidades, sendo o tabagismo apontado como um dos principais fatores promotor dessa incapacidade prematura (idem). Não obstante o impacto da pandemia por SARS-CoV-2, registaram-se progressos acentuados quanto à diminuição da prevalência do consumo de tabaco em homens, e consequentemente à carga proveniente das DNT. Tal resulta de políticas concertadas entre os vários organismos, originando planos e estratégias globais, e consequentemente a planos, programas e atividades nacionais, regionais e locais, consecução de metas coletivas (OMS, 2021a).

O XIII Programa Geral de Trabalho da OMS para 2019–2023, que tem como pedra basilar o Artigo 1º da Constituição da Organização Mundial da Saúde, está alinhado com os objetivos da Health 2020 (OMS, 2013a) e do Programa UE pela Saúde 2021-2027 [Regulamento (Ue) 2021/522], fornecendo enquadramento político, valores e princípios de modo a suportar decisões, selecionando as prioridades e objetivos estratégicos (OMS, 2019).

Conforme referido anteriormente, a OMS estabeleceu uma meta de redução relativa da prevalência do consumo de tabaco de 30%, porém prevendo que mais de 68% dos países não irá alcançar o decréscimo ambicionado, apesar de se ter registado um decréscimo do consumo de tabaco a nível global, em todas as idades (OMS, 2022). Em consonância, em 2019 a nível nacional a prevalência de consumo de tabaco pela população com 15 ou mais anos, era de 17% (INE, 2019d, 2020; DGS, 2021).

Em Portugal, a DGS é responsável pela elaboração das linhas orientadoras de impacto direto na saúde dos portugueses e, por conseguinte, pelo plano de saúde nacional, norteando as intervenções dos profissionais, através de planos e programas nacionais dirigidos às temáticas prioritárias, logo, de maior impacto na saúde da população (DGS, 2015a). O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s (PNS) prioriza a promoção da saúde,

salientando que a obtenção de ganhos em saúde deve ser resultante de intervenções nos diversos determinantes de saúde de modo sistémico, sistemático e integrado (DGS, 2021a). O PNS, alinhado com os objetivos da «Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável: Transformar o nosso Mundo» de 2015, das Nações Unidas, e seus ODS delineados para 2030, e perante as necessidades em saúde identificadas na população portuguesa, estabeleceu orientações estratégicas, sendo dada relevância, em contexto escolar, à promoção da literacia e promoção da saúde, e à prevenção do início de consumos de tabaco nos adolescentes (idem).

O SICAD tem como missão “Promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências.” (SICAD, 2020, p.12). O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências de 2013, visa a prevenção do consumo de substâncias psicoativas e redução dos seus malefícios. Como estratégias de ação relevam-se a abordagem ao longo do ciclo de vida, com especial ênfase à adolescência, as intervenções contextualizadas (como o meio familiar e o meio escolar), realçando a pertinência das ações que resultem na ausência de consumos, ou início tardio (SICAD, 2013). São identificados vários níveis de intervenção, nomeadamente a comunitária (norteada à alteração de crenças, pressões e interferências dos pares, considerando a conjuntura social), considerando que “Compete às equipas no terreno, em colaboração com os responsáveis das políticas sócio-sanitárias e com os cidadãos, (...) estabelecer a definição das necessidades e prioridades, tendo por base o diagnóstico e o projeto de intervenção comunitária.” (SICAD, 2016, p. 19). É salientada a importância de intervir em conjunto com outras entidades que compartilhem objetivos semelhantes, destacando a DGS e seus Programas Prioritários, particularmente o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT).

O PNPCT e a Direção Geral da Saúde, são elo de ligação com a OMS, incorporando as equipas dirigidas para a execução das orientações europeias e do CQCT (DGS, 2021). O envolvimento de todos os meios é crucial, colaborando com parceiros governamentais e comunitários, sendo que o trabalho conjunto “de todos os profissionais de saúde neste trabalho, (...) será decisivo para melhorar a literacia em saúde da população e criar uma adequada perceção do risco associado ao consumo de produtos do tabaco e de produtos com nicotina.” (idem, p. 71). O PNPCT visa a prevenção do início precoce de consumo, a promoção da cessação tabágica (em jovens adultos e grupos de risco), e a proteção quanto à EFT, coadjuvados por várias medidas, como o empowerment, a literacia em saúde, e a colaboração multissetorial. Para a população mais jovem elaborou metas específicas: redução da prevalência do consumo de tabaco em jovens com 15 ou mais anos para valores inferiores a 15%; redução da prevalência do consumo de tabaco em jovens

mulheres com 15 ou mais anos, para valores inferiores a 8%; redução da prevalência do início do consumo de cigarros eletrónicos e de tabaco, em adolescentes com 13-18 anos, para valores inferiores a 30%; redução da prevalência da exposição continuada ao fumo ambiental do tabaco, para valores inferiores a 5%. Quanto aos objetivos de índole preventiva referente a esta adição junto dos mais jovens em meio escolar, determinam manter com a DGS a ação intitulada *Geração sem Tabaco*, e manter a colaboração concertada com o Instituto Português do Desporto e Juventude, no contexto do programa *Cuida-te* (idem).

O Programa Nacional de Saúde Escolar visa colaborar para a obtenção de maior nível de saúde e educação, maior responsabilização para com a saúde e qualidade de vida na infância e juventude, objetivando também o incremento da literacia em saúde, promoção da saúde, e prevenção da doença. De entre as suas estratégias sublinha-se a capacitação, com intervenções específicas almejando prevenir o consumo de tabaco (DGS, 2015).

O Referencial de Educação para a Saúde constitui-se como ferramenta pedagógica essencial no ensino de temáticas relacionadas com a saúde a nível nacional e em todos os ciclos de ensino sendo assim pedra basilar das intervenções no meio escolar, cuja elaboração resultou da parceria interdisciplinar entre a Saúde e a Educação (Ministério da Educação, DGS e SICAD). As Escolas Promotoras da Saúde concebem e suportam as condições necessárias para que os jovens participem nos projetos elaborados, estimulando-os a colaborar com os parceiros locais, particularmente da saúde. Foram identificadas cinco temáticas para a Promoção da Saúde, nomeadamente os Comportamentos Aditivos e Dependências (Carvalho et al, 2017).

Quanto ao Plano Regional de Saúde (PRS) 2018-2020, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), é possível identificar quatro eixos estratégicos, em que a «Cidadania» e a «Saúde Sustentável» se apresentam como os que têm maior ligação com a promoção de um ambiente salutogénico, dando ênfase ao empowerment individual, impulsionando e guiando-o para a adoção consciente de comportamentos protetores da saúde, sendo uma das quatro metas elaboradas, a redução da prevalência dos hábitos tabágicos nos jovens com idade  $\geq 15$  anos (ARSLVT, 2018).

O Plano Local de Saúde (PLS) 2013-2016 Extensão a 2020, do ACeS a que a UCC em questão se integra, reconheceu o consumo de tabaco com um dos fatores de risco que se controlados, impactam diretamente na redução das taxas de prevalência das patologias de maior expressão da sua área de abrangência (ARSLVT, 2016).

Estratégias como o aumento da literacia em saúde, a elaboração de programas de educação para a saúde, a vigilância epidemiológica reforçada quanto aos fatores determinantes de saúde de maior impacto relativamente ao tabagismo, e a elaboração de estratégias de parceria entre setores, são recomendadas como modificadores de comportamentos de risco. É dado grande enfoque em contextos específicos como o meio escolar. Assim, esta abordagem é vital, quando integrada em intervenções comunitárias programadas pelos serviços de saúde, em contextos específicos, nomeadamente a escola.

Em suma, é irrefutável a pertinência de projetos de intervenção comunitária dirigidas à comunidade escolar quanto à prevenção do consumo de tabaco e nicotina, recorrendo a parcerias estratégicas e aos recursos existentes na comunidade. É crucial a avaliação diagnóstica integrada (multidisciplinar), atempada, nomeadamente realizada pela ESE, em que o enfermeiro se assume como um dos principais parceiros no processo educativo, e nas ações de prevenção do uso continuado de tabaco e EFT, fatores de risco e resultado de inúmeros problemas de saúde priorizados pelos planos e programas nacionais e locais.

### **2.1.2 CARACTERIZAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA**

Segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários e o Plano de Ação, de 2017 com extensão a 2021, esta UCC da RLVT é uma unidade funcional (UF) que integra um dado ACES, que em rede com outras UF presta cuidados multidisciplinares em contexto comunitário e domiciliário, de forma individual, familiar ou grupal, nos vários níveis de cuidados, acompanhando a evolução dos processos de saúde e doença, e ainda de prevenção através de intervenções de educação para a saúde, assumindo parceria direta com os cidadãos, grupos, comunidades, e indireta através da inclusão destes em redes ou equipas de ação comunitária [Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), 2022; ACES, 2017].

Tem como missão a colaboração para o incremento do estado de saúde da população abrangida na área geográfica em que se insere, objetivando a garantia de respostas de carácter diferenciado, de forma integrada, articulada e contextualizada, pautadas pela proximidade e conhecimento das necessidades de cariz social e de cuidados de saúde, mantendo-se em parceria com os recursos comunitários locais (idem).

A equipa multiprofissional desta UCC integra profissionais de diversas disciplinas, e mobiliza as inúmeras especialidades e competências profissionais, científicas, técnicas e pessoais dos seus

membros. Na sua composição encontram-se Enfermeiros, Médicos, Psicóloga, Fisioterapeuta, Técnicas Superiores de Serviço Social, entre outros. É manifesto o investimento na formação contínua da equipa multidisciplinar – com projetos direcionados ao desenvolvimento profissional e trabalho em equipa, a atualização/partilha constante de conhecimentos, e bem-estar mental dos profissionais –, e portanto, uma equipa altamente informada, funcional e motivada para a excelência dos cuidados prestados (SPMS, 2022a), sendo que na equipa de enfermagem existem enfermeiros de diversas áreas de especialidade: enfermagem comunitária e de saúde pública, enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem de reabilitação, e em enfermagem em saúde infantil e pediátrica (SPMS, 2017).

Esta UCC possui vários programas e projetos específicos dispersos por várias áreas como a Saúde Materna; o Envelhecimento Ativo e Saudável e Estilos de Vida Saudáveis; a Saúde Mental; a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente junto dos cuidadores informais; a Saúde Infantil e Juvenil, nomeadamente com o Sistema Nacional Intervenção Precoce na Infância. Particularmente quanto ao Programa Nacional de Saúde Escolar a sua intervenção é efetivada por meio de diferentes projetos, entre as áreas da Cidadania (intervindo em todos ciclos letivos até aos 3º ciclo, com o tema dos Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida), da Promoção da Alimentação Saudável, da Prática de Exercício Físico, da Saúde Mental, da Vacinação, da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, e da Prevenção das Toxicodependências, particularmente da Prevenção e Controlo do Tabagismo através da parceria com o Plano Estratégico Concelhio de Prevenção das Toxicodependências do município. Este plano estratégico do âmbito das toxicodependências assume carácter preventivo quanto às dependências com ou sem substância e outros comportamentos de risco, norteando-se pela ação articulada e integrada com as várias instituições comunitárias locais, regionais e nacionais, cuja intervenção seja desenvolvida direta ou indiretamente nesta área sendo esta UCC parceira deste plano (ACES, 2017).

### **2.1.3 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO**

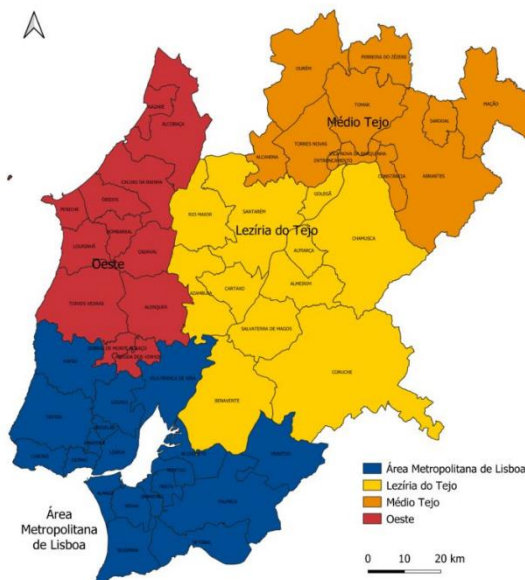
Segundo a Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (CCDRLVT) a Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT), é composta pelas Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) III da Lezíria do Tejo, Médio Tejo e Oeste, e AML (CCDRLVT, 2022). Esta Região em 2015 após a entrada em vigor da nova divisão regional de 2013, a nível europeu e nacional, não sofreu alterações na sua geografia, contudo provocou a junção das NUTS III Grande Lisboa e Península de Setúbal, originando a NUTS II “Área Metropolitana de Lisboa”, outrora com o nome “Lisboa”. Situada no ponto mais a oeste da Europa, compreende uma extensão superior a 12

216 Km<sup>2</sup> contendo a capital do país. Abrangendo apenas 13,2% da área de Portugal e 13,7% do território continental, ocupa uma posição estratégica e privilegiada geograficamente, residindo neste território mais de 3.699 milhões de pessoas, cerca de 36% da população nacional (idem).

É composta por 1 região, 4 NUTS III, 52 concelhos e 355 freguesias. Segundo dados do Perfil de Saúde de 2017 da RLVT, apuram-se 15 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): ACES Almada-Seixal, ACES Amadora, ACES Arco Ribeirinho, ACES Arrábida, ACES Cascais, ACES Estuário do Tejo, ACES Lezíria, ACES Lisboa Norte, ACES Lisboa Central, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, ACES Loures-Odivelas, ACES Médio Tejo, ACES Oeste Norte, ACES Oeste Sul, e ACES Sintra. Existem nesta região 59 instituições hospitalares: 40 gerais, 19 especializados, entre estes um dirigido à reabilitação de comportamentos aditivos (idem; ARSLVT, 2015, 2017).

Esta NUTS III é caracterizada pela sua dispersão a nível geográfico (Figura n.º 1), contendo zonas urbanas com elevada multiculturalidade e aglomeração populacional, e outras zonas de características rurais cuja população se encontra dispersa e distante entre si, conduzindo a cuidados suplementares quanto à gestão, coordenação, entidades, políticas, e ferramentas de planeamento e programação.

**Figura n.º 1** - Mapa da Região de Lisboa e Vale do Tejo



Fonte: <https://www.ccdr-lvt.pt/regiao/apresentacao-da-rlvt/>

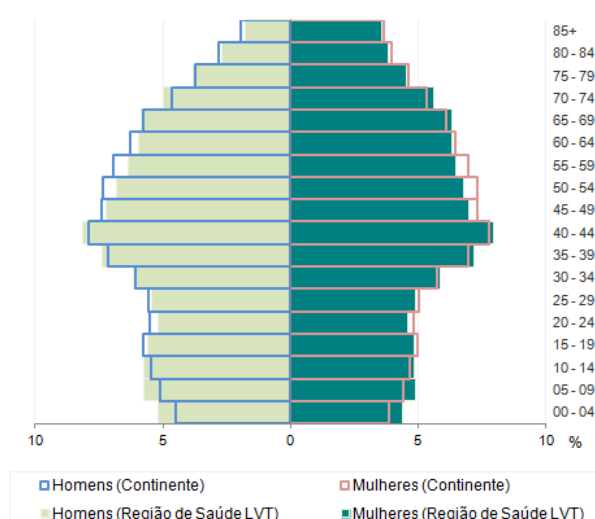
A nível económico o produto desta região origina mais de 43% do Produto Interno Bruto do país, perto de 36% das exportações. Emprega mais de 37% da população ativa, sendo que metade do orçamento do estado destinado à investigação, se concentra nesta área geográfica, reunindo

perto de 37% das empresas do país, assim como inúmeras infraestruturas do foro tecnológico, científico, financeiro, económico e político (idem).

#### 2.1.4 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO

Segundo os dados do Perfil de Saúde, e Seus Determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo, produzido pela ARSLVT, averiguou-se uma diminuição do crescimento populacional no país, crescendo a um ritmo inferior ao verificado em décadas anteriores: 2.0% ao invés de 5.0% (anos 90) (ARSLVT, 2017). No entanto, em 2011, a RLVT apresentou na globalidade um crescimento demográfico de 5.3% (mais 183943 efetivos), verificando-se a existência de mais mulheres do que homens (+6,5%, e +4,0%, respetivamente (Figura n.º 2).

**Figura n.º 2** - Pirâmide Etária por sexo e grupo etário da Região de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, 2017).



**Fonte:** [https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/6136/PeRS\\_LVT\\_2017\\_v2.xlsx](https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/6136/PeRS_LVT_2017_v2.xlsx)

Comparando as NUTS da RLVT, verificou-se que o local com maior acréscimo de mulheres foi a Península de Setúbal (mais 10.8%), e menor crescimento de homens ocorreu na Lezíria do Tejo (mais 1.9%).

#### 2.1.5 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

A AML estende-se por 3 015 Km<sup>2</sup>, ocupando 3.3% do território nacional. Tem dois sistemas montanhosos contendo reservas naturais –, Serra da Arrábida e a Serra de Sintra –, áreas protegidas, dois estuários, e uma frente costeira banhada pelo Oceano Atlântico. Geopoliticamente

apresenta-se como região multisectorial, com elevada importância socioeconómica, ambiental, urbana e cultural para Portugal. Residiam na AML em 2020 cerca de 2 869 033 habitantes, perfazendo 27.9% da população portuguesa, divididos por 18 municípios, que compõem as duas sub-regiões da Grande Lisboa e da Península de Setúbal, 58 vilas e 118 freguesias. É deste modo, a mais populosa área metropolitana do país e, cumulativamente a segunda região com mais população a nível nacional (segundo-se à Região Norte). Estas características conferem-lhe a integração em duas das três tipologias de NUTS, pois sendo uma área metropolitana (NUTS II) apresenta elevada densidade populacional (NUTS III) (INE, 2015, 2022; Direção Geral das Autarquias Locais, 2022).

No ano de 2021 registaram-se na AML 6561 matrimónios entre pessoas de sexo oposto (INE, 2021a), tendo sido dissolvidos entre 2019 e 2021, cerca de 4603 casamentos em média por ano (INE, 2021b). Em 2020, os casais contraíam matrimónio na faixa etária dos 30-40 anos, apresentando idades médias ao primeiro casamento, por sexo, de 36.3 anos nos homens, e 34.8 anos nas mulheres (INE, 2022). Contudo, a idade média ao nascimento do primeiro filho era de 31.1 anos sendo superior à média do ano 2021 a nível nacional (30.9 anos) (INE, 2021c). A taxa de fecundidade geral, apurou-se ser de 40.8% (INE, 2021d). Conclui-se que na AML o nascimento do primeiro filho acontece em mulheres mais velhas, e provavelmente gerado entre casais não casados.

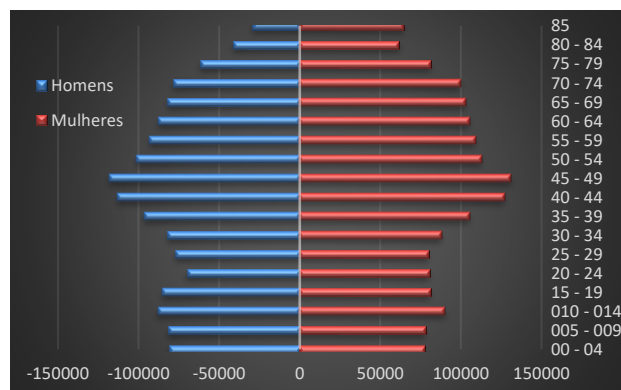
A taxa bruta de natalidade em 2020, apurou-se em 9.8%, e a taxa bruta de mortalidade em 10.9% (INE, 2022). Dados referentes à AML revelaram que em 2019, entre as pessoas residentes com 15 e mais anos de idade, 305 445 fumava cigarros todos os dias, sendo que a sua distribuição entre géneros verificou que cerca de 60% dos fumadores eram homens; a faixa etária mais prevalente em consumos era a dos 45-54 anos de idade; eram mais os homens consumiam 11-20 cigarros/dia, e as mulheres fumavam predominantemente menos de 10 cigarros/dia (INE, 2019e).

A AML apresentava a mesma tendência da distribuição etária da RLVT observada na Figura II, contudo apresentava maior representatividade na base (Figura n.º 3).

A AML concentra instituições de todos os níveis de ensino, albergando 1 383 estabelecimentos dedicados ao ensino pré-escolar (23.9% do total nacional), 1516 ao ensino básico (22.5% do total nacional), 229 ao ensino secundário (23.7% do total nacional), e 91 ao ensino superior (31.6% do total nacional). Encontravam-se matriculados 76 742 crianças no ensino pré-escolar, 294 476

crianças no ensino básico, 115 188 jovens no ensino secundário, e 153 149 no ensino superior no ano letivo de 2020-2021. Os municípios que apresentaram maior desistência e insucesso escolar, no ensino básico, foram Almada, Amadora, Loures, Moita, Odivelas e Setúbal (INE, 2022).

**Figura n.º 3** – Pirâmide Etária por sexo e grupo etário da Área Metropolitana de Lisboa



Fonte: Adaptação própria a partir de

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008273&contexto=pi&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273&contexto=pi&selTab=tab0)

No que se refere ao concelho a que o presente diagnóstico de situação de saúde se refere, este está integrado na AML, faz fronteira com quatro outros concelhos e é composto por 4 freguesias que ocupam uma área geográfica de 26.5 km<sup>2</sup>, sendo que esta unidade funcional dá resposta a mais de metade da abrangência geográfica do concelho e a mais de 76.3% da sua população (ACES, 2017).

Superior à densidade populacional do Continente e à da Área Metropolitana de Lisboa, a densidade apurada para o concelho foi de 5578.7 habitantes por Km<sup>2</sup>, num total de 148 058 habitantes [INE, 2021; Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS), 2021, 2021a).

Segundo dados do INE quanto à população estrangeira legalmente a residir neste concelho, verificou-se uma tendência crescente nos últimos 3 anos, mantendo-se uma localidade repleta de multiculturalidade (INE, 2021e). Segundo os dados provisórios dos Censos 2021, 64% da população concelhia pertencia à faixa etária dos 15-64 anos, logo em idade ativa; 15.1% tinha menos de 15 anos; e 20.9% tinha mais de 65 anos. Quanto à dispersão por géneros, 52.9% eram mulheres e 47.1% eram homens (FFMS, 2021a). Estes dados estimaram ainda, que cerca de 37% da população se encontra unida por laços matrimoniais (idem), sendo que ocorreram 436 desagregações de matrimónio por falecimento do cônjuge, afetando maioritariamente as mulheres (INE, 2021f).

Na distribuição entre géneros verificou-se que mais de metade da população pertencia ao género feminino (52.9%), tendência dos últimos 20 anos, contrariamente aos homens cuja tendência é inversa. Revelou-se também que os grupos etários mais prevalentes, em ambos os sexos, eram os grupos das crianças até aos 14 anos e o dos jovens adultos e adultos de meia-idade (25-64 anos) (INE, 2021g). Esta distribuição concorre para um Índice de Envelhecimento apurado em 2021 de 138,4 idosos por cada 100 jovens (INE, 2021h).

Apura-se uma discreta diminuição na taxa bruta da natalidade entre os anos 2019 e 2021 (-0.9) sendo de 11.1 nascimentos por cada 1000 residentes, verificando-se como o 3º local do país com maior taxa bruta de natalidade (FFMS, 2021a). Desta forma, o Índice de Dependência de Jovens em 2021 concorreu para que em cada 100 idosos existissem cerca de 23 jovens (23.7%), inferior ao apurado em 2020 para esta região. Similarmente, apurou-se o Índice de Dependência de Idosos em 32.8% e o Índice de Longevidade (46.7%), mantêm esta tendência. Comportamento de involução idêntico verificou-se no Índice Sintético de Fecundidade, pois por cada mulher em idade fértil o número médio de filhos que se apurou em 2021 foi de 1.7, reforçando a distribuição tendencial para o envelhecimento geral da comunidade (idem). No ano de 2021 nasceram neste local 1 648 nados vivos, com tendência decrescente desde 2019, nascendo mais meninas desde então (INE, 2021i).

Quanto às condições económicas da população destaca-se a existência de 3 326 indivíduos que auferiam o rendimento social de inserção, cujas idades se compreendiam abaixo dos 25 anos (46.0%) (INE, 2021j). Em 2021 apurou-se que entre os habitantes da população ativa existiam 4455 desempregados inscritos no instituto de emprego e formação profissional (FFMS, 2021a). Dados referentes a 2020 verificaram que a média de ganhos mensais nesta população era de 1 003,6€, significando um decréscimo em 33.8% do auferido na RLVT (INE, 2020a).

Da totalidade de utentes inscritos nos CSP deste município, entre os anos de 2015 e 2020, cerca de 10% consumiam tabaco; maior prevalência em mulheres com idades compreendidas entre os 10 e os 49 anos, e em homens entre os 50 e os mais de 85 anos de idade [Universidade Nova de Lisboa (UNL), n.d.].

No que concerne à caracterização da população assistida pela UCC onde decorreu a intervenção descrita neste Relatório, a sua distribuição por géneros é similar, porém com ligeira prevalência de mulheres nas faixas etárias superiores a 30 anos de idade. Quanto à distribuição por faixas etárias averiguou-se que a pirâmide etária apresenta aspeto sinusoidal, cujos picos se

encontram nas faixas etárias 10-14 anos, 45-49 anos, 70-74 anos, decrescendo até idades superiores a 100 anos. Maioritariamente em idade ativa, em 2022 o Índice de Dependência de jovens concorreu para 24.67% [Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), 2022].

Segundo o Plano de Desenvolvimento em Saúde e Qualidade de Vida (n.d.) e o Plano Local de Saúde 2013-2016 Extensão a 2020 concelho, identificaram-se cinco problemas de saúde maior: Doenças Cardiovasculares; Tumores do Aparelho Digestivo; Tumor da Mama Feminina; Diabetes Mellitus e Obesidade (ARSLVT, 2016; UNL, n.d.). Em 2020, verificou-se neste concelho que o maior número de óbitos foi resultante de neoplasia maligna da traqueia e dos brônquios e dos pulmões, neoplasia maligna da mama na mulher, e neoplasia da próstata (INE, 2020b). Quanto às principais causas de morte em 2020, por género, apurou-se uma distribuição similar, porém ligeiramente superior entre os homens (51.5%). As causas de morte mais prevalentes foram as neoplasias (54%), particularmente tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões (8%); as doenças do aparelho circulatório (29%), as doenças cerebrovasculares (10%), a doença isquémica do coração (7.5%), e as doenças do aparelho respiratório (6%). Considerando o género, as neoplasias (58%) – vias respiratórias inferiores (75%), aparelho digestivo (10.5%) – e doença isquémica do coração (59%), afetaram mais os homens; as doenças do aparelho circulatório (55%), doenças cerebrovasculares (59%), e a neoplasia da mama, afetaram mais as mulheres (idem). Quanto à taxa de mortalidade infantil não foram registadas alterações, mantendo-se estável entre os anos 2014 e 2020 (INE, 2020c).

Constituem o parque escolar deste concelho perto de 50 escolas integradas em vários agrupamentos de escolas, com estabelecimentos de vários graus de ensino (pré-escolar, básico e secundário), resultando numa elevada população escolar (Câmara Municipal do Concelho, 2022). Este município em 2021 apresentava uma taxa de analfabetismo (1.8%) menor do que a registada na AML (2.6%), e aquém da registada a nível nacional (4.0%) (FFMS, 2021b), perto de igualar uma década depois, em comparação, a taxa de abandono escolar (1.7%) (INE, 2011). No ano letivo de 2020-2021, apenas 5.2% da população não completara o ensino básico, sendo que a maioria da população concluiu o 1º ciclo (97.7%), seguida do 2º ciclo (95.3%), e 91% completou o ensino superior (INE, 2021k).

Após analisarmos e refletirmos acerca das características da população do concelho, da AML, e considerando a restante população regional e nacional, entendemos ser essencial incrementar programas e projetos de intervenção comunitária, direcionados à população jovem, porém que se mantenham ao longo do seu crescimento e desenvolvimento cognitivo, e que considerem os

padrões de consumo de tabaco local, regional, nacional e internacional, e das comorbidades relacionadas com o tabagismo já registadas. Num concelho em que a taxa bruta de natalidade se apura estar entre as 3 mais elevadas do país – ainda que o índice de dependência de jovens e de fecundidade demonstre uma tendência de envelhecimento da comunidade –, que a maioria da população seja maioritariamente do género feminino, que as projeções apontem para que o consumo de tabaco entre as mulheres se apresente em crescimento exponencial e a extensão da comunidade escolar existente, é imprescindível uma resposta assertiva a nível local e regional das equipas de Saúde Escolar, em parceria com o poder político municipal (autarquia), com outras UF do ACES (USP), com os hospitais, com as instituições de âmbito social, e restantes parceiros (SICAD), tanto para a promoção da saúde como para a prevenção da doença. No que concerne à prevenção do consumo de tabaco em adolescentes, é essencial o empowerment dos jovens face ao controlo da sua vida e da sua saúde, potenciando atitudes e comportamentos protetores, favorecendo a vivência de mais anos de vida saudável e com qualidade.

## **2.2. DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE**

Com a finalidade de se caracterizar as necessidades em saúde, indispensável para elaborar o diagnóstico da situação, efetuámos uma reunião informal com a Sra. Enfermeira IN (testemunho privilegiado), responsável pela tutoria da mestranda e responsável pela UCC e alocada ao Programa de Saúde Escolar, de modo a identificar quais as necessidades sentidas pelos profissionais da ESE, quanto à melhoria dos cuidados fornecidos à população abrangida, tendo emergido a temática do consumo de tabaco em meio escolar. Atendendo a que mestranda iniciou o seu percurso no contexto prático em 2019, um PIC neste contexto e acerca desta temática, contribuiria diretamente para uma das metas do PNS Revisão e Extensão a 2020 [“C. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com  $\geq 15$  anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental” (DGS, 2015a, p. 12)]. De forma a compreender novamente as necessidades existentes, considerando o reingresso no mestrado, e o PNS em vigor, foram enumerados alguns problemas, tendo-se mantido como prioritária a temática da prevenção do consumo tabágico nos jovens, confluindo para a área de interesse da mestranda. Posteriormente, realizámos uma reunião com a Sra. Professora Coordenadora Executiva do Programa de Educação para a Saúde (PES), na presença de outra docente alocada ao programa da escola selecionada por conveniência face à área geográfica da UCC, com o objetivo de contextualizar o motivo da reunião; dar a conhecer os dados mais recentes no que concerne ao consumo de cigarros pelas crianças e jovens a nível nacional e internacional; comunicar as necessidades sentidas pelos profissionais, uma vez que é uma das áreas de

intervenção que, pela sua relevância, devem ser trabalhadas pela ESE; e recolher informações as necessidades reais da comunidade escolar, tendo sido reconhecida pela docente a necessidade mantida de ações preventivas quanto a esta temática.

Consequentemente, solicitámos autorização para a realização do diagnóstico de situação ao Diretor Executivo do ACES (Apêndice I) e à Diretora do Agrupamento de Escolas à qual a escola selecionada pertencia (Apêndice II), tendo recebido aval positivo de ambos (Anexos I e II).

A escolha da população alvo norteou-se pela idade média expectável dos alunos e pelos dados epidemiológicos recolhidos quanto à idade de início dos consumos em idade escolar (subcapítulo já desenvolvido), de forma a procedermos à prevenção primária do consumo tabágico, sendo alvo de consenso entre a mestranda, a Sra. Enfermeira Tutora e a Sra. Professora Coordenadora. Assim, determinámos a dimensão da população alvo tendo em conta o volume de dados que iriam emergir após a aplicação do questionário, fixando-se a amostra em 2 turmas de 7º ano de escolaridade – 55 alunos –, constituindo-se desta forma uma amostra não probabilística – por conveniência –, de forma a integrar elementos da população escolar, satisfazendo os critérios de inclusão e exclusão pré-determinados:

- critérios de inclusão: jovens matriculados do 7º ano de escolaridade; pertencer à comunidade escolar da instituição selecionada; ter consentimento informado assinado por aluno e encarregado de educação;
- critérios de exclusão: não saber ler, escrever ou dominar a língua portuguesa; não estar matriculado nesta instituição; pertencer a outra turma de 7º ano de escolaridade que não as turmas selecionadas; não ter consentimento duplamente assinado.

A escolha do instrumento de recolha de informações emergiu após pesquisa eletrónica em 2019, em que considerámos vantajoso recorrer ao trabalho produzido pelo projeto SmokeOut-II, desenvolvido pelo Centro de Investigação em Estudos da Criança da Universidade do Minho, Braga, cujo questionário (anónimo, extenso, de autopreenchimento) se encontra validado e testado para a população portuguesa (Anexo IV). O programa SmokeOut-II baseou-se em estudos realizados em contexto escolar sobre comportamentos e fatores de risco/protetores do consumo de substâncias, mais concretamente na temática do tabagismo (Sousa, 2020). Posto isto, solicitámos por via eletrónica a disponibilização do instrumento, assim como a autorização do autor principal do projeto para a sua aplicação (Apêndice V), cujo parecer revelou-se positivo (Anexo V). Este questionário intitulado “SmokeOut – Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar: Construção e avaliação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças

de género” tem na sua totalidade 23 questões, onde se inclui: dados sociodemográficas (idade, género, local de residência, tipologia de agregado familiar, escolaridade dos progenitores, nível socioeconómico); referentes ao consumo de tabaco diretamente: experimentação e intenção de experimentação, consumo atual, idade de iniciação, nível de dependência, cessação e intenção de cessação, EFT e exposição no local onde residem, opinião das pessoas que rodeiam os inquiridos sobre o consumo de tabaco, informações sobre malefícios do tabaco, capacidade de recusar oferta de tabaco, conhecimentos acerca do impacto do tabagismo nos órgãos, ocupação nos tempos livres, sentimento face à escola, intenção de adquirir mais conhecimento acerca do tema, crenças sobre o consumo de tabaco, e exposição a assuntos acerca da temática. O conjunto de questões colocadas vai ao encontro das recomendações da European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002), quanto à relevância de recolher outras informações além das referentes a consumos e sua regularidade, aquando da realização de inquéritos, uma vez que estas, por si só, podem contribuir para o conhecimento do nível de risco a que a população inquirida está exposta a priori.

As duas recolhas de dados (antes e pós-intervenção) decorreram em janeiro de 2023, em contexto de sala de aula, na presença do professor responsável de cada turma, pela autora que ficou responsável por trabalhar os dados. A aplicação inicial do questionário aos alunos que cumpriam todos os critérios de inclusão, ocorreu no dia 4 de janeiro, e a final no dia 19 de janeiro.

Os dados obtidos foram tratados com recurso ao programa estatístico denominado *Statistical Package for the Social Science*<sup>®</sup>, usando medidas de estatística descritiva, concretamente as frequências absolutas, relativas e médias, procurando identificar regularidades em tabelas, e outras medidas descritivas como os desvios padrão.

Com o intuito de cumprir os pressupostos éticos e deontológicos, procedemos à entrega do protocolo de investigação à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARSLVT (Apêndice III), que se concretizou em outubro e recebeu parecer favorável para realizar a recolha de dados aos alunos em dezembro (Anexo III). De forma a permitir a recolha dos dados, elaborámos um consentimento informado (Apêndice IV), aprovado pela CES, para que alunos e respetivos encarregados de educação expressassem o seu aval. Foi fornecida informação oral sobre a finalidade do estudo aos alunos e entregues os documentos de pedido de consentimento informado, no dia 3 de janeiro e recolhidos no dia seguinte.

### **2.2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

Após a aplicação inicial do questionário aos alunos, cujos critérios de inclusão foram validados, a amostra foi composta por 42 indivíduos; a aplicação final do instrumento de colheita de dados, abrangeu 37 alunos. Refletindo acerca da diferença entre a amostra inicial e a amostra final, consideramos que esta se deveu à ausência de 5 alunos nas atividades letivas programadas para aquele dia.

Posto isto, a amostra foi constituída por 16 alunos que se identificaram como sendo de género masculino, 23 alunos que se identificaram como sendo de género feminino, e 3 alunos que não identificaram o seu género, pelo que optámos por considerar estes alunos como género “neutro”. Dado que esta última identificação é diminuta face às outras 2 identificações, optámos pela exclusão desta identificação da análise por género, em algumas questões, dado não ser possível extrair informações pertinentes em termos comparativos com o resto da amostra.

A população alvo apresentava uma média de idades de 12.98 anos de idade, com altura e peso médio de 1.60 metros e 50.86 Kg, respetivamente. Analisando-se por género, as raparigas pesavam menos que os rapazes. A maioria dos alunos (24) advinham de famílias do tipo nuclear, 6 de famílias reconstruídas (6 coabitavam com 1 dos progenitores e o seu companheiro), 6 provinham de famílias monoparentais, e as remanentes advinham de outros tipos de família (6).

Relativamente à escolaridade dos pais, a maioria dos alunos indicaram que estes tinham um nível de escolaridade elevada, tendo concluído o Ensino Superior. Analisando por género, o resultado era semelhante entre o género masculino e feminino. Analisando por género dos progenitores, foram mais os alunos de género masculino que referiram que os seus pais concluíram o 9º ano de escolaridade, assim como foram os que mais referiram desconhecer o nível de escolaridade das suas mães.

Considerando o consumo de tabaco, apenas 6 dos alunos referiram ter experimentado fumar, apresentando uma média de idades 12.4 anos, afirmando que o primeiro consumo ocorreu entre os 10 e os 14 anos. Analisando por género, foram as raparigas que apresentaram um comportamento de experienciar fumar mais vincado. Os dados indicam que, independentemente do género, a totalidade das crianças não fumavam, com exceção de um aluno do género feminino que, apesar de se identificar como não fumador, afirmou que fuma menos de um cigarro por semana. Adicionalmente, constatámos que à medida que a idade avançava existia uma tendência

mais permissível com a hipótese de experimentar fumar. Analisando por género, esta tendência era mais evidente no sexo feminino.

Relativamente aos hábitos tabágicos das pessoas que rodeavam os alunos, verificámos um menor consumo de tabaco por parte dos progenitores comparativamente com os que não fumam, independentemente do sexo do progenitor. Ressalva-se que os dados sugeriram que eram os progenitores de alunos do género feminino que fumavam mais frequentemente. Considerando a EFT, apurámos que as pessoas com quem os alunos coabitavam, permitiam que estivessem pouco expostos a fumo proveniente da queima do tabaco. Analisando por género, verificámos uma ligeira tendência para que a exposição diária ao fumo do tabaco existisse mais no género feminino. Quando os alunos foram questionados relativamente à sua reação face à oferta de tabaco, atestámos que nesta situação quase a totalidade da amostra afirmava que iria certamente recusar o cigarro, independentemente do género.

Para realizar a análise dos conhecimentos da amostra, considerámos como conhecimentos desajustados as respostas “nada prejudicial” e “pouco prejudicial”, e em sentido inverso as respostas “prejudicial” e “muito prejudicial” como conhecimentos ajustados. Posto isto, foi possível verificar que grande parte dos alunos consideravam que o tabaco é muito prejudicial para a função pulmonar e para a saúde no geral (visto serem estas as variáveis com valores mais próximos dos 4 pontos). Apurámos ainda que a amostra apresentava conhecimentos mais desajustados relativamente ao impacto do consumo de tabaco na sexualidade (valor mais baixo, com valores perto do 2, significando a perceção de “pouco prejudicial”).

De forma a interpretar corretamente os dados emergentes do questionário, no que concerne às crenças relacionadas com o tabagismo, contactámos via eletrónica a Professora Doutora Isabel Sousa (Apêndice VI), uma vez que, constámos uma elevada percentagem de respostas da categoria “Não sei” em 3 afirmações: “Os fumadores têm mais amigos” – 51,2%; “As raparigas são mais sensíveis ao fumo do tabaco” – 61%; e “Fumar alivia a tristeza” – 46,3%; sendo que não se encontraram referências ao modo de interpretação deste dados em estudos mais recentes realizados pela autora (Sousa, 2018, 2020). Após o seu aval (Anexo VI), a resposta “não sei” foi interpretada como representativa de défice de conhecimentos do aluno face ao tópico abordado, logo, como pertinente para intervenção. Para realizar a análise das crenças dos alunos sobre esta temática, foram consideradas as respostas “Tenho a certeza que é verdadeira” e “acho que é verdadeira” como sendo uma opinião em concordância com a afirmação, em oposição às respostas “Tenho a certeza que é falsa” e “Acho que é falsa”, sendo interpretadas como uma discordância.

Deste modo, apurámos que a maioria da amostra concordava que “Fumar durante a gravidez prejudica o bebé” (92,5%), e que “Fumar aumenta a probabilidade de ter cancro” (85,4%); a maioria discordava que “Fumar torna as pessoas mais bonitas/ interessantes” (82,9%), ou que “Fumar provoca doenças sem importância” (82,9%). Analisando as respostas entre géneros, a maioria dos alunos do género masculino concordava que “O tabaco é uma droga muito viciante” (93,3%), e discordava que “Fumar provoca doenças sem importância” (80%). A maioria dos alunos de género feminino concordavam que “Fumar durante a gravidez prejudica o bebé” (91,3%), e discordavam que “Fumar torna as pessoas mais bonitas/ interessantes” (91,3%). Ambos os géneros concordavam de forma similar que “Fumar é caro e prejudica a economia familiar” (género masculino – 73,3%; género feminino – 73,9%), e discordavam que “Fumar provoca doenças sem importância” (género masculino – 80%; género feminino – 82,6%). Não obstante, verificámos que mais de metade da amostra concordava que “Fumar só tem consequências negativas na saúde se se fumar durante muitos anos” (56%), e que mais de 2/5 da amostra concordava que “O tabaco ajuda a acalmar” (46,3%), “A maioria dos jovens fuma” (46,3%), e que “A maioria dos adultos fuma” (41,5%). Analisando por géneros, foram os alunos do género feminino quem mais concordou com as afirmações, à exceção da afirmação referente aos anos de consumo de tabaco, sendo superior a concordância no género masculino (60%).

Em suma, de acordo com os dados recolhidos, emergentes da aplicação dos questionários, apurámos as seguintes necessidades:

- 5 dos alunos de género feminino (para N=23, representa 21,7%) já experimentaram fumar; do total da amostra, eram os alunos do sexo feminino que estavam mais expostos ao EFAT e eram o género que se apresentava mais permeável à perspetiva de ser fumador após os 18 anos – “Maior experimentação, exposição e permeabilidade ao tabagismo dos alunos de género feminino”;
- Os alunos apresentavam valor médio de conhecimento relacionado com os malefícios do consumo de tabaco no que concerne à sexualidade de 2.36 – valor mais próximo da opção “Pouco prejudicial” – “Défice de conhecimentos acerca do impacto físico do tabagismo na sexualidade humana”;
- Percentagem elevada de respostas referentes às crenças relacionadas com o tabagismo, que refletem associações erróneas acerca do consumo de tabaco, em 7 das 19 afirmações apresentadas – “Crenças erróneas acerca do consumo de tabaco”.

Relativamente à metodologia para a execução deste diagnóstico de situação, utilizámos o método de planeamento em saúde, para a identificação ponderada dos problemas e das intervenções adequadas dirigidas às necessidades da população (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990).

### **2.3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES**

A determinação de prioridades incorpora a segunda fase do método de planeamento em saúde, surgindo após serem identificados os problemas de saúde no Diagnóstico da Situação. A seriação dos problemas operacionaliza-se nesta fase de seleção de prioridades, estando intrinsecamente ligada à natureza do planeamento em saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

O PS supõe tanto o uso de forma eficiente dos recursos disponíveis, como o alcance com sucesso dos melhores resultados possíveis, sendo por isso fundamental a aferição de prioridades, com a finalidade de detetar os problemas que requerem uma resposta mais premente. O processo inerente à determinação de prioridades encontra-se dividido em duas etapas: definição de critérios de decisão, e comparação e limitação dos problemas (Tavares, 1990). Relativamente à hierarquização dos problemas de saúde apurados, é encorajado o recurso a critérios de seleção, considerando o seu peso/valor, contudo a sua subjetividade é apontada como característica. Baseiam-se em três critérios emergentes de pesquisas e trabalhos prévios (a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade). A magnitude assinala a dimensão do problema (total de mortes atribuíveis, excluindo a morbilidade), a transcendência contempla as mortes por grupos etários, e a vulnerabilidade considera a prevenção da doença.

Em termos de magnitude e transcendência destacam-se os óbitos apurados no concelho em 2020, por neoplasias malignas da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões (8%); as doenças cerebrovasculares (10%), a doença isquémica do coração (7.5%), e as doenças do aparelho respiratório (6%), todas relacionáveis com o consumo de tabaco (INE, 2020b). Em termos de vulnerabilidade, ou seja, capacidade para intervir na prevenção do tabagismo, contribuindo em potencial para a diminuição do aparecimento/desenvolvimento de doenças relacionadas, experienciando em teoria maior número de anos de vida saudável e evitando mortes prematuras, considerámos de elevada importância a atuação concertada de profissionais de saúde, neste contexto.

Como referido anteriormente, no capítulo do Enquadramento Teórico, a maioria dos adultos fumadores iniciaram o consumo de tabaco na fase da adolescência, com implicações quanto ao

desenvolvimento neurológico e cognitivo saudável, potenciando o aparecimento de patologias de forma precoce. Na adolescência os jovens adotam comportamentos tumultuosos, dando especial relevância às relações de amizade interpares e aceitação pelos pares, resultando muitas vezes na adoção de comportamentos de risco e consumos de substâncias. O início de consumos em Portugal em 2019 ocorreu em idades iguais ou inferiores a 13 anos, evoluindo de forma exponencial até aos 16 anos, sendo que a sua perceção quanto à facilidade no acesso ao tabaco vai crescendo de forma similar ao consumo. Desta forma, é possível concluir que, perante o impacto do tabagismo na saúde em geral, é premente que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros alocados à saúde escolar, determinem prioridades de forma criteriosa e objetiva.

Esta etapa da Metodologia de PS possibilita o desenvolvimento da unidade de competência: “1.2 – Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

### **2.3.1. HIERARQUIZAÇÃO DE PROBLEMAS**

O autor Tavares (1990) relativamente à hierarquização dos problemas de saúde apurados, refere que se deve fazer recurso a três ou quatro critérios de seleção, considerando o seu peso/valor. A técnica utilizada para definição de prioridades foi a Grelha de Análise descrita por este autor (idem, 1990, p. 88), e definiram-se como critérios de decisão: “1- Importância do problema; 2- Relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco; 3- Capacidade técnica para resolver o problema; 4- Exequibilidade do projeto ou da intervenção”. Recorrendo à Grelha de Análise, é conferido a cada um dos três problemas apurados, a classificação de mais (+) ou de menos (-), formando uma sequência, a partir dos quatro critérios supracitados. Desta forma, emerge um resultado, baseado nos valores da grelha, sendo o valor 1 correspondente à prioridade máxima.

Após a aplicação da grelha de análise conjunta com a equipa alocada à saúde escolar (Apêndice VII), verificámos dois dos três problemas, cuja prioridade se revelou superior: “Crenças erróneas acerca do consumo de tabaco”, e “Défice de conhecimentos acerca do impacto físico do tabagismo na sexualidade humana”. Atendendo à natureza dos problemas priorizados (conhecimento), considerámos ser exequível no que concerne à capacidade técnica para intervir, pelo que seleccionámos ambos os problemas como foco da intervenção do projeto.

## **2.4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS**

Os objetivos são instituídos como resposta aos problemas, num dado espaço temporal, sendo que a certa definição dos objetivos se apresenta de elevada importância, permitindo a avaliação dos resultados da implementação do PS (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo Tavares (1990) existem condições imprescindíveis para a formulação de um objetivo geral, pois este deve ser genérico, exequível, delimitado e mensurável, assim como deverá incluir elementos da situação que se ambiciona alcançar, critérios de sucesso e insucesso, local, espaço temporal, e população alvo. Desta forma, o autor afirma que o objetivo geral se refere à conjuntura que se ambiciona alcançar de forma ampla, ao passo que os objetivos específicos se remetem às particularidades desse contexto.

Assim, definimos o seguinte objetivo geral: contribuir para a capacitação dos alunos do 7º ano, de uma escola da região de Lisboa, no tocante ao início/cessação do consumo de tabaco. Face às projeções quanto ao consumo de tabaco na adolescência, cremos que mediante a concretização deste objetivo geral, se incrementem os ganhos em saúde na comunidade escolar, a médio/longo prazo. Decorrente do objetivo geral, emergiram dois objetivos específicos: 1.º - Modificar positivamente as crenças dos alunos de 7º ano de escolaridade, relacionadas com o tabagismo; e 2.º - Aumentar os conhecimentos dos alunos de 7º ano de escolaridade, quanto aos malefícios do tabagismo na sexualidade humana. Norteados por estes, surgiram os objetivos operacionais (metas): 1.º - 75% dos alunos de 7º ano de escolaridade, modificaram positivamente as crenças relacionadas com o tabagismo; e 2.º - 75% dos alunos de 7º ano de escolaridade, aumentaram os conhecimentos quanto aos malefícios do tabagismo na sexualidade humana.

Em linha com Sousa (2018, 2020), quanto ao objetivo específico e operacional que se remete à mudança positiva das crenças dos alunos, foram consideradas mudanças positivas no caso de “aumento da discordância (...) ou concordância (...) com uma determinada crença, comparando a mudança positiva versus não mudança” (idem, 2018, p. 343).

## **2.5. SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS**

A quarta etapa do método de PS preconiza-se pela escolha lógica e organizada das técnicas a utilizar, fazendo uma estimativa dos recursos necessários à sua execução, visando a consecução dos objetivos delineados. Nesta etapa poderá ser necessário a revisão dos objetivos determinados anteriormente, aquando do confronto destes perante os recursos disponíveis (Tavares, 1990 e Imperatori & Giraldes, 1993). Nesta fase desejámos transmitir novos conhecimentos a adolescentes

em meio escolar, de forma a atingir os objetivos definidos anteriormente. Atendendo aos recursos existentes neste contexto, e de forma a alcançar o objetivo geral delineado, definimos como estratégias:

1.ª – Envolvimento da equipa multidisciplinar;

O envolvimento e participação da enfermeira da ESE, dos professores do PES e dos Diretores das Turmas selecionadas foram fulcrais para o sucesso da implementação deste projeto de intervenção comunitária e, conseqüentemente, para o alcance de resultados positivos com a operacionalização do projeto neste contexto em específico, tanto para os alunos (empowerment), quer para os profissionais (desenvolvimento atividades de promoção da saúde em meio escolar), em consecução dos objetivos do Referencial de Educação para a Saúde e do Programa Nacional de Saúde Escolar. Desta forma, fomos apoiadas pela Sra. Enfermeira IN, que se apresentou como integradora da mestranda na equipa multidisciplinar da UCC e da ESE, sendo também facilitadora da articulação entre a mestranda e a equipa do PES da escola em questão, através de reuniões formais e informais (tendo estas decorrido entre maio-junho de 2019 no primeiro estágio da mestranda, e outubro de 2022 aquando do seu estágio final), possibilitando a elaboração do diagnóstico de saúde (concluído no início de janeiro de 2023). A parceria que realizámos com a Professora Coordenadora do PES e restante equipa, revelou-se como um recurso crucial para a seleção da população alvo, e facilitador da articulação entre a mestranda e as Professoras Titulares de Turma. Com efeito, realizámos reuniões informais com as Professoras Titulares de Turma para apresentação do projeto e seus objetivos, sendo que foram essenciais para a aceitação dos alunos das suas turmas no projeto, e para o processo de colheita de dados, tendo sido também moderadoras durante as intervenções junto dos alunos.

2.ª – Sensibilização da comunidade escolar;

De forma a assinalar o Dia do Não Fumador (17 de novembro), com vista a sensibilizar a comunidade escolar quanto à temática do tabagismo, afixámos 2 cartazes diferentes em 3 áreas do recinto escolar com maior frequência da população escolar (por exemplo, a biblioteca). Um referia-se às características, propriedades e malefícios do consumo de tabaco relativamente à saúde individual e coletiva, mencionando o cigarro tradicional, assim como as formas de consumo de tabaco atualmente emergentes, em que na mensagem central se podia ler “Se achas que o tabaco é sinal de maturidade, aprenderás mais tarde que vendeste a tua liberdade.” (Apêndice VIII). O outro era alusivo ao empowerment individual, no que concerne ao controlo das decisões pessoais

acerca da sua saúde, face ao consumo de tabaco, cuja mensagem era “NÃO DEIXES A NICOTINA CONTROLAR-TE. MANTÉM O COMANDO.” (Apêndice IX).

### 3.<sup>a</sup> – Disponibilização de recursos informáticos interativos e estimulantes;

Posteriormente à análise dos dados emergentes da aplicação do questionário, e considerando o espaço temporal disponível, delineámos duas intervenções junto dos alunos, que decorreram nos dias 10 e 12 de janeiro, e 17 e 18 de janeiro, nas quais recorremos ao programa Microsoft Office PowerPoint® para a realização de 2 sessões de educação para a saúde (SES). De forma a estimular o interesse dos alunos na apresentação informática, introduzimos imagens/ilustrações animadas, assim como imagens do banco de imagens gratuito online Freepik® alusivas à temática em questão, potenciando a que os jovens se identificassem com os conteúdos. Segundo os autores de Freitas (2018) e Barros, Miranda & Costa (2019) o recurso à estratégia lúdica do jogo em contexto de sala de aula, possibilita que os alunos se relacionem e apropriem, positiva e eficazmente, dos conteúdos veiculados. Assim, no final de cada SES realizámos uma atividade lúdica e avaliativa dos conteúdos abordados, através da criação de um jogo interativo com recurso à aplicação *Kahoot!*®, sendo entregues troféus como recompensa ao vencedor: uma estatueta e uma medalha, com as inscrições “Winner” e “Number 1”, respetivamente. A escolha deste aplicativo remete-se ao facto de, segundo vários autores, o recurso a diferentes tecnologias no contexto pedagógico, incita a motivação e interesse dos alunos, particularmente esta aplicação, já que envolve dispositivos móveis, sendo que se tem revelado extremamente eficaz, útil e com muito boa receptividade por parte da comunidade estudantil (Santos et al, n.d.; Júnior, 2017; de Mingo-López & Vidal-Meliá, 2019; Donkin & Rasmussen, 2021).

### 4.<sup>a</sup> – Exploração da temática através da disponibilização de produtos comerciais e da utilização da atividade experimental e seus materiais;

Considerámos a teoria de desenvolvimento cognitivo do ser humano de Jean Piaget, abordada em capítulos anteriores, em que a adolescência integra o estadio operatório formal, no qual as crianças têm capacidade de compreender o que os rodeia com base no que perceciona, agrupando conhecimentos em categorias gerais, sendo já possível descentrar-se de si e entender o ponto de vista de outrem; coordenar o absoluto e o relativo, assim como a afirmação e a negação, compreendendo ainda que apesar de interligado, são conceitos distintos; e o iniciando-se nesta fase também a capacidade de pensar em conceitos abstratos, ainda que o execute de forma rudimentar. Entendemos, por isso, que para alcançar o sucesso na transmissão de informação, possibilitar a mudança de crenças/valores, e contribuir para a capacitação dos adolescentes visando

a prevenção do consumo de tabaco, seria crucial adaptar as atividades a realizar ao estadio de desenvolvimento cognitivo em que os alunos se encontravam. Desta forma, na primeira intervenção apresentámos os vários componentes que compõem um cigarro convencional, e que podem ser encontrados à venda nos espaços comerciais, de forma a tomarem conhecimento das substâncias químicas/tóxicas a que estão expostos os fumadores (plano de sessão – Apêndice X). Para a segunda intervenção, realizámos uma atividade experimental na residência da mestranda, que recriou a experiência científica “campânula fumadora”, que consistia na simulação do consumo de tabaco de um fumador de 1 maço de tabaco/dia durante um mês (600 cigarros), utilizando um sistema de aspiração, ligado por um tubo transparente a uma campânula transparente, onde foi efetuado um orifício com a largura do filtro de um cigarro convencional, sendo selada numa base de madeira, cujo conteúdo eram esferas de algodão branco (plano de sessão – Apêndice XI). Assim, expusemos aos alunos os materiais utilizados com os resquícios resultantes da aspiração e passagem do fumo da queima da totalidade dos cigarros, de forma que pudessem observar, factual e concretamente, o impacto do consumo de tabaco no corpo humano (Apêndice XII). Após a manipulação destes materiais por parte da mestranda, encorajámos a partilha de opiniões e debate entre os alunos, como modo de reflexão acerca do impacto que este vício tem nas suas diversas dimensões. Simultaneamente, ponderámos a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Eric Erikson, também abordada em capítulos anteriores, em que o período da puberdade e adolescência corresponde ao estágio da moratória psicossocial, cuja crise psicossocial é a própria identidade. Posto isto, percecionámos cada aluno como um adulto em formação, procurando o desempenho de vários papéis como construto da sua auto percepção, com potencial para se tornar num cidadão saudável e empoderado acerca das decisões que toma acerca da sua saúde e a dos que o rodeiam. Atendendo à importância que os pares e as vivências comuns representam nesta fase da vida dos alunos, o debate foi fomentado de forma contínua em todas as intervenções. Assumindo-nos como parceiros e veículo de informação fidedigna, desempenhando um papel moderador, considerámos que o confronto entre argumentos e a exposição de dúvidas em grupo, permitiria uma melhor aquisição e apropriação dos conteúdos, sob supervisão e esclarecimento imediato de modo a sanar dúvidas e evitar equívocos.

## **2.6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL**

A etapa que se segue, é a que compreende maior relação entre as anteriores e as que lhe sucedem, cuja sequência de procedimentos se pretende sistemática e retrospectiva, podendo resultar num processo moroso. A preparação operacional objetiva demonstrar a relação intrincada

das atividades, impedindo redundâncias e/ou repetições (em específico espaço temporal), permitindo simultaneamente um exame minucioso de potenciais impedimentos à operacionalização, assim como o cálculo dos recursos; pretende, portanto, auxiliar o cumprimento das ações delineadas. O modo como as ações serão efetuadas é explanado, em detalhe e em pormenor, nesta fase do planeamento, assim como os resultados que se espera obter, os recursos necessários (físicos, económicos, materiais e humanos) à operacionalização de cada uma das atividades, assim como o modo em como serão alcançados, prevendo-se a elaboração de um Cronograma de Atividades (Apêndice XIII) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta etapa integra a unidade de competência “1.4 — Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.” (Regulamento n.º 428/2018, p.19355). Segue-se o resumo das atividades desenvolvidas no âmbito desta etapa, sob o formato de quadros, agregando-se as atividades pelas estratégias selecionadas, considerando-se os critérios, quem, quando, onde, como e previsão dos recursos, sendo apresentado os indicadores para a avaliação, posteriormente.

**Quadro n.º 1: Estratégia n.º 1 - Envolvimento da equipa multidisciplinar**

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recurso
Apresentação do Projeto de Intervenção “Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar”.	1 Enf. Mestranda de ECSP; 1 Enf. EECSP; 2 Professoras da ESE da Escola Secundária da área da UCC.	Janeiro de 2023.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.	Método expositivo; dinâmica de grupo.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.
Distribuição dos consentimentos informados.	1 Enf. Mestranda de ECSP; 1 Enf. EECSP; 1 Professora Titular da Escola Secundária da área da UCC.	Janeiro de 2023.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.	Método expositivo.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC, consentimentos.
Recolha dos consentimentos informados.	1 Enf. Mestranda de ECSP; 1 Enf. EECSP; 1 Professora Titular da Escola Secundária da área da UCC.	Janeiro de 2023.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.	Método expositivo.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.
Aplicação do instrumento de colheita de dados – prévia à intervenção.	1 Enf. Mestranda de ECSP; 1 Enf. EECSP; 1 Professora Titular da Escola Secundária da área da UCC.	Janeiro de 2023.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.	Método expositivo.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC, questionários impressos.
Replicação do instrumento de colheita de dados – posterior à intervenção.	1 Enf. Mestranda de ECSP; 1 Enf. EECSP; 1 Professora Titular da Escola Secundária da área da UCC.	Janeiro de 2023.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.	Método expositivo.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.

**Quadro n.º 2:** Estratégia n.º 2 - Sensibilização da comunidade escolar

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recurso
Afixação do Cartaz “MANTÉM O COMANDO.”	1 Enf. Mestranda de ECSP; 1 Professoras da ESE da Escola Secundária da área da UCC.	Novembro de 2022.	Recinto escolar da Escola Secundária da área da UCC.	Exposição à comunidade.	Recinto escolar da Escola Secundária da área da UCC.
Afixação do Cartaz “Malefícios do consumo de tabaco”.	1 Enf. Mestranda de ECSP; 1 Professora Titular da Escola Secundária da área da UCC.	Novembro de 2022.	Recinto escolar da Escola Secundária da área da UCC.	Exposição à comunidade.	Recinto escolar da Escola Secundária da área da UCC.

**Quadro n.º 3:** Estratégia n.º 3 - Disponibilização de recursos informáticos interativos e estimulantes

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recurso
Jogo “Tabaco – Malefícios”	1 Enf. Mestranda de ECSP; 1 Enf. EECSP; 1 Professoras da ESE da Escola Secundária da área da UCC.	Janeiro de 2023.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.	Jogo lúdico, dinâmica de grupo.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC, computador, projetor, telemóvel, internet, troféu “Winner”.
Jogo “Finalíssima: A Medalha será de quem?”	1 Enf. Mestranda de ECSP; 1 Enf. EECSP; 1 Professora Titular da Escola Secundária da área da UCC.	Janeiro de 2023.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.	Jogo lúdico, dinâmica de grupo.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC, computador, projetor, telemóvel, internet, medalha “Number 1”.

**Quadro n.º 4:** Estratégia n.º 4 - Exploração da temática através da disponibilização de produtos comerciais e da utilização de atividade experimental e seus materiais

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recurso
SES “Tabaco e a tua saúde.”	1 Enf. Mestranda de ECSP; 1 Enf. EECSP; 1 Professoras da ESE da Escola Secundária da área da UCC.	Janeiro de 2023.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.	Método expositivo, método demonstrativo dinâmica de grupo.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC, computador, projetor, embalagens de produtos químicos.
Atividade experimental “Campânula Fumadora”	1 Enf. Mestranda de ECSP.	Janeiro de 2023.	Residência própria.	Método científico e experimental.	Campânula plástica transparente, berbequim, fita cola industrial, cola líquida, algodão, tubo plástico transparente, aspirador, tubos de cigarro, máquina de entubar tabaco, tabaco para enrolar, luvas látex não esterilizadas, pinças, telemóvel.
SES “Vendo e Aprendendo.”	1 Enf. Mestranda de ECSP; 1 Enf. EECSP; 1 Professora Titular da Escola Secundária da área da UCC.	Janeiro de 2023.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC.	Método expositivo, método demonstrativo dinâmica de grupo.	Sala de Aula de uma Escola Secundária da área da UCC, computador, projetor, materiais utilizados na atividade experimental (campânula plástica, tubo plástico, algodão), luvas látex não esterilizadas, cartolinas, campânula plástica transparente, algodão, tubo plástico transparente, algodão.

### 2.6.1. DETERMINAÇÃO DE CUSTOS

A determinação dos custos adjudicados às atividades desenvolvidas é uma componente relevante, contudo depende das etapas que a antecederam, dado ser resultado do somatório dos gastos nos recursos empregues (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, expomos no quadro abaixo os custos deste projeto de intervenção comunitária, reiterando-se o facto de não terem existido quaisquer custos adicionais para o ACES, ou para a escola selecionada, com a sua operacionalização. Foram utilizados de forma rentável todos os recursos que já se encontravam implicados em outros projetos da ESE desta UCC nesta escola, e todos os materiais de consumo ou de apoio foram suportados apenas pela mestranda.

**Quadro n.º 5: Custos do Projeto de Intervenção Comunitária**

Recursos	Descrição	Valor
Recursos humanos	Enfermeiro ECSP (339h) Professores (2h)	5754.69€
Tempo	Tempos letivos (8)	143.04€
Material de consumo	Toner de Impressora (2)	113.98€
	Resma papel A4 (1)	5.49€
	Cartazes	50€
	Troféu “Winner” (2)	8€
	Medalha “Number 1” (2)	6€
	Caixa de luvas de látex não esterilizadas (1)	7.99€
	Cartolina A3 (2)	1.78€
	Caixa tubos de cigarro (2)	5.50€
	Embalagem Tabaco para enrolar (5)	54.50€
	Anticongelante auto (1)	4.49€
	Óleo motor auto (1)	6.99€
	Alcatrão (1)	17.29€
	Acetona (1)	1.49€
	Verniz Spray (1)	16.41€
	Verniz unhas (1)	1.89€
	Esferovite (1)	0.40€
	Spray anti gorduras (1)	4.49€
Algodão (1)	1.09€	
Cola para Esferovite (1)	1.65€	
Spray anti moscas e mosquitos (1)	5.99€	
Material de apoio	Computador	600€
	Projektor	150€
	Impressora	280€
	Aspirador	299.90€
	Máquina de entubar tabaco	6.77€
	Pinças	18.98€
	Campânula (2)	12€
	Tube plástico transparente (2)	1.29€
<b>Custo Total</b>		<b>7531,48€</b>

## 2.7. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

Esta é a última fase do PS prevendo-se a análise retrospectiva do problema, comparando o contexto final com o contexto inicial, e a apreciação de sugestões de melhoria para ações futuras, após o término do projeto (Tavares, 1990). Tal deverá pressupor o exame rigoroso e detalhado das estratégias selecionadas, das ações executadas, da preparação para as intervenções e das intervenções per si, com vista a atingir os objetivos delineados, a resolver os problemas percecionados e a satisfazer as necessidades detetadas (Imperatori & Giraldes, 1993). A execução desta fase cumpre-se através do cálculo das operações que compõem os indicadores, sendo que estes ilustram a conexão entre uma dada situação e uma certa população em risco face a essa situação (Tavares, 1990). Assim, existem dois tipos de indicadores: os de resultado – ou impacto – que pretendem medir as alterações apuradas ou a conjuntura atual face a um problema, visando alcançar os objetivos traçados; enquanto os indicadores de atividade – ou execução – pretendem medir as ações executadas, tendo em vista alcançar as metas delineadas. Porém, é ainda relevante a monitorização da adesão e da qualidade das ações a serem executadas, razão pela qual se deve também construir este tipo de indicador (idem). Se a monitorização apurar que o projeto não obteve impacto positivo, perante o esperado, dever-se-á retomar novamente à primeira fase do PS.

A etapa que agora se apresenta converge para a unidade de competência “1.5 — Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355).

Elaborámos um formulário online, através da aplicação Google Forms, para possibilitar a avaliação por parte dos alunos, tendo sido disponibilizado através do grupo da turma pelo professor titular, à semelhança da normal atividade da ESE. Constavam três itens avaliativos nos formulários, sendo dois de resposta sim/não (“A informação foi transmitida de forma clara?”, e “Aprendi coisas novas com esta sessão de educação para a saúde?”), e o último através de escala tipo Likert com 5 níveis (Gostei muito/Gostei/Nem gostei nem desgostei/ Não gostei/ Não gostei nada), sendo que para este item, decidimos agrupar as respostas “Gostei muito” e “Gostei”, de modo a apurar a consecução da meta estabelecida: que pelo menos 85% dos alunos respondam de forma positiva a cada uma das perguntas. Os formulários de avaliação das sessões foram encaminhados pelas professoras para o correio eletrónico de cada aluno, no entanto, alguns dos alunos não os preencheram imediatamente após a realização das atividades como pretendíamos, particularmente na sessão n.º 2. Assim, os resultados obtidos poderão não corresponder na

plenitude, à real percepção dos alunos quanto à qualidade das atividades realizadas. De modo que, para qualificar e quantificar as ações realizadas, construímos indicadores de atividade, de qualidade e de adesão, aferindo o nível de concretização de cada meta (não atingido, atingido, superado), cujos resultados estão explanados nos quadros abaixo.

**Quadro n.º 6 – Indicadores de atividade - % de ações realizadas**

Ações	Fórmula	Meta	Resultado	Concretização
Elaboração do Cartaz “MANTÉM O COMANDO.”	$\frac{\text{n.º de ações realizadas}}{\text{n.º de ações planeadas}} \times 100$	100%	$(3/3) \times 100 =$ <b>100%</b>	Atingido
Elaboração do Cartaz “Malefícios do consumo de tabaco”.		100%	$(3/3) \times 100 =$ <b>100%</b>	Atingido
Jogo “Tabaco – Malefícios”		100%	$(2/2) \times 100 =$ <b>100%</b>	Atingido
Jogo “Finalíssima: A Medalha será de quem?”		100%	$(2/2) \times 100 =$ <b>100%</b>	Atingido
SES “Tabaco e a tua saúde.”		100%	$(2/2) \times 100 =$ <b>100%</b>	Atingido
Atividade Experimental “Campânula Fumadora”		100%	$(1/1) \times 100 =$ <b>100%</b>	Atingido
SES “Vendo e Aprendendo.”		100%	$(2/2) \times 100 =$ <b>100%</b>	Atingido

**Quadro n.º 7 – Indicadores de adesão**

Ações	Fórmula	Meta	Resultado	Concretização
Jogo “Tabaco – Malefícios”	$\frac{\text{n.º de alunos presentes}}{\text{n.º total de alunos}} \times 100$	85%	$(41/42) \times 100 =$ <b>97.6%</b>	Superado
Jogo “Finalíssima: A Medalha será de quem?”		85%	$(37/42) \times 100 =$ <b>88%</b>	Superado
SES “Tabaco e a tua saúde.”		85%	$(41/42) \times 100 =$ <b>97.6%</b>	Superado
SES “Vendo e Aprendendo.”		85%	$(37/42) \times 100 =$ <b>88%</b>	Superado

**Quadro n.º 8 – Indicadores de qualidade**

Atividade	Indicadores de qualidade	Meta	Resultado	Concretização
Sessão de Educação para a Saúde: “Tabaco e a tua saúde.”	% de alunos que consideram que a informação foi transmitida de forma clara. Fórmula: (n.º de respostas afirmativas/N.º total de alunos presentes na ação) x 100;	85%	(40/41)x100= <b>97.6%</b>	Superado
	% de alunos que considera ter aprendido conteúdos novos com a participação na ação Fórmula: (n.º de respostas afirmativas / N.º total de alunos presentes na ação) x 100;	85%	(40/41)x100= <b>97.6%</b>	Superado
	% de alunos que gostaram ou gostaram muito da intervenção Fórmula: (n.º de respostas “Gostei muito” e “Gostei”/ N.º total de alunos presentes na ação) x 100	85%	[(12+26)/41]x 100= <b>92.7%</b>	Superado
Sessão de Educação para a Saúde: “Vendo e Aprendendo.”	% de alunos que consideram que a informação foi transmitida de forma clara. Fórmula: (n.º de respostas afirmativas/N.º total de alunos presentes na ação) x 100;	85%	(32/33)x100= <b>97%</b>	Superado
	% de alunos que considera ter aprendido conteúdos novos com a participação na ação Fórmula: (n.º de respostas afirmativas / N.º total de alunos presentes na ação) x 100;	85%	(32/33)x100= <b>97%</b>	Superado
	% de alunos que gostaram ou gostaram muito da intervenção Fórmula: (n.º de respostas “Gostei muito” e “Gostei”/ N.º total de alunos presentes na ação) x 100	85%	[(14+15)/33]x 100= <b>87.9%</b>	Superado

Após análise dos resultados acima apresentados, nos três tipos de indicadores, consideramos que as metas afixadas foram alcançadas com sucesso, sendo que várias foram inclusivamente superadas. Apreciamos que realizámos todas as ações projetadas, cuja operacionalização foi percecionada como muito satisfatória (Apêndice XIV), e com forte adesão dos alunos, apesar de registarmos uma diminuição das presenças na segunda sessão. Porém, ressalvamos que relativamente a uma das turmas seleccionadas, a professora titular alertara para a alta frequência de ausências dos alunos na atividade escolar diária, no início do PIC.

Para executar a avaliação do PIC, selecionámos a tipologia de avaliação segundo a disponibilidade de dados, dado a seleção do instrumento de colheita de dados ter recaído num questionário, permitindo a utilização de dados quantificáveis (Tavares, 1990).

Deste modo, previamente à intervenção os alunos apresentavam conhecimentos desajustados» face ao impacto do consumo de tabaco na sexualidade, independentemente do género. Após a intervenção apurámos uma mudança de paradigma, dado que todos os alunos de género feminino e neutro apresentaram «conhecimentos ajustados». No subgrupo dos rapazes os conhecimentos não são uniformes, contudo a percentagem de alunos a apresentar conhecimentos adequados é mais elevada, comparativamente os achados antes da intervenção (tabela 1)

**Tabela 1** – Conhecimentos sobre as consequências do consumo de tabaco na sexualidade, nos períodos antes e pós-intervenção, por sexo.

		Antes da intervenção		Pós intervenção	
		Nº alunos	Alunos / %	Nº alunos	Alunos / %
Consumo de tabaco é prejudicial para a sexualidade	Total	39	17 / 43.58	37	36 / 97.29
	Masculino	15	8 / 53.33	14	13 / 92.85
	Feminino	21	8 / 38.10	21	21 / 100
	Neutro	3	1 / 33.33	2	2 / 100

Nota: % - percentagem de alunos que consideram o tabaco “prejudicial” ou “muito prejudicial” para a sexualidade (agregaram-se as categorias), pelo que a resposta a uma destas categorias foi considerada como «conhecimento ajustado».

Conforme afirmámos anteriormente, das 19 afirmações relacionadas com o consumo de tabaco, foram as 7 afirmações abrangidas como alvo nas duas SES: “Fumar só tem consequências negativas na saúde se se fumar durante muitos anos”, “O tabaco ajuda a acalmar”, “A maioria dos jovens fuma”, “A maioria dos adultos fuma”, “As raparigas são mais sensíveis ao fumo do tabaco”, “Fumar alivia a tristeza”, e “Os fumadores têm mais amigos”. De forma a facilitar a compreensão dos resultados, separámos os achados por discordância e concordância dos alunos, face às afirmações.

Deste modo, através da análise dos dados emergentes da reaplicação do questionário, verificámos que entre a situação antes da intervenção e a situação pós-intervenção, existiram alterações positivas quanto a estas crenças, sendo que a alteração positiva consistiu no incremento da discordância ou concordância, face a cada uma das crenças. Apurámos ainda, uma franca

diminuição de respostas da categoria “Não sei”, que nos foi possível confirmar após análise das frequências de respostas, e considerando a dimensão da amostra, interpretámos como aumento de conhecimentos dos alunos quanto à temática.

Avaliando a concordância como alteração positiva (tabela 2), verificámos que, de forma global para todos os géneros, o aumento da concordância foi expressivo quanto à afirmação “As raparigas são mais sensíveis ao fumo do tabaco”, tendo-se apurada maior alteração no género feminino (de 50% para 95.2%). Analisando os dados, verificámos também que a frequência de respostas aumentou, indicando a redução de respostas da categoria “Não sei”, traduzindo-se num aumento de conhecimentos dos alunos quanto a este tema.

**Tabela 2** – Crenças sobre o consumo de tabaco, antes e pós-intervenção, em que a discordância se constitui como alteração positiva, por sexo.

		Antes da intervenção		Pós-intervenção	
		Nº alunos	Alunos / %	Nº alunos	Alunos / %
As raparigas são mais sensíveis ao fumo do tabaco.	Total	16	9 / 56,3	36	33 / 91,7
	Masculino	7	4 / 57,1	13	11 / 84,6
	Feminino	8	4 / 50	21	20 / 95,2
	Neutro	1	1 / 100	2	2 / 100

Nota: % - percentagem de alunos que concorda da afirmação (categorias agregadas), em que a concordância é a alteração positiva.

Conforme apresentado na tabela 3, registámos o aumento da percentagem de alunos a discordar das afirmações “O tabaco ajuda a acalmar”, “A maioria dos adultos fuma”, “Os fumadores têm mais amigos”, “A maioria dos jovens fuma”, “Fumar só tem consequências negativas na saúde se se fumar durante muitos anos”, e “Fumar alivia a tristeza”, situando-se as respostas, na globalidade, acima dos 90% quando analisados os dados de forma holística, sendo que o aumento da discordância mais significativo, se registou face às afirmações “A maioria dos adultos fuma” (de 29,6% para 93,9%), e “A maioria dos jovens fuma” (de 19,2% para 94,3%).

Analisando por géneros, registámos significativo aumento da discordância no género neutro, face às afirmações “A maioria dos adultos fuma” (de 0% para 100%), e “A maioria dos jovens fuma” (de 0% para 100%); no género feminino, face às afirmações “O tabaco ajuda a acalmar” (de 31.8% para 95,2%), e “Fumar alivia a tristeza” (de 39.1 para 95%); e no género masculino, face às afirmações “Os fumadores têm mais amigos” (de 50% para 100%), e “Fumar alivia a tristeza” (de

40% para 92,3%). Ainda que aparentemente com menor expressão, mas considerando a frequência de respostas da categoria “Não sei” prévias à intervenção, a afirmação “Fumar só tem consequências negativas na saúde se se fumar durante muitos anos” destaca-se pela evolução positiva da discordância geral dos alunos (de 32,4% para 80%), mais significativa no gênero feminino (de 27,3% para 75%).

**Tabela 3** – Crenças sobre o consumo de tabaco, antes e pós-intervenção, em que a discordância se constitui como alteração positiva, por sexo.

		Antes da intervenção		Pós-intervenção	
		Nº alunos	Alunos / %	Nº alunos	Alunos / %
O tabaco ajuda a acalmar.	Total	34	14 / 41,2	36	34 / 94,4
	Masculino	10	6 / 60	13	12 / 92,3
	Feminino	22	7 / 31,8	21	20 / 95,2
	Neutro	2	1 / 50	2	2 / 100
A maioria dos adultos fuma.	Total	27	8 / 29,6	33	31 / 93,9
	Masculino	10	4 / 40	13	13 / 100
	Feminino	15	4 / 26,7	19	17 / 89,5
	Neutro	2	0 / 0	1	1 / 100
Os fumadores têm mais amigos.	Total	20	14 / 70	33	33 / 100
	Masculino	8	4 / 50	13	13 / 100
	Feminino	10	8 / 80	18	18 / 100
	Neutro	2	2 / 100	2	2 / 100
A maioria dos jovens fuma.	Total	26	5 / 19,2	35	33 / 94,3
	Masculino	10	1 / 10	14	13 / 92,9
	Feminino	14	4 / 28,6	19	18 / 94,7
	Neutro	2	0 / 0	2	2 / 100
Fumar só tem consequências negativas na saúde se se fumar durante muitos anos.	Total	37	12 / 32,4	35	28 / 80
	Masculino	12	5 / 41,7	13	11 / 84,6
	Feminino	22	6 / 27,3	20	15 / 75
	Neutro	3	1 / 33,33	2	2 / 100
Fumar alivia a tristeza.	Total	22	16 / 72,7	35	33 / 94,3
	Masculino	16	6 / 40	13	12 / 92,3
	Feminino	15	9 / 39,1	20	19 / 95
	Neutro	1	1 / 33,33	2	2 / 100

Nota: % - percentagem de alunos que discorda da afirmação (categorias agregadas), em que a discordância é a alteração positiva.

Após reflexão acerca dos dados explanados, é-nos possível afirmar que os objetivos delineados para este PIC foram alcançados. É nossa convicção que, cooperámos com a ESE, durante este Estágio Final, com vista a alcançar o objetivo geral delineado: contribuir para a capacitação dos alunos do 7º ano, de uma escola da região de Lisboa, no tocante ao início/cessação do consumo de tabaco, e conseqüentemente o incremento a médio, longo prazo dos ganhos em saúde na comunidade escolar. Particularmente no que respeita aos objetivos específicos, podemos afirmar que: modificámos positivamente as crenças dos alunos de 7º ano de escolaridade, relacionadas com o tabagismo, em cerca de 90%, assim como aumentámos os conhecimentos dos alunos de 7º ano de escolaridade, quanto aos malefícios do tabagismo na sexualidade humana, em cerca de 97%, atingindo deste modo as metas fixadas. Em conclusão, é nossa convicção que as ações executadas originaram uma melhoria dos conhecimentos referentes ao impacto do consumo de tabaco na sexualidade humana, assim como numa modificação positiva de crenças relacionadas com este comportamento aditivo.

No que respeita a atividades futuras, sugerimos a reaplicação do questionário após 6 meses e 12 meses decorridos após a última intervenção, ao mesmo conjunto de alunos selecionado inicialmente, de forma a apurar o nível de conhecimentos apresentados a médio e longo prazo. Tal validaria as intervenções realizadas, assim como permitiria a comparação deste PIC, com outros projetos do mesmo âmbito, a nível nacional e internacional. A análise dos dados recolhidos neste PIC, de forma a inferir estatisticamente o seu impacto, quer por exemplo através da comparação antes e pós intervenção, ou possíveis correlações entre os dados recolhidos, seriam exercícios igualmente interessantes.

### **3. REFLEXÃO CRÍTICA: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

No capítulo que agora se apresenta, ponderamos acerca do percurso realizado no decorrer do Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I, que foi concretizado entre 19 de maio e 24 de junho de 2019, e o Estágio Final, realizado entre 13 de outubro de 2022 e 27 de janeiro de 2023, no que concerne à aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, como também de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Concomitantemente, refletimos sobre o incremento de conhecimentos, assim como de competências que visam a obtenção do grau de mestre, recorrendo à investigação, à prática baseada na evidência científica, e aos referenciais éticos e deontológicos pelos quais se rege a profissão de enfermagem.

#### **3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744), sendo que se pressupõe que sejam atestadas as competências constantes no Regulamento de cada área de Especialidade em Enfermagem, assim como as competências comuns que se pretende ser análogas a estes profissionais, sendo estas decorrentes do aperfeiçoamento dos domínios das competências adquiridas enquadradas na prática de cuidados gerais.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista incluem as dimensões do aconselhamento, da de orientação, da liderança, da educação dos indivíduos e dos seus pares, implicando a responsabilidade de interpretar, difundir e efetuar trabalhos de investigação pertinentes e relevantes, que possibilitem o avanço e o incremento contínuo da prática de enfermagem. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista lavrado no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, designa quatro domínios de competências, que contêm as competências comuns a adquirir:

1. Responsabilidade profissional, ética e legal: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 4746);

2. Melhoria contínua da qualidade: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (p. 4747);
3. Gestão dos cuidados: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4748);
4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”, “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (p. 4749).

Deste modo, quanto ao primeiro domínio – responsabilidade profissional, ética e legal – consideramos que a mestranda exerceu a sua prática de acordo com o Código Deontológico, atendendo aos aspetos éticos que lhe estão inerentes, suportando-lhe os processos de tomada de decisão, visando tanto as melhores práticas como as preferências dos indivíduos, famílias e grupos da comunidade, no contexto dos dois estágios. Entendemos ter acautelado o respeito pelos direitos humanos: o respeito pelo direito à privacidade no atendimento individual aos alunos no âmbito do atendimento jovem em contexto escolar, assim como no domicílio dos clientes aquando das visitas que a mestranda realizou com a equipa de ECCL; pela dignidade humana (em conformidade com os princípios da igualdade e da liberdade); pelo respeito pelo princípio da autonomia, assentando a liberdade pelas suas decisões, crenças e valores, considerando os princípios da beneficência, não maleficência e do bem comum; pelo respeito do direito ao consentimento informado face aos cuidados a prestar; e ao abrigo do sigilo profissional. No projeto a que este Relatório se refere, foram respeitados e acautelados os aspetos éticos, em conformidade quer com a Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, cumprindo as orientações aquando da sua aprovação, quer com a declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Julgamos ter garantido a confidencialidade e o anonimato, em consonância com as normas e os procedimentos éticos de investigação, e, por conseguinte, foram incluídas as autorizações obtidas no desenrolar deste projeto. Ainda assim, acautelámos o respeito tanto pelas instituições envolvidas como por todos os participantes, inviabilizando a sua identificação.

Quanto ao segundo domínio – melhoria contínua da qualidade – entendemos ter adotado uma postura proativa e dinamizadora no desempenho do papel de liderança face a um projeto de

qualidade em saúde, da UCC aqui considerada, através da operacionalização deste PIC. Salientamos que por um lado, a mestranda para a elaboração do diagnóstico da situação, conjugou a pesquisa realizada aquando da realização do Estágio I (ocorrido 3 anos antes) com os dados mais recentes acerca desta temática, o que permitiu a atualização acerca dos achados epidemiológicos e desenvolvimentos científicos, partilhando-os com a equipa. Por outro lado, no Estágio Final a mestranda dirigiu a execução da maioria das atividades (sob supervisão), com especial enfoque na elaboração dos cartazes de sensibilização da comunidade escolar acerca do tabagismo, e da atividade experimental que permitiu a observação dos materiais resultantes da queima do tabaco, de modo presencial pelos alunos. Colaborámos com os enfermeiros da ESE, de uma UCC da RLVT, na pesquisa das melhores práticas, com base nas mais recentes evidências científicas, potenciando a capacitação da comunidade de uma escola da área desta UF, objetivando a obtenção de ganhos em saúde dos alunos e restante comunidade escolar. Em ambos os estágios, preocupámo-nos em salvaguardar a segurança e proteção dos alunos, da comunidade escolar, e dos profissionais envolvidos, sob uma perspetiva holística. Em consonância, ajuizamos que todas as ações realizadas favoreceram o ambiente seguro, quanto à gestão do risco, particularmente quanto ao respeito pelo do outro, no fomento à adesão à saúde e na prevenção de incidentes associados à prática clínica.

No que concerne ao terceiro domínio – gestão dos cuidados – reconhecemos que ao longo dos dois estágios, a mestranda testemunhou o desempenho assim como acompanhou e colaborou nas atividades diárias da Sra. Enfermeira IN, Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, enquanto membro da ESE, em ações realizadas em parceria com a Câmara Municipal do Concelho, nomeadamente com o Centro Nacional de Cibersegurança e SICAD, na implementação do projeto *Eu e os Outros*, no que concerne aos comportamentos aditivos e nas dependências sem substância, associados ao uso problemático da internet; e com a Liga Portuguesa Contra a SIDA. Visto ser concomitantemente responsável da UCC, assume ainda responsabilidade pela melhoria das respostas da equipa de enfermagem da UF, assim como pela articulação com a restante equipa multidisciplinar, tendo possibilitado à mestranda compreender o papel do Enfermeiro Especialista desta área de especialidade, nomeadamente reuniões referentes à operacionalização do Estatuto do Cuidador Informal envolvendo-se com as Técnicas Superiores de Serviço Social; e à partilha de resultados e ganhos em saúde em reuniões da USP local. À mestranda foi possibilitado também, a presença em ações em meio escolar em idades precoces, no âmbito da saúde sexual no 1º ciclo, e dos Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida no Pré-Escolar; assim como o testemunho da articulação que é realizada entre a equipa de enfermagem (Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica) da UCC, e os restantes membros que integram as

reuniões alocadas ao Sistema Nacional Intervenção Precoce na Infância, compreendendo as situações que devem ser referenciadas a outros profissionais de saúde, possibilitando o reconhecimento e destriça dos papéis dos membros da equipa multidisciplinar e sua interdependência e função. Adicionalmente, ao longo da execução deste PIC em contexto escolar, entendemos que a mestrandia (supervisionada), o liderou de forma responsável no seio da equipa, identificando os papéis e funções de todos os profissionais, tendo em vista a implementação de um projeto que adequasse os recursos existentes às necessidades identificadas, promovendo um ambiente positivo e benéfico à prática, tendo adaptado o seu estilo de liderança ao estadio de maturidade dos alunos, especialmente aquando das intervenções junto destes. Através da seleção do jogo interativo *Kahoot!*<sup>®</sup>, admitimos que utilizou estratégias que têm o potencial de introduzir inovações tecnológicas na prática especializada.

Relativamente ao quarto e último domínio – desenvolvimento das aprendizagens profissionais – confirmamos o desenvolvimento do autoconhecimento da pessoa e do enfermeiro apresentados pela mestrandia, destacando, contudo, a preciosa mentoria das orientadoras clínica e pedagógica, na gestão das suas emoções e idiosincrasias, otimizando a coerência entre a perceção de si mesma e perceção dos outros sobre si, sendo que cremos que desta forma, foi potenciada a produzir respostas adequadas e úteis, ainda que sob elevada pressão, principalmente face ao espaço temporal disponível para a execução deste PIC. Verificamos ainda melhorias ao nível da resolução de conflitos, mantendo uma comunicação e postura de assertividade. Atestamos que a mestrandia assumiu uma postura de contínua procura por oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento, assim como por evidências científicas mais recentes (produzidas de forma algo descontínua face ao período pandémico anterior), permitindo o incremento dos conhecimentos referentes à prestação de cuidados na comunidade. Por fim, constatamos que através da realização deste PIC foi possível a mestrandia atuar, simultaneamente quer como formadora quer como investigadora, tendo favorecido a sua especialização. Afiança-se que é nosso intento a publicação em revista científica na área das ciências de enfermagem, do artigo científico redigido aquando do término do Estágio Final, visando o aumento de evidências científicas referentes a intervenções de enfermagem, em contexto escolar, no âmbito da prevenção de consumo de tabaco por adolescentes.

### **3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

O Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros explana o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, e agrega o seguinte conjunto de competências clínicas especializadas:

1. “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (p. 19355);
2. “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (p. 19356);
3. “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (p. 19356);
4. “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (p. 19357).

Relativamente à primeira competência específica, às unidades de competência e aos critérios de avaliação enunciados no regulamento acima citado, entendemos que a mestranda, quer no Estágio I quer no Estágio Final, considerando o método de PS: integrou o conhecimento referente aos principais determinantes da saúde na elaboração do diagnóstico em saúde da comunidade em questão, assim como as necessidades em saúde através da relação de causalidade entre os problemas de saúde, recorrendo aos indicadores epidemiológicos mais pertinentes para a sua determinação, face à problemática estudada. Após aprovação do CES da ARSLVT, efetuámos a colheita de dados aos alunos das turmas selecionadas, visando a elaboração do diagnóstico de situação, tendo sido determinadas as prioridades e fixados os objetivos, cruciais para a formulação e avaliação de um PIC, visando a colmatar o problema inicialmente identificado.

No que se refere à segunda competência específica, que consiste no empowerment de grupos e comunidades objetivando o alcance de projetos em saúde de forma coletiva, consideramos que esta conflui para o objetivo geral que definimos para este PIC, e assim sendo, cremos que contribuímos para a capacitação dos alunos do 7º ano, de uma escola da região de Lisboa, no tocante ao início/cessação do consumo de tabaco. Não obstante, também a comunidade escolar foi alvo de processo de sensibilização por meio dos cartazes que elaborámos alusivos ao Dia do Não Fumador, assim como foi alvo de processo de empowerment indireto, visto existir um projeto, que se insere na estratégia de Educação pelos Pares, que consiste na nomeação de elementos da

comunidade escolar, para a difusão de informações relacionadas com a saúde realizada entre pares. Desta forma, as ações que integraram as duas turmas, terão em potencial, repercussões a nível da comunidade escolar de forma geral, através da difusão interpares. A aquisição desta competência específica também foi possibilitada pela oportunidade dada para acompanhar a Enfermeira IN (codificação), nas visitas ao Centro de Apoio à Aprendizagem existente na escola, sendo que este é dirigido a uma comunidade vulnerável, constituída por jovens que necessitam de suporte ao seu desenvolvimento, autonomia e autossuficiência, possibilitando o seu desenvolvimento para a sua participação ativa na comunidade, como concidadãos com participação ativa na sua comunidade, projeto este que se denotou merecedor de muito orgulho, empenho e dedicação da sua equipa constituinte. Esta experiência foi muito relevante, dado ter permitido a identificação e reflexão crítica acerca das necessidades específicas desta comunidade e a sua dificuldade de inserção na comunidade, relacionadas com as suas características intrínsecas. A mestranda colaborou em conjunto com a Sra. Enfermeira SP (codificado), a Sra. Enfermeira IN (codificado) e elementos de ESE das UF da área do ACES em que a UCC se insere, na montagem de uma exposição relacionada com a temática da Alimentação Saudável, promovida pela Câmara Municipal do concelho da UCC e da Câmara Municipal de um outro seu fronteiroço.

No que concerne à terceira competência específica, e considerando o PNS em vigor, podemos considerar que a ação da ESE converge para a consecução dos objetivos deste plano, confluindo também para o 3º ODS que se prende com o melhor nível de saúde para todos, uma vez que se pretende a criação de indivíduos, grupos e comunidades mais resilientes e empoderados face à sua vida, logo à sua saúde, intervindo no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença. Consideramos ter colaborado para os ganhos em saúde relativamente à prevenção de um comportamento aditivo, contribuindo não somente para a consecução das metas delineadas no PNPCT, como também dando resposta às morbilidades mais prevalentes identificadas no PLS do concelho em que se insere a UF onde decorreram ambos os estágios. A mestranda teve ainda oportunidade de participar nas visitas domiciliárias levada a cabo pela ECCI, colaborando nos cuidados prestados pela Enfermeira OS (codificado), Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, permitindo a compreensão da atuação do Enfermeiro Especialista desta área de especialidade, no âmbito dos cuidados realizados a pessoas dependentes e seus cuidadores informais, realçando as particularidades e fatores a ter em consideração durante estas visitas, de forma a contribuir para o aumento de anos de vida saudável, concretizando assim a missão da ECCI e, por conseguinte, respondendo aos objetivos definidos no PNS.

Por último, em referência à quarta competência, crê-se que foi realizada a vigilância e monitorização de fenómenos de saúde-doença da população da área abrangente da UCC em questão através dos dados existentes nas plataformas informáticas disponíveis online, durante ambos os estágios. No que se refere à população abrangida por este PIC, consideramos que colaborámos para a monitorização dos consumos de tabaco nesta população, dado que através da aplicação inicial dos questionários, permitimos contribuir para o conhecimento acerca da prevalência deste comportamento aditivo, assim como para a realização de uma projeção prognóstica, quando confrontados e relacionados com os dados epidemiológicos nacionais, europeus e mundiais.

### **3.3. COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE**

O grau de mestre é concedido numa especialidade, sendo possível que estas se encontrem subdivididas em áreas de especialização, como é o caso das áreas de especialidade em enfermagem. É atribuído o grau de mestre, segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, ao estudante que tenha obtido aprovação na totalidade das UC que compõem o plano de estudos do curso de mestrado que frequentou, assim como a aprovação após o ato público de defesa do relatório do estágio realizado, e que tenha obtido os créditos delineados. É determinado também que a produção de trabalhos similares a este Relatório, deverá ser realizada sob orientação de doutores ou especialistas com experiência e competência profissional.

Assim, segundo o decreto supracitado, o grau de mestre é atribuído aos mestrados que:

1. Possuam conhecimentos e capacidades de compreensão, que sustentados nas aprendizagens adquiridas no 1º ciclo, sejam capazes de os aprofundar e desenvolver, de modo a permitir e a constituir-se “a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (p. 4162);
2. Sejam capazes de “aplicar os seus conhecimentos, e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (p. 4162);
3. Revelem a capacidade de agregar conhecimentos, reagir a “questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (p. 4162);

4. Apresentem ter a capacidade “de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (p. 4162);
5. Demonstrem as competências necessárias para “uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (p. 4162).

Posto isto, consideramos que a formulação do PIC, desde o diagnóstico da situação de saúde à sua avaliação, cumprindo as etapas de trabalho científico inerente ao método de PS, e a investigação realizada em busca das melhores evidências que sustentassem a sua prática, validou que a mestrandia possui conhecimentos e capacidades essenciais à compreensão de problemas, numa visão ampla e multidisciplinar, ainda que integrada na sua área de especialidade, a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. É nossa pretensão realizar a submissão de proposta de publicação de artigo científico original, numa revista da área da enfermagem, de modo a comunicar os resultados deste PIC, sustentar e impulsionar o desenvolvimento de novos projetos, resultando em ganhos para a profissão de enfermagem. No decorrer de ambos os estágios, ainda que separados por um espaço temporal provocado maioritariamente pelo período pandémico, foi possível o aumento de conhecimentos e o desenvolvimento do pensamento crítico relacionado com os comportamentos aditivos envolvendo produtos com tabaco, ponderando os determinantes da saúde, o papel do Enfermeiro Especialista desta área de especialidade, no empowerment dos adolescentes e da comunidade escolar. Acreditamos que neste Relatório ficaram explícitas a todos os leitores, as reflexões, análises e aprendizagens que a mestrandia efetuou, com vista a criar soluções para problemas e respostas dirigidas às necessidades em saúde das populações, nomeadamente as de maior vulnerabilidade, mobilizando os seus conhecimentos e sustentando a sua prática na evidência mais atual. Por último, considera-se que a mestrandia demonstrou, ao longo destes 6 anos que decorreram entre o início da frequência do curso de mestrado até ao seu término, ter competências essenciais que permitem que impulsiona a sua aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada.

## CONCLUSÃO

O consumo de tabaco na adolescência, devido às características nefastas da nicotina, tem repercussões no desenvolvimento dos jovens e provoca danos a médio e longo prazo, dado que o tabagismo tende a permanecer ao longo da vida, resultante do vício instalado. É a substância mais consumida em Portugal, depois do álcool, em alunos entre os 13 e 18 anos de idade, sendo dada particular atenção e dedicados esforços para colmatar o aumento deste comportamento aditivo pelos profissionais que exercem em meio escolar, estando o enfermeiro em posição privilegiada para colaborar enquanto membro da equipa de saúde escolar, constituindo-se como um parceiro essencial para o sucesso no âmbito de ações preventivas.

As intervenções comunitárias em meio escolar no âmbito da prevenção do tabagismo em adolescentes, são reconhecidas como de elevada relevância, uma vez que favorecem a tomada de decisão dirigida a estilos de vida saudável. Os cuidados de enfermagem têm assim o seu foco no empowerment desta comunidade, sendo um processo e um resultado cujo ónus é colocado na responsabilidade individual para que se mantenha saudável, através de tomadas de decisão que devolvem sensações de poder sobre a sua própria vida, influenciando também os seus pares (Teoria do Empowerment). Considerando o cerne desta teoria, é indispensável conjugar a responsabilidade individual, as singularidades de cada indivíduo e o contexto em que se inserem, para que o enfermeiro desempenhando um papel de parceiro e de veículo para o empowerment, se constitua como um elemento essencial para que cada adolescente possa desenvolver sentimentos de poder sobre a sua vida e a sua saúde. É imperioso que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, considere as características singulares do período da adolescência e realize um diagnóstico especializado de enfermagem, que revele tanto as crenças e normas sociais dos jovens face ao consumo de tabaco, assim como os conhecimentos relativos ao seu impacto na saúde, possibilitando planejar, implementar, intervir e avaliar os resultados de programas e projetos comunitários, com vista à prevenção deste vício. O Enfermeiro Especialista deverá considerar qual o tipo de intervenção a executar, uma vez que como podemos apurar, na pesquisa em bases de dados de artigos científicos, os resultados das intervenções em meio escolar tendem a não ser mimetizáveis, estando o sucesso intrinsecamente ligado às características biopsicossocioculturais dos meios escolares.

Identificamos de igual forma, a pertinência de realizar um projeto de intervenção comunitária no âmbito desta temática, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de

consumo de substâncias, em concordância com o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s, assim como o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências elaborado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências cujas estratégias de ação atribuem particular relevância às abordagens na adolescência em meio escolar, dirigidas à alteração de crenças, cujo resultado seja em potencial o início tardio dos consumos.

No que se refere ao projeto de intervenção comunitária concebido, podemos de igual modo atestar que alcançámos o objetivo geral, os objetivos específicos e as metas que delineámos. A concretização do projeto Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar possibilitou-nos contribuir para a capacitação dos alunos do 7º ano, daquela escola da região de Lisboa, no que se refere ao início/cessação do consumo de tabaco, e por tal, potenciar ganhos futuros obtidos, quanto à dos adolescentes e restante comunidade escolar. Discriminadamente, no que se refere aos objetivos específicos, podemos afirmar que: modificámos positivamente as crenças dos alunos de 7º ano de escolaridade, relacionadas com o tabagismo (em mais de 75%); e aumentámos os conhecimentos dos alunos de 7º ano de escolaridade, quanto aos malefícios do tabagismo na sexualidade humana (em mais de 75%). Propomos, como monitorização futura, a aplicação do instrumento de colheita de dados ao mesmo grupo de alunos, no período de 6 meses em articulação com intervenções, ambicionando constatar a constância das mudanças positivas apuradas, após a operacionalização deste projeto.

Desta forma, atendendo ao objetivo geral definido para este Relatório, compreendemos que foi registada a aquisição e desenvolvimento de aprendizagens (aptidões, conhecimentos e competências) enquanto mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Em sequência, observando os objetivos específicos delineados, entendemos que foi também possível demonstrar capacidade reflexiva acerca das práticas, evidenciar capacidade de suportar as práticas com base em evidências científicas robustas, apresentar capacidade para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, cumprindo as etapas do planeamento em saúde, analisar, de forma crítica, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública, e evidenciar capacidade de liderança.

Quanto às dificuldades e limitações referentes à concretização deste projeto, resumiram-se à espera pela autorização para o término do diagnóstico de situação de saúde, após a submissão do protocolo de investigação à Comissão de Ética em Saúde da ARSLVT, pese embora o período curto da duração do Estágio Final per si, tivesse colocado bastante pressão para a obtenção de um

parecer positivo de forma célere. As greves de enfermagem também foram um fator que estorvou a obediência do cronograma inicialmente definido.

Resultante da realização destes estágios de natureza profissional, e redação deste Relatório, em seguimento à conclusão com sucesso de todas as unidades curriculares que constituem este curso de mestrado, a mestranda considera ter obtido conhecimentos teóricos e práticos fundamentais na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, para exercer a sua prática profissional com qualidade e de modo digno.

Sugerimos como forma de continuidade do projeto com esta amostra, e com o propósito de alcançar novos progressos: a) intervir de forma dirigida aos alunos do sexo feminino, visando a prevenção de consumo de tabaco aos 18 anos; b) intervir junto das famílias para sensibilização quanto à exposição ao fumo da queima do tabaco; c) auscultar a duração a longo prazo deste projeto após 12 meses da sua implementação; e d) auscultar o consumo e os conhecimentos acerca das novas tipologias de consumo de tabaco entre os jovens do 7º ano de escolaridade. Com o intuito de contribuir para o empowerment de jovens em meio escolar, sugerimos ainda que sejam mantidas intervenções similares dirigidas a grupos de jovens desta faixa etária, alargadas à restante comunidade escolar, recorrendo à utilização dos materiais facilitados à UCC, potenciando o incremento dos ganhos em saúde nesta comunidade, a médio/longo prazo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2015). *Perfil de Saúde: e Seus Determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo*. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. <https://www.am-lisboa.pt/documentos/1518981276X2qFB7xj2Vv65KE2.pdf>;
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2017). *Perfil Regional de Saúde Região Lisboa e Vale do Tejo 2017*. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. [https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/6136/PeRS\\_LVT\\_2017\\_v2.xlsx](https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/6136/PeRS_LVT_2017_v2.xlsx);
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2018). *Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2018-2020*. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. [https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/6792/PRSLVT\\_-\\_Plano\\_Regional\\_Sa\\_de\\_LVT.pdf](https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/6792/PRSLVT_-_Plano_Regional_Sa_de_LVT.pdf);
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (2016). Plano Local de Saúde do Concelho 2013-2016 Extensão a 2020. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Disponível na página da Câmara Municipal Concelhia;
- Agrupamento de Centros de Saúde. (2017). Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade Triénio 2017-2019. (Manuscrito não publicado). Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;
- Al Agili, D. & Salihu, H. (2020). Effectiveness of a School-Based Tobacco Prevention Program for Middle School Students in Saudi Arabia: A Quasi-Experimental Controlled Trial. *Tobacco Use Insights*. 13, 1-9. <http://doi:10.1177/1179173X20953403>;
- Berry, K. M., Fetterman, J. L., Benjamin, E. J., Bhatnagar, A., Barrington-Trimis, J. L., Leventhal, A. M., Stokes, A. (2019). Association of Electronic Cigarette Use With Subsequent Initiation of Tobacco Cigarettes in US Youths. *JAMA Network Open*, 2(2):e187794. <http://doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.7794>;
- Brinker J., Owczarek D., Seeger W., Groneberg A., Brieske M., Jansen P., Klode, J., Stoffels, I., Schadendorf, D., Izar, B., Fries, F. & Hofmann, F. (2017). A Medical Student-Delivered Smoking Prevention Program, Education Against Tobacco, for Secondary Schools in

- Germany: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 19(6), 1-11. <https://www.jmir.org/2017/6/e199/>;
- Câmara Municipal do Concelho. (2022). Rede Escolar 2022-2023. Site da Câmara Municipal do Concelho;
- Carapinha, L., Calado, V., e Neto, H. (2021). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional – 2021: Consumos de Substâncias Psicoativas*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. [https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/236/DDN\\_2021\\_CAD\\_SubstanciasPsicoativas\\_%20final.pdf](https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/236/DDN_2021_CAD_SubstanciasPsicoativas_%20final.pdf);
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C., Abrantes, E., Mota, E., Nunes, E., Amann, G., Lopes, I., Bettencourt, J., Ribeiro, J., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, Frango, P., Leal, P., Graça, P., Melo, R. & Lima, R. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Ministério da Educação – Direção-Geral da Saúde. [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial\\_educacao\\_saude\\_vf\\_ju\\_nho2017.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_ju_nho2017.pdf);
- Cavalcante, M., Alves, M. & Barroso, M. (2008). Adolescência, álcool e drogas: Promoção da Saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 12(3), 555-59. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24.pdf>;
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo. (2022). *A Região - Apresentação da RLVT*. Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo. <https://www.ccdr-lvt.pt/regiao/apresentacao-da-rlvt/>;
- de Freitas, S. (2018). Are Games Effective Learning Tools? A Review of Educational Games. *Journal of Educational Technology & Society* 21(2), 74–84. <https://www.jstor.org/stable/26388380>;
- de Mingo-López, D. & Vidal-Meliá, L. (2019) Actividades Kahoot! en el aula y satisfacción del alumnado. *3C TIC: Cuadernos de desarrollo aplicados a las TIC* 8(1), 96–115. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6901826>;
- Debenham J., Grummitt L., Newton C., Teesson M., Slade T., Conrod P., & Kelly, E. (2021) Personality-targeted prevention for adolescent tobacco use: Three-year outcomes for a randomised trial in Australia. *Preventive Medicine* 153(106794), 1-6.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743521003637?via%3Dihub>;

Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de abril. *Diário da República n.º 77/2003*, Série I-A. Ministério da Saúde. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/60-2003-232365>;

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República n.º 157/2018*, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>;

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República n.º 38/2008*, 1ª série. Ministério da Saúde. <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>;

Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>;

Direção Geral da Saúde. (2015a). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacloud.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde (2021). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2020*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1219790-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARySztzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAA>;

Direção Geral da Saúde. (2021a). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável de todos para todos*. Direção Geral da Saúde. [https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf);

Direção Geral das Autarquias Locais. (2022). *Área Metropolitana de Lisboa*. Conselho Metropolitano da Área Metropolitana de Lisboa. <https://www.aml.pt/index.php>;

Donkin, R. & Rasmussen, R. (2021). Student Perception and the Effectiveness of Kahoot!: A Scoping Review in Histology, Anatomy, and Medical Education. *Anatomical Sciences Education*. <https://doi.org/10.1002/ase.2094>;

- e Barros, M., Miranda, J. & Costa, R. (2019) Uso de jogos didáticos no processo ensino-aprendizagem. *Revista Educação Pública* 19(23), 1–5. <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/19/23/uso-de-jogos-didaticos-no-processo-ensino-aprendizagem>;
- European Commission (2021). *Special Eurobarometer 458 “Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes” Report*. European Union. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>;
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population. EMCCDA project*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook\\_for\\_surveys\\_on\\_drug\\_use\\_among\\_the\\_general\\_population\\_-\\_2002\\_106510.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/244/Handbook_for_surveys_on_drug_use_among_the_general_population_-_2002_106510.pdf);
- Fonseca, P. (2017). Adolescência. In Oliveira, G. & Saraiva, J., *Lições de Pediatria, I* (246-258). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/43115/1/Adolescencia.pdf>;
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021). *Censos 2021: conheça o seu município – Quadro-resumo: Área Metropolitana de Lisboa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. [https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/area+metropolitana+de+lisboa+\(n+uts+ii\)-255888](https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/area+metropolitana+de+lisboa+(n+uts+ii)-255888);
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021a). *Censos 2021: conheça o seu município – Quadro-resumo: Concelho*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/municipios>;
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2021b). *Taxa de analfabetismo segundo os Censos: total e por sexo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+de+analfabetismo+segundo+os+censos+total+e+por+sexo-721>;
- Gaspar, T., Guedes, F. & Equipa Aventura Social. (2022). *Relatório do estudo HBSC 2022: A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES EM CONTEXTO DE PANDEMIA – Dados nacionais do estudo HBSC 2022* (1ª Ed.). Equipa Aventura Social. [https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC\\_Relato%CC%81rioNacional\\_2022.pdf](https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC_Relato%CC%81rioNacional_2022.pdf);

- Gibson, C. (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*,16(3), 354-361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>;
- Golechha, M. (2016). Health Promotion Methods for Smoking Prevention and Cessation: A Comprehensive Review of Effectiveness and the Way Forward. *International Journal of Preventive Medicine* 7(7), 1-6. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.173797>;
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª ed). Escola Nacional de Saúde Pública;
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2022). GBD Compare | Viz Hub. University of Washington. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>;
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Taxa de abandono escolar (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0007139&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007139&contexto=bd&selTab=tab2);
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *NUTS 2013 - AS NOVAS UNIDADES TERRITORIAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=230205992&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=230205992&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt);
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *População residente com 15 e mais anos de idade que deixou de fumar (N.º) por Sexo e Principal tipo de ajuda para deixar de fumar; Quinquenal*. Instituto Nacional de Estatística. Última atualização a 27 de abril de 2021. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008827&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008827&contexto=bd&selTab=tab2);
- Instituto Nacional de Estatística. (2019a). *População residente com 15 e mais anos de idade (N.º) por Sexo e Utilização de cigarro eletrónico (Sim/Não); Quinquenal*. Instituto Nacional de Estatística. Última atualização a 12 de março de 2021. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0010608&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010608&contexto=bd&selTab=tab2);
- Instituto Nacional de Estatística. (2019b). *População residente com 15 e mais anos de idade (N.º) por Sexo e Frequência de utilização de cigarro eletrónico; Quinquenal*. Instituto Nacional de Estatística. Última atualização a 12 de março de 2021.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0010609&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010609&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2019c). *Proporção da população residente com 15 e mais anos que fuma diariamente (%) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Tipologia de áreas urbanas; Quinquenal*. Última atualização a 30 de setembro de 2020. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0010213&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010213&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2019d). *População residente com 15 e mais anos de idade que fuma cigarros diariamente (N.º) por Sexo, Nível de escolaridade e Consumo médio de cigarros por dia; Quinquenal*. Instituto Nacional de Estatística. Última atualização a 14 de agosto de 2020. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0009000&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009000&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2019e). *População residente com 15 e mais anos de idade que fuma cigarros diariamente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Consumo médio de cigarros por dia; Quinquenal*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008822&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008822&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Inquérito Nacional de Saúde: Há menos fumadores, mas aumentou o consumo arriscado de bebidas alcoólicas - 2019*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2);

Instituto Nacional de Estatística. (2020a). *Ganho médio mensal (€) por Localização geográfica (NUTS - 2013); Anual*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0009047&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009047&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2020b). *Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Causa de morte (Lista sucinta europeia); Anual*. Instituto Nacional de Estatística.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008206&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008206&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2020c). *Taxa quinquenal de mortalidade infantil (‰) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008711&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008711&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Densidade populacional (N.º/ km<sup>2</sup>) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008337&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008337&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021a). *Casamentos celebrados (Entre pessoas de sexo oposto - N.º) por Local de registo (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário do cônjuge e Parentesco ou afinidade entre cônjuges; Anual*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008123&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008123&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021b). *Casamentos dissolvidos por divórcio (N.º) por Local de última residência da família (NUTS - 2013) e Modalidade do casamento; Anual*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008365&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008365&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021c). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho (Anos) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008219&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008219&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021d). *Taxa de fecundidade geral (‰) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008276&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008276&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021e). *População estrangeira com estatuto legal de residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013) e Nacionalidade; Anual*. Instituto Nacional de

Estatística.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0010247&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010247&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021f). *Casamentos dissolvidos por morte (Entre pessoas de sexo oposto - N.º) por Local de residência do cônjuge falecido (NUTS - 2013), Duração, Grupo etário do cônjuge sobrevivente e Grupo etário do cônjuge falecido masculino; Anual*. Instituto Nacional de Estatística.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008160&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008160&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021g). *População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo, Grupo etário e Nacionalidade; Decenal*. Instituto Nacional de Estatística.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0011627&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0011627&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021h). *Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); Anual*. Instituto Nacional de Estatística.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021i). *Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013) e Sexo; Anual*. Instituto Nacional de Estatística.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008234&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008234&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021j). *Beneficiárias/os do rendimento social de inserção, da segurança social (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013) e Grupo etário; Anual*.

Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0010297&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010297&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2021k). *Taxa de transição/ conclusão no ensino básico (%) por Localização geográfica (NUTS - 2013) e Nível de ensino; Anual*. Instituto Nacional de Estatística.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0010718&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010718&contexto=bd&selTab=tab2);

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Área Metropolitana de Lisboa em números – 2020*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpubboui=6172467&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpubboui=6172467&PUBLICACOESmodo=2);

Júnior, J. (2017). O aplicativo Kahoot na educação: Verificando os conhecimentos dos alunos em tempo real. In Gomes, M., Osório, A. & Valente, L. (2018). *Conferência Internacional de Tecnologias de Informação e Comunicação na Educação X. Challenges 2017: aprender nas nuvens, learning in the clouds: atas da X Conferência Internacional de Tecnologias de Informação e Comunicação na Educação*. Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/54072>;

Lavado, E., Calado, V. (2019). ECATD-CAD 2019. *Estudo sobre os Comportamentos de Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019. Relatório Nacional*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. [https://www.researchgate.net/profile/Vasco-Calado/publication/348603215\\_ECATD\\_2019\\_Relatorio\\_Nacional/links/6006fbc5299bf14088a874d0/ECATD-2019-Relatorio-Nacional.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Vasco-Calado/publication/348603215_ECATD_2019_Relatorio_Nacional/links/6006fbc5299bf14088a874d0/ECATD-2019-Relatorio-Nacional.pdf);

Lei nº 49/2005 de 30 de agosto. Diário da República n.º 166, Série I-A. Portugal. <https://files.dre.pt/1s/2005/08/166a00/51225138.pdf>;

Leiva, A., Estela, A., Bennasar-Veny, M., Aguiló, A., Llobera, J. & Yáñez, M. (2018). Effectiveness of a complex intervention on smoking in adolescents: A cluster-randomized controlled trial. *Preventive Medicine*. 114, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.06.009>;

Lourenço, O. (2002). *Psicologia de Desenvolvimento Cognitivo: teoria, dados e implicações* (2ª Ed.) Livraria Almedina;

MacArthur J., Harrison S., Caldwell M., Hickman M., Campbell R. (2016). Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 111(3), 391–407. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4833174/>;

- Matos, M. & Aventura Social (2018). *Relatório do estudo HBSC 2018 A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES APÓS A RECESSÃO – Dados nacionais do estudo HBSC 2018*. Faculdade de Motricidade Humana/Universidade de Lisboa. 1ª Ed. [https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2021/12/publicacao\\_1545534554.pdf](https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2021/12/publicacao_1545534554.pdf);
- Mauer-Stender, K., Lebedeva, E., Gasser, A. G. (2019). *FACTSHEET Sustainable Development Goals: health targets*. World Health Organization Regional Office for Europe. [https://who-sandbox.squiz.cloud/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/422838/Tobacco-8-B-002.pdf](https://who-sandbox.squiz.cloud/_data/assets/pdf_file/0009/422838/Tobacco-8-B-002.pdf);
- Melo, P., Silva, R., & Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(19), 81-90. <https://doi.org/10.12707/RIV18045>;
- Murray, C.J., Force, L., Compton, K., Xu, R., Acheson, A., Kocarnik, J., Penberthy, L., Anderson, J., Brauser, M., Cohen, A., Culbreth, G., Dai, X., Dandona, L., Dharmaratne, S., Ikuta, K., Lim, S., Mokdad, A., Nassereldine, H., Reitsma, M. ... Hay, S. (2022). The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010–19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 400(10352), 563-91. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2822%2901438-6>;
- Nacional Institute on Drug Abuse (2022). *Tobacco, Nicotine, and E-Cigarettes Research Report*. National Institutes of Health. <https://nida.nih.gov/download/1344/tobacco-nicotine-e-cigarettes-research-report.pdf?v=4b566e8f4994f24caa650ee93b59ec41>;
- Nishio, A., Saito, J., Tomokawa, S., Kobayashi, J., Makino, Y., Akiyama, T., Miyake, K. & Yamamoto, M. (2018). Systematic review of school tobacco prevention programs in African countries from 2000 to 2016. *PLOS ONE* 13(2), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192489>;
- Nunes, L. (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Lusodidacta;
- Nurumal, S., Zain, M., Mohamed, N. & Shorey, S. (2019). Effectiveness of School-Based Smoking Prevention Education Program (SPEP) Among Nonsmoking Adolescents: A Quasi-Experimental Study. *The Journal of School Nursing*. XX(X), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1059840519871641>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;

Organização Mundial da Saúde. (2005). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. World Health Organization. [https://fctc.who.int/docs/librariesprovider12/default-document-library/who-fctc-summary.pdf?sfvrsn=1e770ac7\\_29&download=true](https://fctc.who.int/docs/librariesprovider12/default-document-library/who-fctc-summary.pdf?sfvrsn=1e770ac7_29&download=true);

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-CHP-09.01>;

Organização Mundial da Saúde. (2011). *Strategic directions for improving Adolescent Health in South-East Asia Region*. World Health Organization. [http://apps.searo.who.int/PDS\\_DOCS/B4771.pdf?ua=1](http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4771.pdf?ua=1);

Organização Mundial da Saúde. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf;jsessionid=0959F422731D7F031CCEA72317BA50B9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=0959F422731D7F031CCEA72317BA50B9?sequence=1);

Organização Mundial da Saúde. (2013a). *Health 2020: a European policy framework*. World Health Organization Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1);

Organização Mundial da Saúde. (2019). *The Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>;

Organização Mundial da Saúde. (2019a). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025*. 3rd Ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330221/9789240000032-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>;

Organização Mundial da Saúde. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>;

- Organização Mundial da Saúde (2021a). *Monitoring noncommunicable disease commitments in Europe 2021: are we on track to reach targets 10 years after the Moscow Declaration and First United Nations High-Level Meeting?* World Health Organization Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2021-4479-44242-62494>;
- Organização Mundial da Saúde. (2021b). *The European Programme of Work, 2020–2025: United Action for Better Health*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339209/WHO-EURO-2021-1919-41670-56993-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>;
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352137>;
- Organização Mundial da Saúde. (2022a). *2021 global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. World Health Organization. <https://fctc.who.int/publications/i/item/9789240041769>;
- Papalia, D. & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento Humano*. (12ª Edição). AMGH. <http://sandrachibi.com/wp-content/uploads/2017/03/desenvolvimento-humano.pdf>;
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. Pearson;
- Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, n.º 35, 2.ª série. Ordem dos Enfermeiros. <https://files.dre.pt/2s/2011/02/035000000/0866708669.pdf>;
- Regulamento n.º 428/2018, de 9 de maio – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, n.º 35, 2.ª série. Ordem dos Enfermeiros. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>;

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, n.º 26, Série II. Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>;

Regulamento (Ue) 2021/522, de 24 de março de 2021 – «Programa UE pela Saúde». *Jornal Oficial da União Europeia*, L 107/1. Parlamento Europeu - Conselho Da União Europeia. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32021R0522&from=PT>;

Ribeiro, S. (2011). *Percepção da Pressão de Pares na Tomada de Decisão dos Adolescentes*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4856/1/ulfpie039628\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4856/1/ulfpie039628_tm.pdf);

Rolfe, G. (2015). Foundations for a human science of nursing: Gadamer, Laing, and the hermeneutics of caring. *Nursing Philosophy*, 16, 141-152. <https://doi.org/10.1111/nup.12075>;

Rozi, S., Zahid, N., Roome, T., Lakhdar, A., Sawani, S., Razzak, A. & Butt, Z. (2019). Effectiveness of a School Based Smokeless Tobacco Intervention: A Cluster Randomized Trial. *Journal of Community Health*. 44(6), 1098–110. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00689-8>;

Santos, M., Guimarães, D. & Carvalho A. (n.d.) Flipped classroom: uma experiência com alunos de 8o ano na unidade de sólidos geométricos. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação*. Universidade de Coimbra. [https://www.academia.edu/31101292/Flipped\\_classroom\\_uma\\_experi%C3%Aancia\\_com\\_alunos\\_de\\_8o\\_ano\\_na\\_unidade\\_de\\_s%C3%B3lidos\\_geom%C3%A9tricos](https://www.academia.edu/31101292/Flipped_classroom_uma_experi%C3%Aancia_com_alunos_de_8o_ano_na_unidade_de_s%C3%B3lidos_geom%C3%A9tricos);

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. [https://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD\\_Plano\\_Nacional\\_Reducao\\_CAD\\_2013-2020.pdf](https://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducao_CAD_2013-2020.pdf);

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2020). PLANO DE ATIVIDADES 2020. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. [https://www.sicad.pt/BK/Institucional/Instrumentos/PlanosAtividade/Lists/SICAD\\_PLAN\\_OSATIVIDADES/Attachments/17/PlanoAtividades\\_SICAD2020\\_Aprovado.pdf](https://www.sicad.pt/BK/Institucional/Instrumentos/PlanosAtividade/Lists/SICAD_PLAN_OSATIVIDADES/Attachments/17/PlanoAtividades_SICAD2020_Aprovado.pdf);

- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2022). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2022a). Carta de Compromisso – 2022. Ministério da Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>;
- Sousa, I. (2018). PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ESCOLA: AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA BASEADO NO CURRÍCULO. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS*, 19(2), 337-53. <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190214>;
- Sousa, I. (2020). *Prevenção do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados tendo em conta as diferenças de género. Avaliação do impacte dos programas SmokeOut-I e SmokeOut-II na prevenção do consumo de tabaco, a médio e longo prazo*. Universidade do Minho Instituto de Educação. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi\\_3uuf7P77AhVJTaqEHQSIDV8QFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Frepositorium.sdum.uminho.pt%2Fbitstream%2F1822%2F76358%2F1%2FMaria%2520Isabel%2520Pereira%2520de%2520Sousa.pdf&usg=AOvVaw2Qt1D33V9R9LPkcPLs9QwT](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi_3uuf7P77AhVJTaqEHQSIDV8QFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Frepositorium.sdum.uminho.pt%2Fbitstream%2F1822%2F76358%2F1%2FMaria%2520Isabel%2520Pereira%2520de%2520Sousa.pdf&usg=AOvVaw2Qt1D33V9R9LPkcPLs9QwT);
- Sousa, I., Rocha, V., Samorinha, C., Cunha-Machado, J., Antunes, H. & Precioso, J. (2020). Longitudinal Assessment of the Effectiveness of a Tobacco Prevention Programme among school-aged adolescents. *Health and Addictions/Salud y Drogas*. 20(2), 38–48. <https://doi.org/10.21134/haaj.v20i2.484>;
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Ministério da Saúde;
- Trisnowati, H., Ismail, D., Padmawati, R. & Utarini, A. (2020). Developing a framework for youth empowerment to prevent smoking behavior in a rural setting: study protocol for a participatory action research. *Health Education*, 1-18. <https://doi.org/10.1108/HE-06-2020-0045>;
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2011). *Adolescência: Uma Fase de Oportunidades*. United Nations International Children's Emergency Fund. [https://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf);

- United States Department of Health and Human Services. (2012). *Preventing tobacco use among youth and young adults: A Report of the Surgeon General*. United States Department of Health and Human Services. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/pdf/Bookshelf\\_NBK99237.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/pdf/Bookshelf_NBK99237.pdf);
- United States Department of Health and Human Services (2022). *Quick Facts on the Risks of E-cigarettes for Kids, Teens, and Young Adults* [imagem online]. Centers for Disease Control and Prevention. [https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/assets/OSH-2019-E-Cigarette-Print-Ad-508.pdf](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/assets/OSH-2019-E-Cigarette-Print-Ad-508.pdf);
- Universidade Nova de Lisboa. (n.d.). Plano de Desenvolvimento em Saúde e Qualidade de Vida no Concelho da Unidade de Cuidados na Comunidade. Câmara Municipal do Concelho;
- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial* (Erik Erickson). (1ª Ed). Faculdade de Medicina do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf>;
- Vitória, P., Machado, J., Araújo, A., Ravara, S., Samorinha, C., Antunes, H., ... & Precioso, J. (2015). Children's exposure to second hand smoke at home: A cross-sectional study in Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia* 21(4), 178-84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppnen.2014.09.003>;
- Vitória, P., Machado, J., Ravara, S., Araújo, A., Samorinha, C., Antunes, H., ... & Precioso, J. (2015a). Portuguese children's exposure to second-hand tobacco smoke in the family car. *Gaceta Sanitária* 29(2), 131-34. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.011>;
- Vitória, P., Nunes, C. & Precioso, J. (2017). Parents' educational level and second-hand tobacco smoke exposure at home in a sample of Portuguese children. *Revista Portuguesa de Pneumologia* 23(4), 221-224. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.02.005>.

# APÊNDICES

**APÊNDICE I – Solicitação de Autorização ao Diretor do Agrupamento  
de Centros de Saúde**

Exmo. Sr. Diretor Executivo

do ACES [REDACTED],

Eu, Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro, enfermeira inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o n.º [REDACTED], iniciei o meu percurso como mestranda na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da 2ª Edição do Mestrado em Associação (Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco), no ano letivo de 2017-2018, não tendo finalizado por motivos de saúde.

Realizei o meu pedido de reingresso ao mestrado no ano letivo de 2022-2023 (que foi aceite), sendo que a minha matrícula será efetivada nos meados do mês de Outubro, momento em que irei iniciar a unidade curricular de Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, dando continuidade ao percurso iniciado na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED], do ACES [REDACTED], na área da saúde escolar, orientada pedagogicamente pela Professora Anabela Coelho e, no contexto comunitário pela Sr.ª Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [REDACTED].

Considerando o espaço temporal determinado para a aquisição das competências afetas à especialidade supramencionada (outubro de 2022 a janeiro de 2023), venho solicitar prévia autorização para realizar o Projeto de Intervenção com um grupo de estudantes – inserido no regular funcionamento da Sr.ª Enfermeira no âmbito do Programa de Saúde Escolar – acerca da “Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar”, ressaltando que, caso pertinente, farei seguir apreciação ao Conselho de Ética para a Saúde da Universidade de Évora.

Peço também autorização para divulgação do nome da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Orientadora Clínica assim como da Instituição no Relatório Final, que será tornado público, respeitando o Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, que vigora desde maio de 2018.

Aguardo agradecendo uma resposta breve, tendo em consideração a aproximação da data de início do Estágio, assim como o tempo disponível para a realização do mesmo.

Com os melhores cumprimentos,  
Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro

**APÊNDICE II – Solicitação de Autorização à Diretora Executiva do  
Agrupamento de Escolas**

Exma. Sr.ª Diretora do Agrupamento de Escolas [REDACTED]

Sra. Professora [REDACTED]

Eu, Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro, enfermeira inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o n.º 60298, iniciei o meu percurso como mestranda na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da 2ª Edição do Mestrado em Associação (Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco), no ano letivo de 2017-2018, não tendo finalizado por motivos de saúde.

Realizei este ano letivo o meu pedido de reingresso ao mestrado (que foi aceite), sendo que a minha matrícula será efetivada nos meados do mês de Outubro, momento em que irei iniciar a unidade curricular de Estágio Final, que decorrerá igualmente na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED], do ACES [REDACTED], na área da saúde escolar, sob orientação pedagógica da Sr.ª Professora Anabela Coelho, e orientação clínica da Sr.ª Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [REDACTED].

Considerando o espaço temporal determinado para a aquisição das competências afetas à especialidade supramencionada (outubro de 2022 a janeiro de 2023), venho solicitar prévia autorização para a concretização de um Projeto na Escola Secundária [REDACTED] – inserido no regular funcionamento da Sr.ª Enfermeira no âmbito do Programa de Saúde Escolar –, no âmbito da Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes.

Este Projeto insere-se na área da Educação para a Saúde, sendo que em 2019 me reuni formalmente com a Coordenadora do Programa de Educação para a Saúde do

Agrupamento, a Sr.<sup>a</sup> Professora [REDACTED], em que apresentei o meu projeto e recebi parecer favorável para o seu desenvolvimento e implementação. Este projeto abarca duas etapas essenciais – Diagnóstico da Situação e Intervenção de Enfermagem.

A operacionalização do Projeto envolve a aplicação de um questionário validado, e já autorizado pelos autores, a adolescentes do 7<sup>o</sup> ano de escolaridade, permitindo assim o conhecimento das necessidades de saúde no âmbito do Consumo de Tabaco em Adolescentes, e intervenção junto da(s) turma(s) selecionada(s). A avaliação das ações realizadas assim como o seu impacto, será efetuada através da replicação do mesmo questionário à(s) turma(s) alvo de intervenção.

A participação dos estudantes neste projeto, será voluntária, livre e consentida, somente após a assinatura dos estudantes e seus Encarregados de Educação, por escrito. Quanto à confidencialidade dos dados recolhidos esta será garantida, assim como serão assegurados, no decurso de todo o processo, os Princípios Éticos intrínsecos à realização deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro

**APÊNDICE III – Solicitação de Autorização para aplicação de  
instrumento de colheita de dados**

---

## Solicitação de novo questionário

---

Lara Ribeiro   
Para: precioso@ie.uminho.pt

29 de maio de 2019 às 22:36

Boa noite Professor José Precioso,

Após reunião conjunta, entre a enfermeira de saúde escolar e a professora coordenadora de PES, foi decidido realizar o diagnóstico da situação de saúde e conseqüente intervenção comunitária em alunos a frequentar o 7º ano de escolaridade, uma vez que estava em causa o enviesamento dos resultados (migração de estudantes entre diferentes ciclos de escolaridade origina mudança da população-alvo).

Posto isto, e dado o facto de ter sido enviado, após minha solicitação, o questionário destinado ao 2º ciclo, gostaria de saber se me poderá ser facultado o acesso ao questionário "SmokeOut - Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escola. Construção e validação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças de género" aplicado ao 3º ciclo de escolaridade, assim como a autorização dos seus autores para a aplicação e divulgação, nomeadamente no momento da redação e publicação do Relatório inerente ao grau de Mestrado.

Lamento o incómodos das repetidas solicitações realizadas nos últimos dias.

--

Com os melhores cumprimentos,  
Lara Ribeiro

**APÊNDICE IV** – Protocolo de Investigação para a Comissão de Ética  
em Saúde da Administração Regional de Saúde da  
Região de Lisboa e Vale do Tejo

## PROTOCOLO DO PROJETO

Data

25/11/2022

**Título Projeto:** “Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar”

**Nome da Estudante:** Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro

**Orientador Académico:** Professora Anabela Coelho

**Orientador Clínico:** Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [REDACTED]

**Resumo:** É reconhecida ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a competência para produzir e implementar estratégias de ação, visando dar resposta às necessidades em saúde das comunidades (Regulamento n.º 128/2011). É consagrada no Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s, a relevância da problemática do tabagismo em jovens portugueses, na medida em que as ações de intervenção que objetivam a prevenção do consumo de tabaco nestas idades, é identificada como estratégia a manter/reforçar, de forma a modificar a prevalência de problemas de saúde de elevada magnitude (Direção Geral da Saúde [DGS], 2021). É assim legitimado o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção em saúde, junto desta comunidade específica, que por sua vez venham a confluir para que os ganhos em saúde possam dar resposta às necessidades em saúde identificadas. Em 2017 a DGS, a Direção Geral da Educação (DGE) e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), elaboraram o Referencial de Educação para a Saúde visando convergir linguagens, metas e matérias a abordar nas atividades de promoção e educação para a saúde, nesta população (Carvalho *et al.*, 2017). Segundo a Lei de Bases do Sistema Educativo Português, “o acompanhamento do saudável crescimento e desenvolvimento dos alunos, (...) é assegurado, em princípio, por serviços especializados dos centros comunitários de saúde” (Lei n.º 49/2005, p. 5132), sendo que “os planos curriculares (...) incluirão em todos os ciclos e de forma adequada uma área de formação pessoal e social, que pode ter como componentes (...), a educação para a saúde” (*idem*, p. 3078). De forma similar, o Programa Nacional de Saúde Escolar reconhece os consumos tabágicos no contexto da comunidade educativa, a sua vigilância e monitorização, como temáticas de relevo e fundamento para agir em todos os níveis de prevenção, de forma a minimizar o impacto na saúde dos indivíduos, validando desta forma o incremento de ações de prevenção e promoção em saúde, nesta comunidade específica. **Objetivo:** Contribuir para a promoção de escolhas livres e informadas na tomada de decisão relativas ao início/cessação do consumo de tabaco, em

alunos do 7º ano, numa Escola em [REDACTED]. **Metodologia:** Projeto de intervenção comunitária em contexto escolar, numa Escola de [REDACTED], desenvolvido segundo o método de planeamento em saúde, entre outubro de 2022 e janeiro de 2023, aplicando como instrumento de colheita de dados um questionário, e efetuada uma revisão integrativa da literatura, por forma a sustentar conceptualmente o projeto, tendo o seu término com a elaboração de um relatório.

**Fundamentação e Pertinência Académica do Estudo:** Eu, Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro, enfermeira inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o n.º 60298, iniciei o meu percurso como mestranda na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da 2ª Edição do Mestrado em Associação (Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco), no ano letivo de 2017-2018, não tendo finalizado por motivos de saúde. Reingressei este ano letivo no mestrado, e encontro-me a realizar a unidade curricular de Estágio Final, que decorrerá numa Unidade de Cuidados na Comunidade, do ACES [REDACTED], na área da saúde escolar, entre outubro de 2022 e janeiro de 2023, objetivando-se a realização do diagnóstico de situação de saúde de uma comunidade, aplicando a metodologia de planeamento em saúde, de forma a identificar problemas, determinar necessidades em saúde, e fixar objetivos envolvendo a equipa multidisciplinar, e os parceiros comunitários disponíveis. A proposta de tema do projeto de intervenção comunitária é, "Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar", enquadrando-se no plano de atividades de uma UCC, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar. O diagnóstico da situação de saúde, a realizar nesta etapa, é fulcral para a operacionalização das restantes etapas do projeto (Tavares, 1990; Imperatori & Geraldès, 1993). Este projeto decorrerá em contexto escolar, numa Escola em Odivelas, tendo o seu término com a elaboração do relatório do mesmo.

**Fundamentação Teórica e Pertinência do Estudo:** A nível global, o consumo de tabaco é prática comum a mais de 1 bilhão de pessoas, é assumida como a causa de morte evitável com maior expressão, e uma das principais preocupações ligadas à saúde pública, particularmente na Europa, dado que perto de 8.7 milhões de mortes anuais foram atribuídas ao consumo de tabaco, e 50% dos indivíduos morre prematuramente, resultando na perda de uma média de 14 anos de vida da população europeia (OMS, 2021; 2021a; European Commission, 2021). Este comportamento aditivo está associado ao declínio da saúde em geral, ao aparecimento de doenças não transmissíveis, que atualmente se revelam extremamente desafiantes para a saúde

pública, responsáveis por cerca de 90% das causas de morte (OMS, 2021). Em Portugal no ano de 2019, a maioria dos habitantes nunca tinha tido contacto com tabaco; cerca de um quinto tinha cessado o consumo; 1,3 milhões de indivíduos (14,2%) era fumador diário (perto de metade consumia meio maço/dia), e 248 mil consumia tabaco esporadicamente (2,8%) (INE, 2020). O tabaco ocupa o segundo lugar quanto às substâncias psicoativas consumidas por alunos entre os 13 e os 18 anos, e ainda que se afira uma óbvia diminuição quanto ao consumo de cigarros de combustão, mantém-se a apresentação preferencial de consumo de tabaco entre os jovens portugueses. Em 2020, 2 em cada 5 alunos já tinha fumado tabaco, 3 em cada 10 fizeram-no no último ano, e 1 em cada 5 no último mês. Os alunos do sexo masculino apresentam, na generalidade, maior prevalência nos consumos, contudo a diferença é menor entre sexos se analisados os dados quanto à forma de consumo (cigarro de combustão versus cigarro eletrónico). O início de consumos registou-se em idades iguais ou inferiores a 13 anos em 15% dos alunos (3 em cada 20), sendo este comportamento semelhante em 37% dos consumidores de tabaco de combustão ao longo da vida (cerca de 8 em cada 20); quanto ao cigarro eletrónico o registo é francamente inferior: cerca de 2 em cada 30 para mais de 5 em cada 30 (Lavado & Calado, 2019). O contexto escolar é particularmente rico em oportunidades de sucesso para ações que toldam as escolhas e o desenvolvimento cognitivo, social e comportamental dos jovens (Carvalho *et al*, 2017). Com vista a que os adolescentes adotem comportamentos promotores da saúde, é necessário que, com a colaboração do enfermeiro, percecionem os ganhos em saúde, os obstáculos ou sacrifícios pessoais que terão de realizar para obterem e/ou manterem um elevado nível de saúde, percecionando também a sua autoeficácia e autoconfiança, aquando da adoção de atitudes e comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

**Objetivos:** Contribuir para a promoção de escolhas livres e informadas na tomada de decisão relativas ao início/cessação do consumo de tabaco, em alunos do 7º ano; informar os jovens sobre os riscos ligados à exposição ao fumo ambiental e ao consumo de tabaco; informar os jovens acerca da instalação da dependência da nicotina; clarificar crenças, mitos e perceções dos jovens relativos ao consumo de tabaco; capacitar os jovens para superar os incentivos, dos seus pares ou sociais, para o consumo do tabaco; promover atitudes que permitam criar ambientes livres de tabaco.

**Seleção da Amostra:** Após reunião com as docentes alocadas ao Programa de Educação para a Saúde naquela instituição, e apresentada a proposta da temática do projeto de intervenção, as docentes procederam à seleção da população-alvo. Assim, esta é constituída por 55 alunos, de

duas turmas do 7º ano de escolaridade, de uma das escolas do agrupamento de escolas integrado na área de abrangência da UCC. É uma amostra não probabilística – por conveniência –, de forma a ser constituída por elementos da população escolar, satisfazendo os critérios de inclusão pré-determinados. Os critérios de inclusão selecionados são: jovens matriculados no 7º ano de escolaridade; pertencer à comunidade escolar da instituição selecionada; ter consentimento informado assinado pelo encarregado de educação. Como critérios de exclusão deliberámos: não saber ler, escrever ou dominar a língua portuguesa; não estar matriculado nesta instituição; pertencer a outra turma de 7º ano de escolaridade que não as turmas selecionadas; não ter consentimento assinado.

**Procedimentos Metodológicos:** A metodologia que se pretende utilizar neste percurso, na elaboração do relatório, bem como estratégia para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é a metodologia do planeamento em saúde, identificando criteriosamente os problemas, e as intervenções estratégicas mais pertinentes, norteadas à supressão das necessidades (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990). Para garantir intervenções suportadas e ações baseadas nas evidências, irá ser realizada pesquisa eletrónica de artigos e publicações com fator de evidência elevado, sobre a temática do Tabagismo em Jovens em Meio Escolar, e acerca das intervenções de enfermagem a aplicar, para compreender o fenómeno recorrendo às evidências mais robustas. Assim, serão realizadas pesquisas em bases de dados eletrónicas, visando reunir os documentos que melhor sustentem a operacionalização do programa a ser delineado. O instrumento de colheita de dados selecionado é o questionário "SmokeOut – Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar: Construção e avaliação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças de género.", do Centro de Investigação em Estudos da Criança, da Universidade do Minho, tendo dado parecer favorável para a sua aplicação neste projeto (Anexo I). Será entregue o documento de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I) aos estudantes e seus encarregados de educação, cuja dupla assinatura é condição imprescindível para a participação de cada aluno. O preenchimento do questionário permitirá conhecer as necessidades reais de cada aluno, e sustentará com maior acuidade as atividades a realizar. Considerando a metodologia pré e pós-teste, no início e no final da intervenção respetivamente, será realizada reaplicação do mesmo questionário após toda a intervenção completada, em contexto similar ao criado no momento inicial, sendo a avaliação do impacto do projeto realizada através da análise dos dados recolhidos. Os dados obtidos vão ser tratados com recurso ao programa estatístico SPSS, usando medidas de estatística descritiva, concretamente as frequências absolutas, relativas e médias,

procurando identificar regularidades em tabelas e/ou gráficos, e outras medidas descritivas como os desvios padrão.

**Como se procederá à recolha de dados:** Com as autorizações da Direção da Escola e do Diretor Executivo do ACES (Anexos II e III), ocorrerá a primeira sessão junto dos 55 alunos, em contexto de sala de aula alocada ao Programa de Educação em Saúde, na presença do professor responsável de turma, sendo os alunos informados sobre a finalidade do estudo, e entregue dois exemplares do documento de pedido de consentimento informado, para que o assinem e o entreguem aos seus encarregados de educação, devendo devolver apenas um assinado na segunda sessão atribuída a este projeto, ficando ambas as partes com um duplicado. O consentimento informado é garantia da confidencialidade e do anonimato dos dados recolhidos, e certifica a recusa/interrupção a qualquer momento da intervenção, sem que exista qualquer repercussão para os visados.

Após a confirmação do consentimento livre e esclarecido pelos alunos e encarregados de educação, irá proceder-se ao preenchimento do questionário. Será distribuído um exemplar por estudante, sendo dado um período de 50 minutos para completar a sua resposta a cada item do instrumento, que inclui 23 questões abrangendo vários aspetos ligados ao consumo de tabaco, assim como à sua exposição ambiental; recolhe dados de carácter sociodemográfico, contexto familiar, gosto pela escola, e atividades extracurriculares; apresenta questões relacionadas aos conhecimentos acerca do tabaco, assim como com o contacto/consumo de tabaco pelo próprio e pelos que o rodeiam; e aborda a temática da pressão social e dos seus pares para o consumo de tabaco. É constituída maioritariamente de questões de escolha múltipla ou escala com vários graus de classificação, consoante as circunstâncias abordadas. No final das intervenções delineadas para este projeto, será repetida a aplicação do questionário.

**Como será mantida a confidencialidade dos registos:** Os questionários que se pretende aplicar não permitem a identificação dos participantes e, deste modo, com total garantia de anonimato. A recolha dos questionários será realizada pela mestrande; irá ser atribuída uma codificação aos questionários, sendo esta apenas de conhecimento da mestrande, que organizará e tratará os dados recolhidos numa base de dados, com acesso restrito à estudante. Durante o decorrer do projeto os questionários serão guardados na habitação da mestrande, em local fechado. No final do estágio, todos os dados eletrónicos, assim como os questionários físicos serão guardados até ao término do ano letivo de 2022/2023, momento em que a mestrande terminará o seu mestrado. Após este período, serão destruídos.

Também o nome da UCC e da orientadora clínica serão omissos aquando da publicação do relatório do estágio, sendo a primeira referenciada como “Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Lisboa e Vale do Tejo”, e a segunda com uma sigla. No que concerne à pesquisa documental, leia-se “Revisão Integrativa”, os dados a consultar e a analisar serão provenientes de artigos e publicações disponíveis nas bases de dados eletrónicas. Ao longo da elaboração deste projeto, os recursos serão utilizados de forma racional, proporcional e responsável. Importa frisar que, como cidadã portuguesa me encontro obrigada ao respeito pelos direitos legais dos meus concidadãos; como enfermeira registada na Ordem dos Enfermeiros – portanto regida pelo seu código deontológico –, encontro-me consciente da obrigação pela salvaguarda de todos os aspetos éticos, deontológicos e profissionais no decurso deste projeto (Apêndice II).  
Declaração de interesses: nada a declarar.

O relatório deste projeto de intervenção na comunidade será entregue à CES da ARSLVT, por forma a dar a conhecer os resultados da ação junto desta população (Apêndice III).

**Recursos:** A previsão do custo das atividades é uma componente decisiva, contudo dependente das etapas que lhe antecedem, sendo que é definido como o somatório dos gastos com os recursos humanos, físicos, materiais, em equipamento, entre outros (Imperatori & Giraldes, 1993). Com a elaboração deste estudo, prevê-se a utilização de recursos materiais e de equipamento suportados na totalidade pela estudante. Quanto a recursos físicos (instalações da escola a intervir) e humanos (horas de trabalho alocadas aos elementos da equipa multidisciplinar da equipa de saúde escolar), pretende-se operacionalizar as intervenções junto dos alunos, nos tempos alocados ao Programa de Educação para a Saúde, já existente e programado para a UCC na escola em questão, não existindo com o desenvolvimento deste projeto custos financeiros adicionais para o ACES (Apêndice IV).

**Cronograma:** Os cronogramas são plantas temporais que resultam a relação entre as atividades, o tempo da sua duração e o momento em que ocorrem, permitindo uma visão global das várias etapas/tarefas de um projeto (Imperatori & Giraldes, 1993). Construiu-se um cronograma de Gantt (Apêndice V), visando o mapeamento das atividades a desenvolver e o período entre os meses de outubro e janeiro (eixo das ordenadas e eixo das abcissas, respetivamente).

## Bibliografia de Referência:

- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C., Abrantes, E., Mota, E., Nunes, E., Amann, G., Lopes, I., Bettencourt, J., Ribeiro, J., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, Frango, P., Leal, P., Graça, P., Melo, R. & Lima, R. (2017). Referencial de Educação para a Saúde. Ministério da Educação – Direção-Geral da Saúde. [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial\\_educacao\\_saude\\_vf\\_junho2017.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf);
- European Commission (2021). Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Report. European Union. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>;
- Direção Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável de todos para todos*. Portugal. [https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf);
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde. Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública;
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020). Inquérito Nacional de Saúde: Há menos fumadores, mas aumentou o consumo arriscado de bebidas alcoólicas - 2019. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2);
- Lavado, E., Calado, V. (2019). *ECATD-CAD 2019. Estudo sobre os Comportamentos de Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal 2019. Relatório Nacional*. Portugal. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. [https://www.researchgate.net/profile/Vasco-Calado/publication/348603215\\_ECATD\\_2019\\_Relatorio\\_Nacional/links/6006fbc5299bf14088a874d0/ECATD-2019-Relatorio-Nacional.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Vasco-Calado/publication/348603215_ECATD_2019_Relatorio_Nacional/links/6006fbc5299bf14088a874d0/ECATD-2019-Relatorio-Nacional.pdf);
- Lei n.º 49/2005 de 30 de agosto. Diário da República n.º 166, 1ª Série, 5122-5138. Portugal. Assembleia da República. <https://dre.pt/application/conteudo/245336>;
- Organização Mundial da Saúde. (2021). Monitoring noncommunicable disease commitments in Europe 2021: are we on track to reach targets 10 years after the Moscow Declaration and First United Nations High-Level Meeting? [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf);

Organização Mundial da Saúde. (2021a). WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>;

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). Health Promotion in Nursing Practice. Boston: MA: Pearson

Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República eletrónico, n.º 35, 2.ª série, 8667-8669. Portugal. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria\\_SaudPublica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf);

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

## **APÊNDICE V – Consentimento Informado**

## **CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

“Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar”

O consumo de tabaco em idades precoces desperta preocupações de saúde imediatas, mas também futuras. A duração e quantidade de exposição ao tabaco (fumo ativo e passivo) estão associadas ao aumento dos riscos de doenças crónicas, causadas pelo tabaco, sendo que o consumo de tabaco por adolescentes acarreta riscos potenciais de dependência, e o desenvolvimento de doenças associadas.

Eu, Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro, enfermeira a frequentar a 6ª edição do Mestrado em Associação da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer no ano letivo de 2022/2023, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, estou a realizar um Estágio na UCC [REDACTED], no âmbito da Saúde Escolar, entre 13 de outubro de 2022 e 27 de janeiro de 2023. O tema do meu projeto de intervenção comunitária é “Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar”, enquadrando-se no plano de atividades da UCC, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar. O diagnóstico da situação de saúde, a realizar nesta etapa, é fulcral para a operacionalização das restantes etapas do projeto, respeitando o Método de Planeamento em Saúde.

De forma a elaborar um projeto que vá ao encontro das necessidades dos alunos quanto a esta temática, solicito consentimento para o preenchimento de um questionário (que será reaplicado após ações junto dos alunos, como um dos instrumentos para avaliação deste projeto), cuja finalidade é avaliar consumos, conhecimentos e atitudes face ao tabaco. Após aferir estes dados, serão desenvolvidas atividades de esclarecimento e de capacitação, dirigidas às necessidades reveladas pelos alunos. Solicito ainda que seja efetuada a assinatura conjunta, aluno/Encarregado de Educação, uma vez que os alunos são menores de idade e, sem ambas, não se poderá proceder à recolha de dados. A vossa permissão é indispensável para a realização deste projeto, no entanto, a participação pode ser cancelada a qualquer momento, pelo Encarregado de Educação como pelo Aluno, se assim entenderem, sem que tal traga qualquer repercussão pessoal associada.

Informo ainda que estou disponível para qualquer esclarecimento necessário, durante todo o período de realização do estudo, através dos seguintes contactos: telemóvel – [REDACTED], correio eletrónico – [REDACTED]

Grata pela disponibilidade,

---

Lara Ribeiro

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, participo neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária serão fornecidos, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pela investigadora.

Nome do(a) Aluno(a): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_

Bi/CC N.º (Enc. Educação): \_\_\_\_\_ Data Ou Validade: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Grau De Parentesco Ou Tipo De Representação: \_\_\_\_\_

Assinatura Do Enc. De Educação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Este consentimento é constituído por 2 páginas, sendo duplicado com vista a que fique na posse de cada um dos intervenientes, um exemplar.

**APÊNDICE VI – Solicitação de esclarecimento para interpretação de dados**

## Questionário SmokeOutII

Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro [REDACTED]

sex, 09/12/2022 17:44

Para: [REDACTED]

 1 anexos (701 KB)

12. Solicitação de novo questionário.pdf;

Boa tarde, Professora Dra. Isabel Sousa,

Sou mestranda na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Neste momento encontro-me a realizar estágio de natureza profissional, na área da Saúde Escolar, numa unidade de cuidados na comunidade e, dado que em 2019 me tinha sido dada autorização para aplicar o questionário SmokeOutII no meu projeto, recorri a este instrumento para apurar as características da minha amostra quanto à temática do consumo de tabaco.

A minha necessidade em contactá-la prende-se com a interpretação correta das crenças relacionadas com o tabaco, uma vez que, nos artigos redigidos em que este instrumento foi utilizado, interpreta-se a concordância ou discordância com as afirmações, contudo não encontrei menção à interpretação das respostas "Não sei". Contextualizando a minha dúvida: dos dados que emergiram após a aplicação do instrumento, registaram-se muitas respostas "Não sei", e inclusive à afirmação "As raparigas são mais sensíveis ao fumo do tabaco", perto de 61% da minha amostra respondeu "Não sei".

Como devo interpretar este dado? Estará errado interpretar como um défice de conhecimento incapacitando a formulação de uma resposta, logo, pertinência para uma intervenção dirigida?

Grata pela disponibilidade desde já.

Enfermeira Lara Ribeiro

## **APÊNDICE VII – Grelha de Análise aplicada aos problemas**

Os quadros abaixo espelham a aplicação da Grelha de Análise aplicada aos problemas:

- 1- “Maior experimentação, exposição e permeabilidade ao tabagismo dos alunos de género feminino”;
- 2- “Défice de conhecimentos acerca do impacto físico do tabagismo na sexualidade humana”;
- 3- “Crenças relativas ao consumo de tabaco com trajetória negativa”.

	Problema n.º 1	Problema n.º 2
Importância do Problema	(-)	(+)
Relação Problema/ Fator(s) de Risco	(-)	(+)
Capacidade Técnica de Intervir	(-)	(+)
Exequibilidade	(-)	(+)
Recomendação	16º Lugar	1ºLugar

	Problema n.º 1	Problema n.º 3
Importância do Problema	(-)	(+)
Relação Problema/ Fator(s) de Risco	(-)	(+)
Capacidade Técnica de Intervir	(-)	(+)
Exequibilidade	(-)	(+)
Recomendação	16º Lugar	1ºLugar

	Problema n.º 2	Problema n.º 3
Importância do Problema	(-)	(+)
Relação Problema/ Fator(s) de Risco	(-)	(+)
Capacidade Técnica de Intervir	(+)	(-)
Exequibilidade	(+)	(-)
Recomendação	13º Lugar	4ºLugar

**APÊNDICE VIII – Cartaz “Malefícios do consumo de tabaco”**

# DIA NACIONAL DO NÃO FUMADOR

Sabe-se que os novos produtos com tabaco têm substâncias que prejudicam a saúde, e aumentam a dependência de nicotina.

Ainda não se sabe as consequências que os novos produtos com tabaco terão na saúde das pessoas.

O fumo do tabaco contém mais de 7000 químicos. 70 causam cancro.

**NICOTINA = DROGA**  
que provoca dependência.

Se achas que o tabaco é sinal de maturidade, aprenderás mais tarde que vendeste a tua liberdade.

A maioria das pessoas não fuma!

Todos os produtos com tabaco são nocivos à saúde.

Diz Não ao tabaco!



**APÊNDICE IX – Cartaz “MANTÉM O COMANDO”**





17 de nov.

# DIA NACIONAL do NÃO FUMADOR

**NÃO DEIXES A  
NICOTINA  
CONTROLAR-TE.**

**MANTÉM  
O COMANDO.**



Elaborado por: Lara Ribeiro.  
Sob orientação de: Enfermeira Especialista ECSP  UCC   
Professora Doutora Anabela Coelho, Universidade de Évora  
UC Estágio Final da 6ª Edição do Mestrado em Associação na área de especialização  
em ECSP. Polo ESS-IPS. Ano letivo 2022/2023



**APÊNDICE X – Plano de Sessão da 1ª Sessão de Educação para a  
Saúde**

**Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Tabaco e a tua saúde.”**

**Tema:** Os malefícios do tabaco      **Local:** Sala de Aula da Escola Secundária selecionada      **Datas:** 10/12 de janeiro 2023      **Horas:** 9h15/16h15

**Objetivo:** Aumentar conhecimentos acerca dos malefícios do tabagismo      **Duração:** 50 minutos      **Dinamizadores:** Mestranda e Enfermeira Tutora

**Objetivos específicos:** Fornecer dados epidemiológicos acerca do consumo de tabaco entre adultos e jovens; informar acerca dos constituintes dos cigarros; informar os alunos acerca do impacto e consequências físicas do consumo de tabaco; promover o raciocínio crítico; promover debate interpares; proporcionar momento lúdico/avaliativo como promotor da aquisição/assimilação dos conhecimentos.

Etapas	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Avaliação	Tempo (minutos)
Introdução	Apresentação da mestranda; Objetivos da sessão; Acordo sobre regras comportamentais a cumprir ao longo da sessão.	Combinação entre método expositivo e método participativo.	Material:  computador, projetor, anticongelante auto, óleo motor auto, alcatrão, acetona, verniz spray, Verniz unhas, esferovite, spray anti gorduras, cola para esferovite, spray anti moscas e mosquitos, cartucho com chumbos, pilhas alcalinas, cigarro convencional, tabaco de enrolar, troféu “Winner”.	Formulários online no final da sessão.	5
Desenvolvimento	Apresentação PowerPoint: - Dados epidemiológicos mundiais e nacionais (consumos em jovens e em adultos); - Tabaco: cultivo, substâncias nocivas, nicotina e seus efeitos; - Exposição de embalagens que contêm constituintes presentes em cigarros; - Impacto a curto, médio e longo prazo, do consumo de tabaco no corpo humano, particularmente nos órgãos reprodutores humanos.	Combinação entre método expositivo e método interativo.			30
Conclusão	<i>Kahoot!</i> ® “Tabaco – Malefícios”; Resumo das ideias chaves/conceitos a salientar sobre o consumo de tabaco.	Dinâmica de grupo; Jogo interativo; Método Expositivo.			15

(Adaptado de material didático da disciplina “Metodologias de Intervenção Comunitária”, 2018).

**APÊNDICE XI – Plano de Sessão da 2ª Sessão de Educação para a  
Saúde**

**Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Vendo e Aprendendo.”**

**Tema:** Consequências do tabagismo    **Local:** Sala de Aula da Escola Secundária selecionada    **Datas:** 17/18 de janeiro 2023    **Horas:** 9h15/16h15

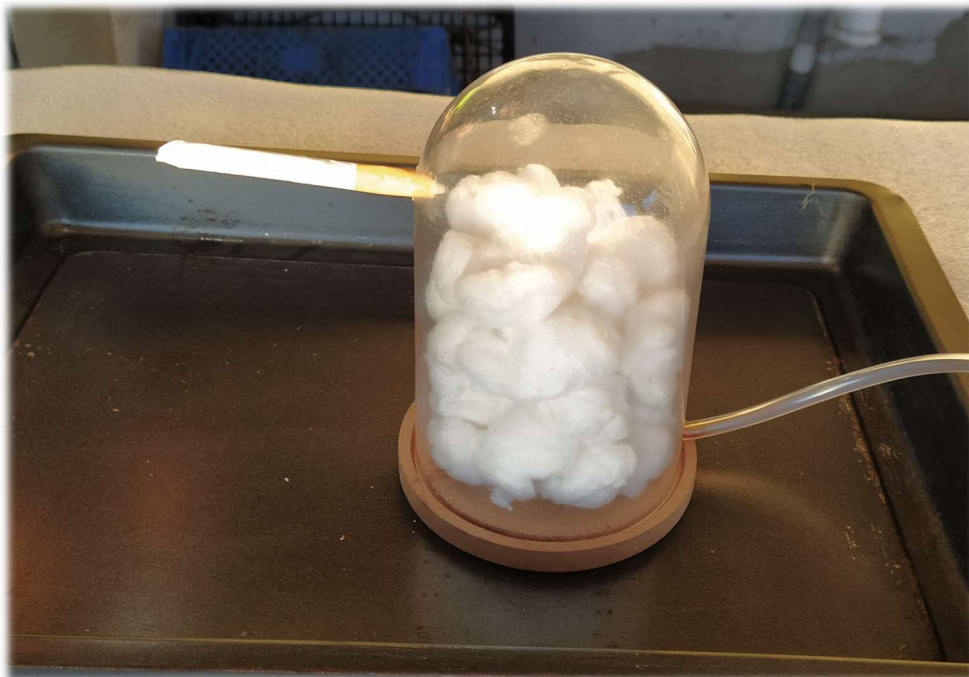
**Objetivo:** Debater acerca de crenças/mitos sobre o tabagismo                      **Duração:** 50 minutos                      **Dinamizadores:** Mestranda e Enfermeira Tutora

**Objetivos específicos:** exibir aos alunos o resultado da recriação da experiência científica “Campânula Fumadora”; refletir em grupo em torno da observação dos materiais da “Campânula Fumadora”, sobre as crenças associadas ao consumo de tabaco; esclarecer mitos acerca do consumo de tabaco; promover o raciocínio crítico; promover debate interpares; proporcionar momento lúdico/avaliativo como promotor da aquisição/assimilação dos

Etapas	Conteúdos	Metodologias	Recursos	Avaliação	Tempo (minutos)
Introdução	Objetivos da sessão; Recordar acordo sobre regras comportamentais a cumprir ao longo da sessão.	Método expositivo.	Material:  computador, projetor, material utilizado na atividade experimental, medalha “Number 1”.	Formulários online no final da sessão.	5
Desenvolvimento	Apresentação PowerPoint: - Vídeo breve com montagem da atividade experimental; -Fotografias da evolução do impacto da queima de 600 cigarros, nos materiais utilizados; - Exposição dos materiais utilizados na experiência científica; - Debate em torno de crenças e mitos relacionadas com o consumo de tabaco.	Combinação entre método expositivo, brainstorming, método participativo e método interativo.			30
Conclusão	<i>Kahoot!</i> ® “Finalíssima: A Medalha será de quem?”; Resumo das ideias chaves a salientar sobre as crenças associadas ao consumo de tabaco.	Dinâmica de grupo; Jogo interativo; Método Expositivo.			15

(Adaptado de material didático da disciplina “Metodologias de Intervenção Comunitária”, 2018).

## **APÊNDICE XII – Fotografias da Atividade Experimental**



30 maços  
de tabaco

600  
cigarros

1 maço de tabaco  
30 cigarros



2 maços de tabaco  
40 cigarros



3 maços de tabaco  
60 cigarros



4 maços de tabaco  
80 cigarros



5 maços de tabaco  
100 cigarros



6 maços de tabaco  
120 cigarros



10 maços de tabaco  
200 cigarros



20 maços de tabaco  
400 cigarros

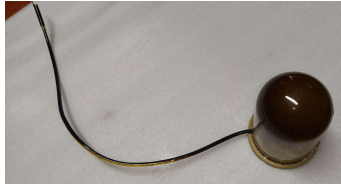




10 maços de tabaco  
200 cigarros



**30 maços**  
(600 cigarros)



## **APÊNDICE XIII – Cronograma de Atividades**

**Cronograma de Gantt (Programação das atividades)**

Meses Etapas do Planejamento em Saúde	Outubro 2022	Novembro 2022	Dezembro 2022	Janeiro 2023
Diagnóstico da Situação	■	■	■	■
Determinação de Prioridades				■
Fixação de Objetivos				■
Seleção de Estratégias				■
Preparação Operacional				■
Execução				■
Avaliação	■	■	■	■
Elaboração do Projeto	■	■	■	■

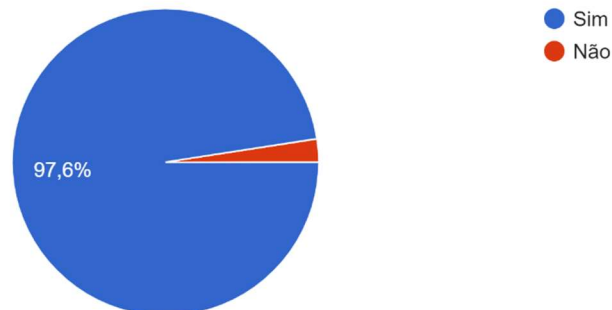
Adaptado de Imperatori & Giraldes (1993).

## **APÊNDICE XIV – Dados dos Formulários de Avaliação**

## Respostas ao formulário “Sessão nº 1 – Tabaco e a tua Saúde”

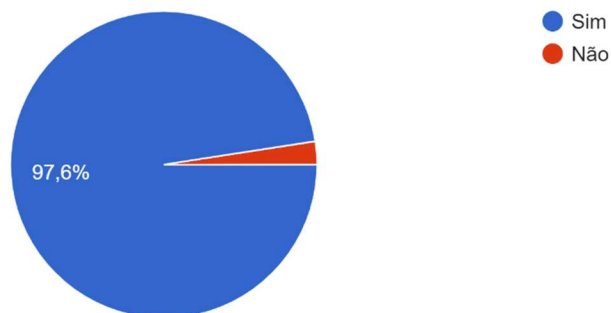
A informação foi transmitida de forma clara?

41 respostas



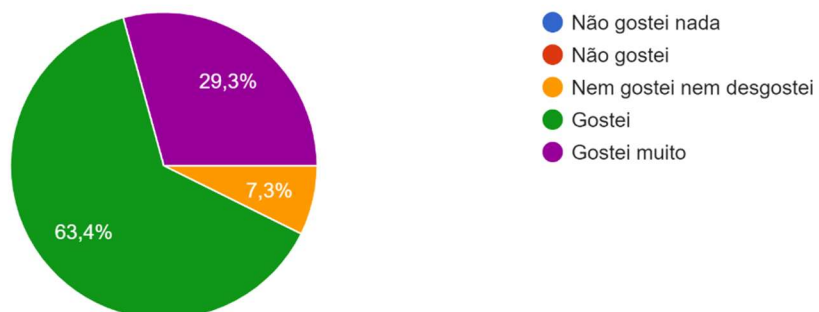
Aprendi coisas novas com esta sessão de educação para a saúde?

41 respostas



De que forma avalias a sessão?

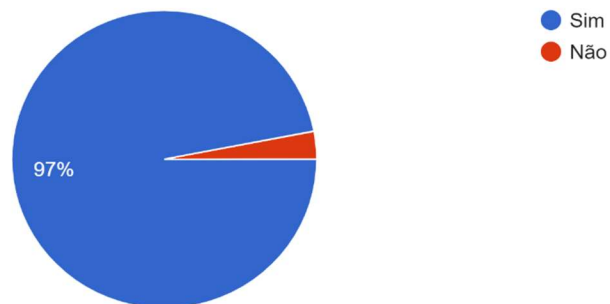
41 respostas



## Respostas ao formulário “Sessão nº 2 – Vendo e Aprendendo”

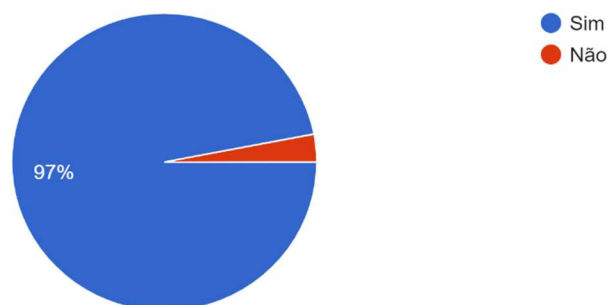
A informação foi transmitida de forma clara?

33 respostas



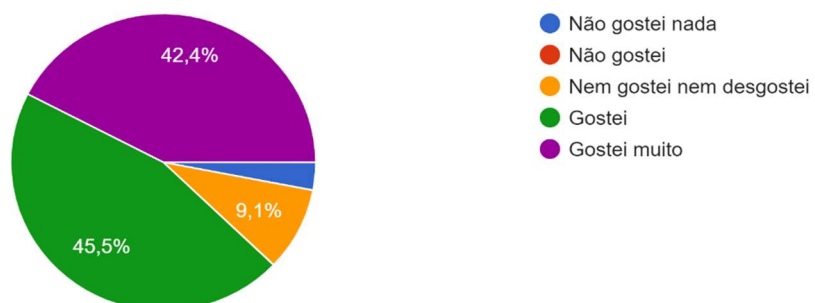
Aprendi coisas novas com esta sessão de educação para a saúde?

33 respostas



De que forma avalias a sessão?

33 respostas



# ANEXOS

**Anexo I - Aval positivo do Diretor do Agrupamento de Centros de  
Saúde**

---

## Pedido de Autorização de Realização de Projeto

---

[REDACTED] | ACES [REDACTED] - Diretor Executivo

18 de outubro de 2022  
às 20:27

Para: Lara Ribeiro [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Boa noite Sra. Enfermeira Lara Ribeiro

Autorizado nos termos propostos.  
Votos de um bom trabalho.

Cumprimentos,

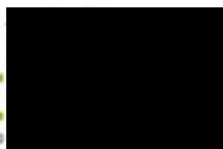
[REDACTED]  
Diretor Executivo

ACES [REDACTED]

[REDACTED]  
[REDACTED]



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



**Anexo II - Aval positivo da Diretora Executiva do Agrupamento de**  
**Escolas**

---

## Autorização para Projeto Saúde Escolar

---

AEPA Agrupamento Escolas [Redacted]

10 de outubro de 2022 às 11:24

Para: Lara Ribeiro [Redacted]

Cc: [Redacted]

Ex.am Sr<sup>a</sup>  
Lara Ribeiro

Face ao exposto, informo que nada temos a opor, no que respeita à realização do estudo no nosso Agrupamento

Cordialmente

[Citação ocultada]

--

A Diretora

[Redacted]

---

**Anexo III** - Questionário "SmokeOut II", do Centro de Investigação em  
Estudos da Criança (CIEC) da Universidade do Minho,  
Braga



6. 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
Pai	<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
Mãe	<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

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

7.1 Pai \_\_\_\_\_

7.2 Mãe \_\_\_\_\_

8. Alguma vez experimentaste fumar tabaco? (mesmo que tenha sido apenas "uma passa")?

- a) Sim ..... 1  
 b) Não ..... 2

8.1 Se já **experimentaste fumar tabaco**,

a) com que idade experimentaste? \_\_\_\_\_ anos

b) quantas vezes experimentaste?  1-2 vezes  3-10  >10

8.2. Se respondeste **NÃO**, achas que vais experimentar fumar tabaco?

	De certeza que sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	De certeza que não
No próximo mês?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
No próximo ano?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Antes dos 18 anos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Depois dos 18 anos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

9. 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

9.1. Se atualmente fumas (mesmo que só de vez em quando):

9.1.1. Com que idade começaste a fumar mais regularmente? \_\_\_\_\_ anos

9.1.2. Quanto tempo depois de acordares fumas o primeiro cigarro?

- a) Menos de 5 minutos ..... 1  
 b) Entre 6 e 30 minutos ..... 2  
 c) Entre 31 e 60 minutos ..... 3  
 d) Mais de 1 hora ..... 4

**9.1.3. Com que frequência fumaste tabaco nos últimos 30 dias?**

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

**10. Já tentaste deixar de fumar?**

- a) ..... Sim <sup>1</sup>
- b) ..... Não <sup>2</sup>
- c) ..... Não fumo <sup>3</sup>

**10.1. Se tentaste deixar de fumar, quantas vezes já tentaste?**

- a) ..... 1 a 2 vezes <sup>1</sup>
- b) ..... 3 a 10 vezes <sup>2</sup>
- c) ..... Mais de 10 vezes <sup>3</sup>

11. Achas que vais deixar de fumar?	De certeza que sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	De certeza que não
No próximo mês?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
No próximo ano?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Antes dos 18 anos?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Depois dos 18 anos?	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

12. As seguintes pessoas fumam? (Escolhe apenas uma opção para cada pessoa)	Fuma	Não fuma	Não sei	Não tenho
Pai	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Mãe	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Irmão(s) /Irmã(s)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Namorado(a)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

13. As seguintes pessoas fumam no interior da casa ondes 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"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
A tua mãe (ou senhora responsável por ti)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
O teu pai (ou senhor responsável por ti)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Irmão(s)/Irmã(s)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Outra pessoa com quem vives: (Indica quem)_____	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Outra pessoa que vá à tua casa	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

14. Considera as pessoas que vivem na casa onde resides a maior parte do tempo.

14.1. Número de pessoas que fumam em casa \_\_\_\_\_

14.2. Número de pessoas que fumam, mas não fumam em casa \_\_\_\_\_

15. Consideras que as seguintes pessoas gostariam que tu fumasses? (*Escolhe apenas uma opção para cada pessoa*)

	Sim	Não	Não sei	Não se aplica
Pai (ou senhor responsável por ti)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Mãe (ou senhora responsável por ti)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Irmã(o)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Melhor amigo(a)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Namorado(a)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

16. Alguma destas pessoas já te falou sobre os malefícios do tabaco? (*malefício = que é mau*)

	Sim, várias vezes	Sim, algumas vezes	Não	Não se aplica
Pai (ou senhor responsável por ti)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Mãe (ou senhora responsável por ti)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Irmã(s) / Irmão(s)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Amigo(s)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Professore(s)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Médico(s) / Enfermeiro(s)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

17. Se um amigo te oferecesse um cigarro para fumares, como achas que irias reagir?

- a) ..... De certeza que recusava o cigarro <sup>1</sup>
- b) ..... Provavelmente recusava o cigarro <sup>2</sup>
- c) ..... Não sei <sup>3</sup>
- d) ..... Provavelmente aceitava o cigarro <sup>4</sup>
- e) ..... De certeza que aceitava o cigarro <sup>5</sup>

18. De que modo consideras que o tabaco é prejudicial para: (*prejudicial = que faz mal*)

	Nada prejudicial	Pouco prejudicial	Prejudicial	Muito prejudicial
Pulmões	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Coração	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Pele	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Dentes	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Sexualidade	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
Capacidade de fazer desporto	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
A saúde no geral	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

19. Onde passas a maior parte do teu tempo livre? (*Podés assinalar só até 3 opções*)

- a) Casa ..... <sup>1</sup>      d) Centro Comercial ..... <sup>4</sup>      g) Locais para atividades extracurriculares (ATL, desporto, musica, grupos de jovens, etc.) <sup>7</sup>
- b) Casa de amigos ..... <sup>2</sup>      e) Café ..... <sup>5</sup>
- c) Espaços ao ar livre ..... <sup>3</sup>      f) Bares ou Discoteca ..... <sup>6</sup>

20. Como te sentes em relação à escola?

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

21. Gostavas de saber mais sobre o tabaco?

- a) Sim, porque quero saber mais .....  1  
 b) Sim, porque sei poucas coisas sobre o tema...  2  
 c) Sim, porque \_\_\_\_\_

- d) Não, porque já sei tudo.....  3  
 e) Não, porque não tenho interesse .....  4  
 f) Não, porque \_\_\_\_\_

22. Qual a tua opinião em relação às seguintes afirmações?

	Tenho a certeza que é falsa	Acho que é falsa	Não sei	Acho que é verdadeira	Tenho a certeza que é verdadeira
Fumar é bom para emagrecer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
O tabaco ajuda a acalmar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Quem fuma tem uma pele envelhecida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Não é prejudicial para a saúde estar numa sala com fumadores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
A maioria dos adultos fuma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Os fumadores têm mais amigos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
As raparigas são mais sensíveis ao fumo do tabaco	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
O tabaco é uma droga muito viciante	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
A maioria dos jovens fuma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fumar só tem consequências negativas na saúde se se fumar durante muitos anos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
É prejudicial para a saúde estar ao lado de alguém que está a fumar ao ar livre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fumar durante a gravidez prejudica o bebé	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fumar é caro e prejudica a economia familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fumar é uma boa maneira dos jovens mostrarem que são independentes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fumar alivia a tristeza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fumar torna as pessoas mais bonitas/interessantes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fumar provoca doenças sem importância	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fumar aumenta a probabilidade de ter cancro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

23. Qual a frequência com que ouves ou vês referidos assuntos relacionados com tabaco?

	Muitas Vezes	Várias vezes	Algumas vezes	Nunca
Televisão	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Rádio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Internet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Locais de convívio com amigos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Escola	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Centro de Saúde / Hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Esta foi a última pergunta.

Muito obrigado(a) pela tua colaboração! 😊

**Anexo IV - Aval positivo para aplicação de instrumento de  
colheita de dados**

---

## Solicitação de novo questionário

---

Isabel Sousa [REDACTED]

30 de maio de 2019 às 10:11

Para: Lara Ribeiro [REDACTED]

Cc: José Precioso <precioso@ie.uminho.pt>

Bom dia Enf. Lara Ribeiro,

em seguimento do seu pedido envio, em anexo, o questionário solicitado e relembro que foi usado como pré-teste e pós-teste, tanto no 2º ciclo como no 3º ciclo.

Após consulta de opinião do Prof. Doutor José Precioso, investigador responsável do projeto (a minha participação no projeto foi como investigadora - bolseira da FCT) pode utilizar os materiais em questão, desde que faça referência ao projeto em que estes foram concebidos e aplicados e também à instituição que acolheu o projeto e onde este foi desenvolvido, Centro de Investigação em Estudos da Criança (CIEC) da Universidade do Minho, Braga.  
Continuação de bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos

-----  
Isabel Sousa

Doutoranda em Ciências da Educação  
Instituto de Educação - CIEC  
Universidade do Minho  
E-mail: [REDACTED]

[Citação ocultada]

---

 **QuestSmokeOut\_Pré e Pós-Teste.pdf**  
517K

**Anexo V** - Aval positivo da Comissão de Ética em Saúde da  
Administração Regional de Saúde da Região de Lisboa e  
Vale do Tejo

Exma. Senhora

Dr.ª Lara Ribeiro

[REDACTED]

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		7536/CES/2022	

**Assunto: Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 16.12.2022, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

  
O Conselho Directivo  
**LUÍS PISCO**  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, I.P.

Parecer 110/CES/INV/2022

• **Título do projeto**

Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar.

• **Investigador e instituição de afiliação**

Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro, mestranda na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da 2ª Edição do Mestrado em Associação (Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco)

• **Promotor / parceiros**

NA

• **Contacto do investigador principal**

NA

• **Orientador Pedagógico (se aplicável)**

Anabela Coelho, Professora Adjunta da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João Deus

Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [REDACTED]

• **Outros elementos da equipa de investigação e respetivas afiliações institucionais. Instituição responsável pela investigação**

NA

• **Local do estudo**

Unidade de Cuidados na Comunidade, do ACES [REDACTED]

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

**Fundamentação**

Na introdução do projeto deve ser incluída uma Revisão do estado da arte e descrição de estudos de idêntica natureza realizados em Portugal e em outros países por forma a justificar o mesmo sob o ponto de vista do seu valor social e pertinência científica.

É consagrada no Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s, a relevância da problemática do tabagismo em jovens portugueses, na medida em que as ações de intervenção que objetivam a prevenção do consumo de tabaco nestas idades, é identificada como estratégia a manter/reforçar, de forma a modificar a prevalência de problemas de saúde de elevada magnitude (Direção Geral da Saúde [DGS], 2021).

o Programa Nacional de Saúde Escolar reconhece os consumos tabágicos no contexto da comunidade educativa, a sua vigilância e monitorização, como temáticas de relevo e fundamento para agir em todos os níveis de prevenção, de forma a minimizar o impacto na saúde dos indivíduos, validando desta forma o incremento de ações de prevenção e promoção em saúde, nesta comunidade específica

A nível global, o consumo de tabaco é prática comum a mais de 1 bilhão de pessoas, é assumida como a causa de morte evitável com maior expressão, e uma das principais preocupações ligadas à saúde pública, particularmente na Europa, dado que perto de 8.7 milhões de mortes anuais foram atribuídas ao consumo

de tabaco, e 50% dos indivíduos morre prematuramente, resultando na perda de uma média de 14 anos de vida da população europeia (OMS, 2021; 2021a; EuropeanCommission, 2021).

O tabaco ocupa o segundo lugar quanto às substâncias psicoativas consumidas por alunos entre os 13 e os 18 anos, e ainda que se afira uma óbvia diminuição quanto ao consumo de cigarros de combustão, mantém-se a apresentação preferencial de consumo de tabaco entre os jovens portugueses. Em 2020, 2 em cada 5 alunos já tinha fumado tabaco, 3 em cada 10 fizera-o no último ano, e 1 em cada 5 no último mês.

O contexto escolar é particularmente rico em oportunidades de sucesso para ações que toidam as escolhas e o desenvolvimento cognitivo, social e comportamental dos jovens (Carvalho *et al*, 2017). Com vista a que os adolescentes adotem comportamentos promotores da saúde, é necessário que, com a colaboração do enfermeiro, percecionem os ganhos em saúde, os obstáculos ou sacrifícios pessoais que terão de realizar para obterem e/ou manterem um elevado nível de saúde, percecionando também a sua autoeficácia e autoconfiança, aquando da adoção de atitudes e comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh, &Parsons, 2011).

A proposta de tema do projeto de intervenção comunitária é, "Prevenção do Consumo de Tabaco em Adolescentes em Meio Escolar", enquadrando-se no plano de atividades de uma UCC, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar

### Objetivos

Contribuir para a promoção de escolhas livres e informadas na tomada de decisão relativas ao início/cessação do consumo de tabaco, em alunos do 7º ano, numa Escola em Odivelas, informar os jovens sobre os riscos ligados à exposição ao fumo ambiental e ao consumo de tabaco; informar os jovens acerca da instalação da dependência da nicotina; clarificar crenças, mitos e perceções dos jovens relativos ao consumo de tabaco; capacitar os jovens para superar os incentivos, dos seus pares ou sociais, para o consumo do tabaco; promover atitudes que permitam criar ambientes livres de tabaco.

### População, materiais e métodos

- **Desenho do estudo / Tipo de estudo**

Projeto de intervenção comunitária em contexto escolar, numa Escola de ██████████, desenvolvido segundo o método de planeamento em saúde,

Considerando a metodologia pré e pós-teste, no início e no final da intervenção respetivamente, será realizada reaplicação do mesmo questionário após toda a intervenção completada, em contexto similar ao criado no momento inicial,

- **População (se aplicável)**

A população-alvo é constituída por 55 alunos do 7º ano de escolaridade de uma das escolas do agrupamento de escolas integrado na área de abrangência da UCC

- **Amostra: processo de amostragem e cálculo da dimensão amostral; Modalidade de Recrutamento; Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão**

amostra não probabilística – por conveniência

A amostra foi selecionada pelos docentes alocadas ao Programa de Educação para a Saúde

**Critérios de Inclusão:** jovens matriculados no 7º ano de escolaridade; pertencer à comunidade escolar da instituição selecionada; ter consentimento informado assinado pelo encarregado de educação.

**Critérios de exclusão:** não saber ler, escrever ou dominar a língua portuguesa; não estar matriculado nesta instituição; pertencer a outra turma de 7º ano de escolaridade que não as turmas selecionadas; não ter consentimento assinado

**Modalidade de Recrutamento:**

- Listagem das variáveis em estudo e sua definição (operacionalização das variáveis)

Constantes no ICD

- Fontes de informação e processo de recolha de dados (Incluir os questionários, escalas, formulários ou guiões de entrevistas a utilizar, em língua portuguesa. Se aplicável, enviar declaração das respetivas validações para a população portuguesa, se houver, ou justificação, no caso contrário).

Questionário - "SmokeOut – Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar: Construção e avaliação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças de género." - do Centro de Investigação em Estudos da Criança, da Universidade do Minho

O questionário será aplicado antes e após a intervenção

- Plano de Análise Estatística

Os dados obtidos vão ser tratados com recurso ao programa estatístico SPSS, usando medidas de estatística descritiva, concretamente as frequências absolutas, relativas e médias, procurando identificar regularidades em tabelas e/ou gráficos, e outras medidas descritivas como os desvios padrão

#### Cronograma

entre Novembro de 2022 e janeiro de 2023

#### Custos, Financiamento e Recursos Humanos (Indicar se envolve recursos humanos das Instituições envolvidas)

Com a elaboração deste estudo, prevê-se a utilização de recursos materiais e de equipamento suportados na totalidade pela estudante; físicos (as instalações da escola a intervir); e humanos (horas de trabalho alocadas aos elementos da equipa multidisciplinar da equipa de saúde escolar). Quanto a recursos físicos (instalações da escola a intervir) e humanos (horas de trabalho alocadas aos elementos da equipa multidisciplinar da equipa de saúde escolar), pretende-se operacionalizar as intervenções junto dos alunos, nos tempos alocados ao Programa de Educação para a Saúde, já existente e programado para a UCC na escola em questão. Custos previstos: 7501.65.

#### 2.2.7. aspetos éticos

Deve ser claramente referido:

- Danos e riscos prováveis da investigação nos participantes (danos físicos, emocionais ou psicológicos), formas previstas para diminuir a sua ocorrência e ações programadas para os resolver.

Menores que mínimos

- Explicar como é feita a proteção dos dados:

- **Processos de anonimização/anonimização irreversível ou pseudonimização dos dados/codificação de dados;**

Os questionários que se pretende aplicar não permitem a identificação dos participantes

A recolha dos questionários será realizada pela mestranda; irá ser atribuída uma codificação aos questionários, sendo esta apenas de conhecimento da mestranda, que organizará e tratará os dados recolhidos numa base de dados

Também o nome da UCC e da orientadora clínica serão omissos aquando da publicação do relatório do estágio

- **Processo de armazenamento dos dados e sua segurança: quem vai ter acesso, como é prevenido acesso acidental ou propositado de terceiros;**

A base de dados tem acesso restrito à estudante

Durante o decorrer do projeto os questionários serão guardados na habitação da mestranda, em local fechado

- **No final da investigação qual o destino a dar aos formulários de recolha de dados, consentimentos informados, demais suportes de informação, bases de dados, amostras biológicas. O que não vai ser destruído, onde fica guardado, para que fins e com que medidas de proteção. Quanto tempo vai ficar guardado até ser destruído**

No final do estágio, todos os dados eletrónicos, assim como os questionários físicos serão guardados até ao término do ano letivo de 2022/2023, momento em que a mestranda terminará o seu mestrado. Após este período, serão destruídos

**As formas previstas de divulgação dos resultados**

os resultados do projeto serão publicados e disponibilizados aos participantes que o solicitarem

**Conflitos de interesse existentes**

Declaração de interesses: nada a declarar

**Acesso aos participantes / pedido de consentimento:**

ocorrerá a primeira sessão junto dos 55 alunos, em contexto de sala de aula alocada ao PES, na presença do professor responsável de turma, sendo os alunos informados sobre a finalidade do estudo, e entregue dois exemplares do documento de pedido de consentimento informado, para que o entreguem aos seus encarregados de educação, devendo devolver apenas um assinado na segunda sessão atribuída a este projeto, ficando ambas as partes com um duplicado.

<b>Folha de informação ao/à participante no estudo e formulário de consentimento informado **</b>	
Título do projeto;	S
Promotor;	NA
Local onde se realiza o estudo	S
Responsável pelo estudo/ Nome do investigador principal e dos co investigadores	S
Objetivo do estudo / Descrição da investigação: o que vai ser feito, porque vai ser feito, como vai ser feito	S
Porque está a ser convidado/a a participar	S
O que irá acontecer se decidir participar / Descrição da participação do sujeito na investigação, incluindo procedimentos experimentais	S

Quais os possíveis riscos e benefícios em participar no estudo / Informação sobre os riscos previsíveis da participação; se não existirem benefícios diretos para o participante isto deverá ser indicado	S
Indicação do carácter voluntário da participação, podendo o participante retirar-se deste sem consequências e mantendo o seu tratamento médico sem alterações	S
Indicação de que os/as participantes não recebem compensação monetária por participar no estudo (mas devem ser ressarcidos de eventuais gastos em transporte e afins se houver lugar a deslocações e procedimentos ou consultas que estejam fora do seguimento habitual do participante)	N
Como se protegerá a privacidade e o que acontecerá aos dados do/da participante (explicitar que caso o participante pretenda retirar-se do estudo a partir de um período de tempo poderá não haver lugar ao apagamento dos dados recolhidos até aquele momento)	S
Contactos da equipa de investigação, do Encarregado de Proteção de Dados e das pessoas a contactar em caso de dúvidas, problemas ou questões sobre direitos do participante	S
Se há recolha de amostras biológicas, indicar qual o seu destino após a utilização para que é dado o consentimento; indicar se as amostras serão destruídas ou conservadas; no último caso indicar como será preservado o anonimato	NA
Declaração do sujeito indicando que foi informado e compreende as condições de sua participação e as aceita. No caso de pessoas menores ou não legalmente competentes, deve ser previsto o consentimento da pessoa legalmente responsável pelo sujeito. No caso de pessoas que não sabem ler ou escrever, o consentimento deve ser lido e explicado pelo investigador ou seu representante e o consentimento deve ser obtido mediante aposição de impressão digital em presença duma testemunha	S
Nome e assinatura do investigador que convida e nome e assinatura de quem aceita participar, em duplicado, ficando o original na posse do investigador e uma cópia para o/a participante	S

Tabela 1 - *Apreciação do Formulário de Consentimento Informado*

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

CV dos Investigadores: Presente

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: Presente

Declaração dos profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores: NA

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Autorização para o estudo por parte da Diretora do Agrupamento de Escolas [REDACTED] Parecer favorável da Coordenadora da UCC [REDACTED] Enf [REDACTED]

Declaração do Diretor Executivo do ACES: Parecer favorável do Diretor Executivo do ACES [REDACTED]

Previsão de custos financeiros para os ACES: Não

Compromisso de entrega de relatório final: Presente

**Critérios de apreciação de estudos, pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT:**

Envolve utentes e/ou profissionais de Saúde da ARSLVT? Sim

É um estudo que ainda não se iniciou? Sim

É um estudo que envolve seres humanos: Sim

É uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento: Sim

### **Apreciação**

Trata-se de um estudo que integra a fase de diagnóstico e avaliação de um projeto com metodologia de Planeamento em Saúde. Apresenta fundamentação para a sua execução podendo ter aplicação na prática clínica.

Da análise da documentação enviada subsistem algumas dúvidas para as quais se solicita a seguinte informação:

- não fica clara qual a população e amostra selecionadas;
- qual o plano de análise estatística;
- tal como refere, este estudo envolve utilização de inúmeros recursos, pelo que, seria recomendável a realização dos cálculos desses custos, tornando visível o investimento realizado neste projeto;
- do texto de consentimento informado dirigido aos encarregados de educação, importa completar a informação relativa aos 2 momentos de aplicação do questionário assim como à intervenção prevista,
  - relativamente aos eventuais participantes, atendendo ao ciclo de vida e capacidade de compreensão e decisão, o estudo deverá prever a recolha do assentimento dos mesmos;
  - no que reporta à destruição dos documentos e bases de dados do estudo, recomenda-se que o seu armazenamento seja realizado por um tempo razoável após a divulgação dos dados, permitindo que se retorne aos mesmos caso haja alguma dúvida;
  - compromisso de entrega de relatório final a esta CES.

Propõe-se o envio das objeções à investigadora.

Ficaremos a aguardar pela resposta, no prazo de 6 meses, uma vez ultrapassado este prazo, será necessária uma nova submissão.

Relativamente às respostas, agradecemos que nos sejam enviadas, com as alterações devidamente assinaladas.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

04.11.2022

### **Apreciação final:**

Trata-se de um estudo que integra a fase de diagnóstico e avaliação de um projeto com metodologia de Planeamento em Saúde. Apresenta fundamentação para a sua execução podendo ter aplicação na prática clínica.

Numa primeira análise da documentação enviada foram colocadas questões relativamente à definição da população e amostra, plano de análise estatística, consentimento informado, destruição da documentação e dados, cálculo dos custos e compromisso de entrega do relatório final a esta CES.

Em resposta posterior todas as questões ficaram devidamente esclarecidas ficando patente o respeito pelos princípios éticos aplicáveis a este tipo de estudo e população pelo que se emite parecer favorável ao desenvolvimento deste estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

16.12.2022

## **Anexo VI - Indicações para interpretação de dados**

## Re: Questionário SmokeOutII

Isabel Sousa [REDACTED]

dom, 11/12/2022 11:11

Para: Lara Sofia Zacarias Carmona Ribeiro [REDACTED]

Bom dia Enfermeira Lara!

Espero encontrá-la bem.

Quanto à questão que me coloca, de facto, a percentagem de alunos a responder "Não sei" é muito significativa e deve dar relevância a este facto.

Sim, sugiro fazer uma intervenção através da aplicação do programa de prevenção do tabagismo com o objetivo de aumentar os conhecimentos dos alunos sobre os efeitos do tabaco no organismo humano.

Continuação de bom trabalho.

-----  
Atenciosamente,

Isabel Sousa

PhD em Ciências da Educação

Membro do CIEC do Instituto de Educação da U. Minho

Docente no Ministério da Educação

Formadora na Agência Nacional para a Qualificação e Ensino Profissional (ANQUEP)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5217-8121>

CIÊNCIA ID: 1519-475A-0A3B