



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 nos
jovens do 3º Ciclo do Ensino Básico”**

Sofia dos Anjos Melo Senhorinho Rodrigues

Orientação: Professora Dr.ª Ermelinda Caldeira

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



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 nos jovens do 3º Ciclo do Ensino Básico”

Sofia dos Anjos Melo Senhorinho Rodrigues

Orientação: Professora Dr.ª Ermelinda Caldeira

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Dr.ª Eugenia Grilo

Arguente: Professora Dr.ª Ana Clara Nunes

Orientador: Professora Dr.ª Ermelinda Caldeira

Setúbal, 22 de junho 2023

“O futuro não é um lugar onde estamos indo, mas um lugar que estamos criando.
O caminho para ele não é encontrado, mas construído e o ato de fazê-lo muda tanto o
realizador quanto o destino”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer à minha família pelo suporte e por todos os momentos que abdicamos juntos em prol deste projeto.

Aos meus pais que me incentivaram, apoiaram e me ampararam ao longo deste percurso repleto de desafios, incertezas, obstáculos, alegrias e vitórias.

Um caminho árduo, que se tornou mais leve graças às minhas companheiras de viagem: Rosa Machado; Liliana Monteiro; Ana Romão e Patrícia Fernandes, juntas estudamos, aprendemos, rimos e choramos. O meu obrigada pela partilha e suporte do início ao fim, sem vocês não teria sido a mesma coisa.

Agradeço ao meu marido pela compreensão e paciência nos meus dias não, assim como, o seu companheirismo, amor e suporte ao longo deste percurso.

Ao meu filhote, que com o seu sorriso, amor, carinho e abraço caloroso me deu força para continuar.

À Professora Doutora Ermelinda Caldeira pela orientação, disponibilidade e aconselhamento na elaboração deste projeto.

À Enfermeira Ana Grossinho pelo apoio, disponibilidade e compreensão ao longo do estágio. E a toda a equipa da USP que me acolheu.

A todos os professores das escolas pela sua atenção e disponibilidade, permitindo a execução deste projeto.

Às minhas colegas de trabalho pela compreensão e por facilitarem as trocas de turnos para que eu conseguisse frequentar as aulas e estágio.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este projeto se realizasse.

O meu profundo e sincero agradecimento a todos, Obrigada!

RESUMO

A epidemia do tabaco é uma das principais causas de morbilidade, mortalidade e empobrecimento. O tabagismo constitui um problema de saúde pública e incidir na promoção da saúde a nível dos consumos aditivos – tabaco, nos jovens é fundamental, com foco na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis.

Objetivo: Contribuir para a prevenção do consumo de tabaco nos alunos do 7º ano de escolaridade de uma escola agrupada integrada no parque escolar de uma USP, até ao final do ano letivo de 2023.

Métodos: Trata-se de um projeto de intervenção comunitária no âmbito da saúde escolar, incidindo nos jovens no 3º ciclo do ensino básico, seguindo a metodologia de Planeamento em saúde. Para o diagnóstico de situação foi aplicado um inquérito por questionário a 219 jovens, “SmokeOut – Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar” (Precioso, 2016). A informação foi tratada com recurso ao SPSS. Desenvolvido um projeto de prevenção do consumo de tabaco.

Resultados: Através da análise dos dados obtidos no diagnóstico de situação de saúde, destaca-se o défice de conhecimentos relacionados com tabagismo, seus malefícios/ falsas crenças e a baixa capacidade de recusa face à oferta do cigarro. Devido à limitação temporal para o desenvolvimento do projeto de prevenção em todas as escolas envolvidas, este foi apenas desenvolvido numa escola e a avaliação do mesmo foi bastante positiva.

Conclusão: Identifica-se a importância de incentivar a implementação de programas na área da prevenção do tabagismo nos jovens, de forma a promover a saúde, prevenir a doença, contribuindo para a sensibilização, capacitação e aumento da literacia em saúde, sendo a escola o local privilegiado para a intervenção comunitária neste âmbito.

Descritores: Tabaco, adolescentes, prevenção do tabagismo, promoção da saúde; Enfermagem Comunitária, Saúde Pública.

ABSTRACT

The tobacco epidemic is one of the main causes of morbidity, mortality and impoverishment. Smoking is a public health problem and focusing on promoting health in terms of addictive consumption – tobacco, among young people is fundamental, with a focus on the prevention of chronic non-communicable diseases.

Objective: Contribute to the prevention of tobacco consumption in 7th grade students of a grouped school integrated in the school park of a USP, until the end of the 2023 school year.

Methods: This is a community intervention project in the field of school health, focusing on young people in the 3rd cycle of basic education, following the Health Planning methodology. To diagnose the situation, a questionnaire survey was applied to 219 young people, “SmokeOut – Smoking prevention in school-age children and adolescents” (Precioso, 2016). The information was processed using SPSS. Developed a tobacco prevention project.

Results: Through the analysis of the data obtained in the diagnosis of the health situation, the lack of knowledge related to smoking, its harmful effects/false beliefs and the low capacity to refuse the offer of cigarettes stand out. Due to the time limitation for the development of the prevention project in all the schools involved, it was only developed in one school and the evaluation of it was very positive.

Conclusion: It is identified the importance of encouraging the implementation of programs in the area of prevention of smoking in young people, in order to promote health, prevent disease, contributing to awareness, training and increase of health literacy, with the school being the privileged location for community intervention in this area.

Descriptors: Tobacco, adolescents, smoking prevention, health promotion; Community Nursing, Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

APPSP - Associação Portuguesa para a promoção da Saúde Pública

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários

CQCT – Convenção Quadro sobre o controlo do tabaco

DCNT – Doenças Crónicas não transmissíveis

ECATD-CAD - Estudo sobre Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Enf.^a – Enfermeira

HPM - Modelo de Promoção da saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

Km² – Quilómetros quadrados

NUT - Nomenclaturas das Unidades Territoriais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PLSA - Plano Local de Saúde da Arrábida

PNPCT - Programa Nacional para a Prevenção e controlo do Tabagismo

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP – Unidade Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1. TABAGISMO, SUA EPIDEMIOLOGIA E ESTRATÉGIAS/ MEDIDAS PREVENTIVAS	19
1.2. CONSUMO TABACO NOS JOVENS	26
1.3. SAÚDE ESCOLAR E A IMPORTÂNCIA DO EEECS NO CONTEXTO	30
1.4. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	33
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	39
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO E SEUS RECURSOS	39
3. CARATERIZAÇÃO GEO-SOCIODEMOGRÁFICA	42
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO	42
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	43
3.3. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA	47
3.4. CARACTERIZAÇÃO DE SAÚDE	51
4. METODOLOGIA	57
4.1. POPULAÇÃO ALVO	58
4.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	59
4.3. METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS	60
4.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	60
5. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	62
5.1. RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO REFERENTE AO TOTAL DAS ESCOLAS INCLUÍDAS	63
5.2. RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO REFERENTE À ESCOLA ALVO DE INTERVENÇÃO	71
5.3. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS	79
6. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	81
7. OBJECTIVOS	84
8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	87
8.1 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	87
8.2 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	89
8.3. COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO	97
8.4. FINANCIAMENTO/ RECURSOS	98

8.5. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	99
9 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	101
10 . REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	109
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
APÊNDICES.....	125
APÊNDICE I – Pedido de autorização para utilização do questionário.....	126
APÊNDICE II – Pedido e autorização ao Coordenador da USP/ Coordenador PNSE do ACES e do Diretor Executivo do ACES	128
APÊNDICE III – Pedido de autorização aos Agrupamentos de Escolas respetivas respostas.....	131
APÊNDICE IV – Consentimento Informado Livre aos Encarregados de Educação .	136
APÊNDICE V – Pósteres com Diagnóstico de Situação de cada escola	139
APÊNDICE VI – Planos das sessões de educação para a saúde	142
APÊNDICE VII – Material utilizado nas sessões de educação para a saúde	153
APÊNDICE VIII – Resumo artigo original:	166
APÊNDICE IX – Questionário de Satisfação das ações educativas e seus resultados	168
ANEXOS	171
ANEXO I – Questionário Aplicado.....	172
ANEXO II – Parecer da Comissão Ética para a Saúde	180
ANEXO III – Resposta da Direção Geral da Educação: monitorização de inquéritos em meio escolar	182
ANEXO IV – Declaração de presença no XXVI Encontro Nacional promovido pela APPSP	184

Índice Figuras

Figura 1 - Pelo menos, uma das políticas MPOWER ao mais alto nível de consecução (2007-2018)	22
Figura 2 – Aumento da população mundial abrangida por políticas selecionadas de controle do tabaco, 2007 a 2018.....	23
Figura 3 – Condição perante o consumo de tabaco da população com 15 ou mais anos, Portugal 2014 e 2019 e União Europeia 2014 (%).....	24
Figura 4 – Prevalência de consumo de tabaco ao longo da vida, nos últimos 12 meses e últimos 30 dias.....	26
Figura 5 – Matriz Organizacional e Funcional.....	39
Figura 6 - Pirâmide etária dos utentes inscrito.....	41
Figura 7- Mapa representativo da Área Metropolitana de Lisboa.....	42
Figura 8 – Principais etapas no processo de Planeamento da Saúde	58

Índice Gráficos

Gráfico 1– Densidade Populacional (2001-2021)	43
Gráfico 2 - População por grandes grupos etários (2001- 2021).....	44
Gráfico 3 - Pirâmide etária do Município	45
Gráfico 4 - Taxa bruta de natalidade	45
Gráfico 5 - Taxa bruta de mortalidade	46
Gráfico 6 - Alunos matriculados por nível ensino em 2020	47
Gráfico 7 - População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%)	49
Gráfico 8 - Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por setor de atividade em 2019.....	50
Gráfico 9 - Poder de compra per capita	51
Gráfico 10 – Pessoal de saúde: médicos, dentistas, enfermeiros e farmacêuticos	52
Gráfico 11– Rácio: Enfermeiro por 1000 Habitantes	53
Gráfico 12 - Óbitos por algumas causas de morte.....	54
Gráfico 13 - Proporção de inscritos por diagnóstico ativo dezembro 2015	55
Gráfico 14 - Respostas antes da intervenção “Se um amigo te oferecesse um cigarro para fumares, como achas que irias reagir?”	105
Gráfico 15 - Respostas depois da intervenção “Se um amigo te oferecesse um cigarro para fumares, como achas que irias reagir?”	105
Gráfico 16 - Respostas antes da intervenção “De que modo consideras que o tabaco é prejudicial para: (prejudicial = que faz mal)”	106
Gráfico 17 - Respostas depois da intervenção “De que modo consideras que o tabaco é prejudicial para: (prejudicial = que faz mal)”	106
Gráfico 18 - Respostas dos alunos à questão sobre conhecimentos/ crenças sobre o tabaco	108

Índice Quadros

Quadro 1: População Residente do concelho.....	43
Quadro 2: Alunos matriculados no ensino básico: total e por subsistema de ensino.....	48
Quadro 3: Taxa de retenção e de desistência do ensino básico (3º ciclo do ensino básico).....	49
Quadro 4: Determinantes de Saúde – Proporção de inscritos por diagnóstico ativo dezembro 2016 .	55
Quadro 5: Lista de problemas.....	80
Quadro 6- Comparação por pares	82
Quadro 7- Quadro objetivos e respetivas metas.....	86
Quadro 8 - Preparação operacional	94
Quadro 9 - Cronograma das sessões de educação para a saúde	97
Quadro 10 - Financiamento/ Recursos	99
Quadro 11 - Avaliação da implementação do projeto	103

Índice Tabelas

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica (N = 219)	63
Tabela 2 - Alguma vez experimentaste fumar tabaco?.....	64
Tabela 3- Se respondeste não, achas que vais experimentar fumar tabaco?	64
Tabela 4 - Atualmente fumas?	65
Tabela 5 - As seguintes pessoas fumam?	65
Tabela 6 - As seguintes pessoas fumam no interior da casa ondes vives?	66
Tabela 7 - Consideras que as seguintes pessoas gostariam que tu fumasses?.....	66
Tabela 8 - Alguma destas pessoas já te falou sobre os malefícios do tabaco?	67
Tabela 9 - Se um amigo te oferecesse um cigarro para fumares, como achas que irias reagir?	67
Tabela 10 - De que modo consideras que o tabaco é prejudicial para:.....	68
Tabela 11 - Onde passas a maior parte do teu tempo livre?	68
Tabela 12 - Como te sentes em relação à escola?.....	69
Tabela 13 - Gostavas de saber mais sobre o tabaco?	69
Tabela 14 - Qual a tua opinião em relação às seguintes afirmações?	70
Tabela 15 - Qual a frequência com que ouves ou vês referidos assuntos relacionados com tabaco?	71
Tabela 16- Caraterização sociodemográfica (N = 89)	72
Tabela 17 - Alguma vez experimentaste fumar tabaco?.....	73
Tabela 18 - Se respondeste não, achas que vais experimentar fumar tabaco?	73
Tabela 19 - Atualmente fumas?	73
Tabela 20 - As seguintes pessoas fumam?	74
Tabela 21 - As seguintes pessoas fumam no interior da casa ondes vives?	74
Tabela 22 - Consideras que as seguintes pessoas gostariam que tu fumasses?.....	75
Tabela 23 - Alguma destas pessoas já te falou sobre os malefícios do tabaco?	75
Tabela 24 - Se um amigo te oferecesse um cigarro para fumares, como achas que irias reagir?	76
Tabela 25 - De que modo consideras que o tabaco é prejudicial para:.....	76
Tabela 26 - Onde passas a maior parte do teu tempo livre?	77
Tabela 27 - Como te sentes em relação à escola?.....	77
Tabela 28 - Gostavas de saber mais sobre o tabaco?	77
Tabela 29 - Qual a tua opinião em relação às seguintes afirmações?	79
Tabela 30 - Qual a frequência com que ouves ou vês referidos assuntos relacionados com tabaco?	79
Tabela 31 - Cronograma de Atividades	99
Tabela 32 - Qual a tua opinião em relação às seguintes afirmações?	107

INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco pelos jovens é uma questão de saúde pública que preocupa os profissionais de saúde. Os efeitos nocivos do tabagismo são bem conhecidos e podem causar graves malefícios à saúde, como doenças cardiovasculares, respiratórias e cancro.

Além disso, o início precoce do consumo de tabaco pode levar ao desenvolvimento de uma dependência que pode persistir ao longo de toda a vida, sendo ainda, uma das principais causas de morte evitáveis.

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS, 2022], o tabaco mata mais de 8 milhões de pessoas todos os anos. E em Portugal, segundo estimativas do Institute for Health Metrics and Evaluation, em 2019 morreram mais de 13 500 pessoas por doenças associadas ao consumo do tabaco (DGS, 2021).

Neste entendimento, a prevenção do consumo de tabaco entre os jovens torna-se uma ação estratégica e prioritária. É nesta fase que muitos jovens iniciam o consumo de tabaco, aumentando assim o risco de desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis [DCNT] no futuro.

Neste enquadramento, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [EEECSP] rege-se por competências específicas enunciadas no Regulamento 428/2018 (2018), tendo como foco a promoção da saúde e a prevenção da doença. Dessas competências específicas destacam-se: a realização do diagnóstico de saúde da comunidade; a definição das prioridades e o estabelecimento de estratégias para a capacitação dos grupos mais vulneráveis; a implementação e monitorização dos programas de intervenção, considerando o perfil epidemiológico dos fenómenos de saúde e de doença.

O EEECSPP exerce o seu trabalho tendo por base o levantamento das necessidades e a respetiva formulação de diagnósticos de enfermagem demonstrando, assim, o quão fundamental é na melhoria continua dos cuidados prestados, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde. Conforme enunciado por Nunes (2013), os enfermeiros, pelas competências que lhe são inerentes, “declararam o seu compromisso de cuidado às pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promoverem o bem-estar e a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados” (Nunes, 2013, p.6).

Esta busca pelo bem-estar e qualidade de vida, com o objetivo de melhorar a saúde de cada um, está alicerçada nos pré-requisitos para a saúde enunciados na Carta de Ottawa – “paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos económicos, ecossistema estável,

recursos sustentáveis, equidade e justiça social”¹, reconhecendo-se também a importância da saúde como o maior recurso para o desenvolvimento social, pessoal e qualidade de vida (OMS, 1986).

Assim, no âmbito do Estágio Final em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, integrado no 1º Semestre do 2º ano do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi proposta a realização de um projeto de intervenção comunitária no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde. O projeto decorreu da realidade encontrada no local de estágio – uma Unidade de Saúde Pública [USP] integrada na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT] – e procurou-se evidenciar a caracterização dessa USP, bem como as suas necessidades em saúde e a realização do diagnóstico de situação de saúde.

Pretendeu-se, igualmente, a participação e dinamização do projeto de intervenção e respetiva avaliação, visando assim, dar resposta aos objetivos propostos pela Unidade Curricular suprarreferida.

Para além disso, proporcionou a aquisição de competências para a elaboração do presente relatório que explana o processo de desenvolvimento ao longo dos estágios I e final.

Tendo por base a metodologia de planeamento em saúde e a partir da concretização das suas etapas, pretendeu-se identificar e avaliar corretamente as necessidades de saúde de uma população. Tendo em vista a boa prossecução, o trabalho baseou-se em várias fontes de informação, na evidência científica e em estratégias de análise, através de uma vertente epidemiológica, que viabilizou, posteriormente, a priorização dos problemas e consequente intervenção comunitária.

Considerando a realidade do contexto de estágio, bem como as necessidades reveladas pela equipa a nível de intervenção na área da saúde escolar, relacionadas com o período pandémico que não permitiu na sua plenitude dar continuidade aos projetos existentes e ainda, tendo em conta que o Plano Local de Saúde da USP, considerava na sua fixação de objetivos de saúde a redução do número de utentes com hábitos tabágicos na população residente na área de influência do ACES (ACES, 2019), surgiu assim o presente projeto intitulado: “Prevenção do consumo de tabaco nos jovens do 3º ciclo do ensino básico”.

A pertinência da temática foi alicerçada em vários pressupostos, nomeadamente, ainda no anterior Plano Nacional de Saúde [PNS] na sua revisão e extensão de 2020 (que se encontrava em vigor no início do projeto), que tinha como uma das suas metas “reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental” (DGS, 2015a: 12). Não obstante, no decorrer do projeto afirma-se o presente

¹<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx/>

PNS 2021-2030 que reconhece como uma das necessidades de saúde em Portugal, a redução da prevalência dos fatores de risco associados aos consumos, nomeadamente e um dos mencionados, o tabaco (DGS, 2022).

Concomitantemente e neste contexto, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT, 2020) – no seu roteiro de ação 2021-2022 – tinha como alguns dos seus objetivos até 2020, reduzir para menos de 17% a prevalência de fumadores na população com idade ≥ 15 anos e a eliminação da exposição ao fumo ambiental do tabaco (DGS, 2021).

Deste modo, a promoção da saúde numa visão mais ampla, a médio longo prazo e com o intuito de alcançar ganhos em saúde e diminuição de custos, torna-se fundamental que o EEECSPP incida nas faixas etárias mais jovens de forma a capacitá-los para a tomada de decisão consciente em saúde, de forma a alcançarmos gerações futuras mais saudáveis e sustentáveis, sendo o meio escolar o ambiente favorável para este tipo de intervenção.

Ainda de acordo com o Referencial para a Educação para a Saúde (2017), foram identificados cinco temas principais, nos quais se define a abordagem mais adequada para cada faixa etária e, um deles vai de encontro à problemática referenciada – Comportamentos Aditivos e Dependência (DGS, 2017).

Deste modo, incidir na promoção da saúde a nível dos consumos aditivos – tabaco, na população do 3º ciclo do ensino básico que integra a área de influência da USP, afigura-se totalmente pertinente. Foi então desenvolvido um projeto na área da saúde escolar com o objetivo geral de “Contribuir para a prevenção do consumo de tabaco nos alunos do 7º ano de escolaridade de uma escola agrupada integrada no parque escolar da USP, até ao final do ano letivo de 2023.

O presente trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: primeiramente uma breve introdução; seguindo-se o enquadramento teórico, onde são abordados os conceitos chave sobre tabagismo, sua epidemiologia, tabagismo nos jovens, prevenção do consumo de tabaco e intervenção a nível da saúde escolar, com enfoque no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender; posteriormente contextualiza-se a realidade atual através da caracterização demográfica e epidemiológica local do município onde a população em estudo se insere.

Seguidamente, apresenta-se o diagnóstico de situação, que culmina com a lista de problemas identificados, a determinação de necessidades e consequente priorização.

Posteriormente, o estabelecimento dos objetivos e a seleção de estratégias mais adequadas, possibilitando a transição para a fase de preparação operacional, bem como a sua monitorização e avaliação.

Por fim, as considerações finais, onde foi realizada uma síntese das aprendizagens, as limitações encontradas e sugestões futuras – que serão fundamentais para a continuidade do

projeto –, assim como a reflexão sobre as competências gerais e específicas adquiridas ao longo deste percurso, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista.

As referências bibliográficas foram realizadas de acordo com a Norma de referência American Psychological Association (APA) – 7a Edição, e o trabalho redigido em conformidade com o novo Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Aquando da chegada de Cristóvão Colombo à América em 1492, o homem conhece o tabaco, que era plantado por todo o continente e muito antes disso, já os nativos o consumiam (Rosemberg, 2006; Sarmiento et al, 2019).

Na Europa o consumo de tabaco remonta ao século XVI e até ao final da primeira metade do século XX este era consumido maioritariamente sob a forma de rapé, cachimbo e charutos (Nunes, 2006).

Em Portugal, o tabaco chega no ano de 1542 através de Luís de Góis donatário no Brasil, sendo posteriormente plantado pela Farmácia Real em Lisboa (Rosemberg, 2006).

O consumo sob a forma de cigarro, surge em 1881, aquando da criação da máquina de enrolar cigarros, disseminando-se de forma exponencial (Nunes, 2006).

Ao longo dos anos, a indústria tabaqueira aliciou as pessoas a consumir o seu produto, através de poderosas estratégias de publicidade, marketing e patrocínios, transmitindo uma vida mais atraente, rebelde e independente para os que fumavam. Estas estratégias foram evoluindo ao longo de décadas de forma a serem mais eficazes e com o intuito de superar as medidas e campanhas que foram surgindo no âmbito da prevenção do consumo do tabaco (Tabacco Stops with Me, 2023a)²

Assim, desde o ano de 1940 que a indústria tabaqueira tentou ludibriar as pessoas, contratando médicos para promover o consumo de tabaco e diminuir a preocupação com os riscos associados. Mais tarde, entre os anos 50 e 60, esta indústria recorreu à contratação de celebridades para as campanhas publicitárias e inclusivamente patrocinava os próprios programas de televisão. Nos anos 90, na tentativa de atrair as camadas mais jovens, usaram personagens de desenhos animados nos seus anúncios. De 1990 a 2000, patrocinavam eventos desportivos, divulgando assim os seus produtos e até mesmo recorriam à distribuição de amostras gratuitas. Posteriormente, conseguiram introduzir imagens sobre o tabaco em filmes e vídeo jogos, como forma de aliciar os jovens (Tabacco Stops with Me, 2023a)³

² [The History Of Tobacco Marketing: It's a Scary Story. | Tobacco Stops With Me](#)

³ [The History Of Tobacco Marketing: It's a Scary Story. | Tobacco Stops With Me](#)

Em prol de abundantes lucros, a indústria tabaqueira levou ao prejuízo da saúde de muitos, à diminuição da qualidade de vida, aumento nos custos em saúde e inclusivamente, à perda de milhares de vidas (Tabacco Stops with Me, 2023b)⁴

Consequentemente, devido ao sucesso das estratégias suprarreferidas, os malefícios do consumo do tabaco não tardaram em surgir, mas muito desvalorizados inicialmente.

Porem, nos anos 20 registou-se um aumento exponencial de casos de cancro do pulmão, levando à realização de vários estudos na tentativa de demonstrar a relação entre o tabagismo e o cancro do pulmão (Nunes, 2006).

Consequentemente, em 1964 é oficialmente publicado nos Estados Unidos o Relatório *Smoking and Health*, evidenciando que alguns tipos de cancro, nomeadamente, pulmão e laringe estavam associados ao consumo do tabaco. E 20 anos depois a *U. S. Department of Health and Human Services*, reforça a mesma causalidade, com base em evidência científica desenvolvida ao longo de quarenta anos de investigação (Nunes, 2006).

Assim, constatamos uma relação direta entre consumo de tabaco e uma maior probabilidade de surgirem doenças tais como: cancro, nomeadamente cancro do pulmão; doenças do sistema circulatório e doenças do foro respiratório (Ferreira et al, 2013).

Neste contexto, foram implementadas medidas e restrições face ao consumo de tabaco (que serão abordadas no subcapítulo seguinte), sendo que uma das formas que a indústria tabaqueira criou para as contornar, foi através do desenvolvimento de cigarros eletrónicos (Tabacco Stops with Me, 2023b)⁵

O tabagismo consiste num problema de saúde pública, pelo que incidir na promoção da saúde a nível dos consumos aditivos – tabaco, na população mais jovem é fundamental, com enfoque na prevenção de DCNT.

1.1. TABAGISMO, SUA EPIDEMIOLOGIA E ESTRATÉGIAS/ MEDIDAS PREVENTIVAS

O consumo de tabaco é e continua a ser um dos problemas globais de saúde pública (DGS, 2021), sendo caracterizado pela dependência de nicotina, constituindo um dos maiores fatores de risco para o aumento da morbilidade e mortalidade das pessoas. Ao longo dos anos, a indústria do tabaco sustentada por fortes estratégias publicitárias, marketing e patrocínios, tem ludibriado o público acerca dos riscos associados ao consumo do mesmo (General S., 2014).

⁴ [The History Of Tobacco Marketing: It's a Scary Story. | Tobacco Stops With Me](#)

⁵ [The History Of Tobacco Marketing: It's a Scary Story. | Tobacco Stops With Me](#)

A nicotina é um composto químico presente na planta do tabaco, uma droga bastante tóxica e causadora de dependência, que ao ser consumida faz com que o organismo adquira rapidamente tolerância, ou seja, um fumador regular adquire tolerância à nicotina num espaço de horas. E para uma maior perceção, em comparação, a tolerância à heroína adquire-se num espaço de dias, e em relação ao álcool num espaço de meses (Stanhope & Lancaster, 1999).

Cada substância psicoativa atua de maneira diferente a nível do cérebro, estabelecendo ligações em diferentes recetores e como tal, diminuindo ou aumentando a atividade dos neurónios, resultando em diferentes efeitos sobre: o comportamento; taxas de tolerância; sintomas de abstinência e diferentes efeitos a curto e a longo prazo (World Health Organization [WHO], 2004).

O nosso sistema de motivação-recompensa é responsável pela procura de comportamentos que desencadeiam sensações positivas e de prazer, como por exemplo, comer, atividades radicais, relacionamentos amorosos e/ou uso de substâncias. Na procura desta sensação de “prazer”, os indivíduos tendem a repetir o comportamento, sendo que o uso consecutivo de drogas (exemplo: tabaco), leva à diminuição do seu efeito progressivamente – tolerância- contribuindo para o aumento do consumo dessa mesma substância, desencadeando assim o processo de adição (Pupulim, A., 2015).

A nicotina é responsável pela causa de dependência, possuindo a capacidade de atravessar os alvéolos pulmonares e atingir o encéfalo através da corrente sanguínea. No cérebro a nicotina interage com os recetores colinérgicos nicotínicos (canais iónicos que atuam nas sinapses neurais e neuromusculares). Esta ligação facilita o influxo de iões como Na^+ e Ca^+ e em consequência, a acetilcolina (neurotransmissor produzido a nível sistema nervoso) fica impedido de se ligar aos recetores como seria fisiologicamente normal (Pupulim, A., 2015).

Devido ao influxo dos iões suprarreferidos, ocorre uma despolarização e consequente libertação de dopamina, sendo que no caso específico do tabaco, a dopamina produz um efeito positivo/ prazer para o nosso sistema motivação-recompensa (Pupulim, A., 2015).

Em consequência da diminuição da concentração de nicotina, surge o síndrome de abstinência e relativamente aos sintomas associados, caracterizam-se por: ansiedade; irritabilidade; hostilidade; depressão; disforia; diminuição do ritmo cardíaco e aumento do apetite, diminuição da concentração e insónia (WHO, 2004; Pupulim, A., 2015).

O fumo produzido através de um cigarro aceso pode ser inalado diretamente pelo fumador, ou pode ser inalado passivamente por aqueles que o rodeiam, sendo que o fumo passivo inclui maiores concentrações de substâncias tóxicas e cancerígenas em comparação com o fumo ativo (Stanhope & Lancaster, 1999). Neste entendimento, para além dos riscos a

que os fumadores estão sujeitos, quer a nível de problemas cardiovasculares, pulmonares e cancro, os fumadores colocam também em risco a saúde dos que os rodeiam.

Um cigarro contém mais de 4.000 substâncias tóxicas, das quais 70 delas são classificadas como cancerígenas. Assim, referindo mais especificamente algumas delas, a nicotina, como já mencionada, é responsável pela diminuição do afluxo de sangue aos tecidos e sistema nervoso central. O monóxido de carbono, causa intoxicação do organismo ao fixar-se à hemoglobina, reduzindo assim, a capacidade de esta fornecer oxigénio às células. Os metais pesados, como o chumbo, concentram-se a nível dos rins, fígado e pulmões. E ainda estão presentes as substâncias radioativas, tais como, carbono 14 e polónio 210 e, o alcatrão que é altamente cancerígeno (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), o tabaco mata mais de 8 milhões de pessoas todos os anos e contribui para a destruição do ambiente, em consequência do cultivo, produção, distribuição, consumo e resíduos pós-consumo do mesmo, levando ao agravamento da saúde da humanidade no seu geral. Refere ainda, que a epidemia do tabaco é a principal causa de morbilidade, mortalidade e empobrecimento. Perspetiva-se que o número anual de mortes continue a aumentar, mesmo em caso de ocorrer decréscimo nas taxas de consumo de tabaco, pois as doenças crónicas não transmissíveis e suas consequências prevalecerem ao longo do tempo (WHO, 2019).

Assim, em 2003 num compromisso global na tentativa de reverter a epidemia do tabaco, os Estados Membros da OMS adotaram a Convenção – Quadro sobre o controlo do tabaco [CQCT], estabelecendo ações específicas para reduzir efetivamente a procura do tabaco, assim como atingir algumas metas que contribuem para o desenvolvimento sustentável das Nações Unidas, nomeadamente, acompanhar a prevalência do consumo de tabaco em pessoas com idade superior ou igual a 15 anos e revigorar as medidas de controlo do consumo de tabaco em todos os países (WHO, 2019).

A terceira edição do relatório global sobre prevalência do consumo de tabaco, menciona uma diminuição do consumo de tabaco a nível mundial, em que, no ano de 2010 o consumo era de 33,3% e em 2015 de 24,9%. E de acordo com as previsões, em 2025 rondará os 20,9%, ou seja, uma redução do consumo do tabaco de aproximadamente 23,4% (WHO, 2019).

Contudo, em 2015 na primeira edição deste relatório, no seu plano estratégico consta como meta a redução de 30% do consumo do tabaco até 2025, mas face às últimas previsões, concluímos que a meta dos 30% a nível mundial dificilmente será atingida. Inclusivamente, o maior desafio consta na faixa etária dos 45 aos 54 anos, no sexo masculino, onde a prevalência de fumadores ultrapassa os 50% (WHO, 2019).

Dos resultados divulgados, constatamos que a região do Sudeste Asiático é onde reside a maior prevalência de consumo de tabaco, com 47%, em oposição, o continente africano

apresenta 18,5%. Sendo que, das seis regiões analisadas neste relatório (Europa, Mediterrâneo, Américas, Pacífico, África e Sudeste Asiático), a região das Américas é a única que possui potencial para alcançar a meta estabelecida (WHO, 2019).

Desde 2007 que a OMS tem instituído estratégias para apoiar os países a implementar medidas eficazes para a redução do consumo do tabaco, mais conhecidas por MPOWER, compreendendo assim: monitorização do uso do tabaco e políticas preventivas; proteger as pessoas do fumo do tabaco; disponibilizar apoio para cessação tabágica; alertar para os perigos do tabaco; fazer cumprir as proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e aumentar os impostos sobre o mesmo (WHO, 2019).

Cada país tem o compromisso de promover e proteger a saúde dos seus povos e desde 2003, aquando da CQCT, observou-se um progresso positivo neste sentido. Ao longo dos últimos anos vários países têm-se esforçado no sentido de implementar as estratégias de controlo do tabagismo (OMS, 2019), como se pode verificar na figura 1.

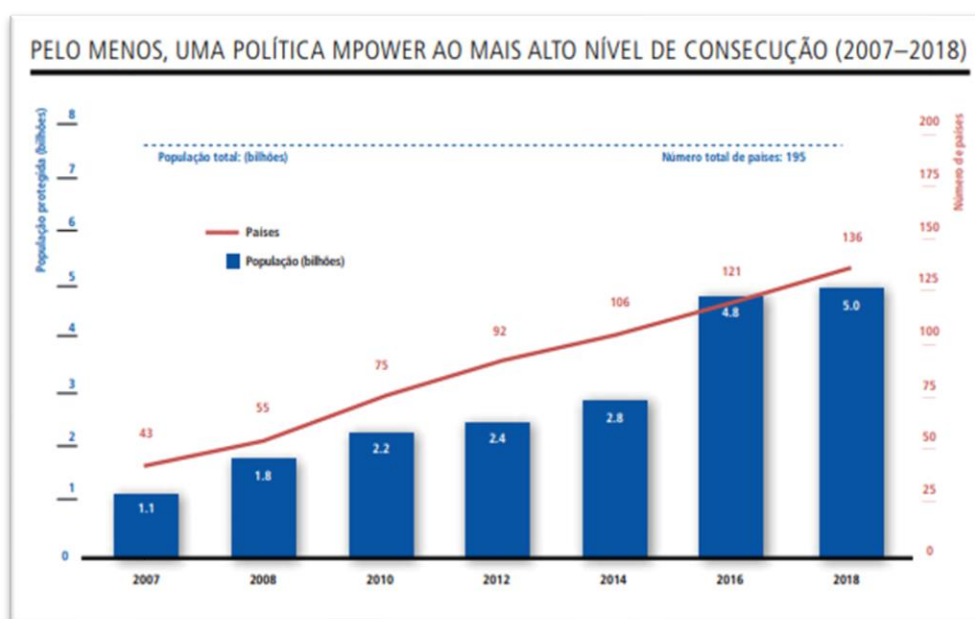


Figura 1 - Pelo menos, uma das políticas MPOWER ao mais alto nível de consecução (2007-2018)
Fonte: OMS (2019), consultado a 28 de junho de 2022 ⁶

Atualmente existem 5 mil milhões de pessoas abrangidas por pelo menos uma medida de controlo do tabaco, desde a implementação das MPOWER em 2007 (OMS, 2019). Tem sido desenvolvido um longo caminho, com alguns constrangimentos, mas gradualmente o número de países a adotar as MPOWER tem vindo a aumentar. Na figura 2 podemos analisar o aumento da população mundial abrangida por políticas selecionadas de controle do tabaco,

⁶ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325968/WHO-NMH-PND-2019.5-por.pdf?ua=1&ua=1>

de 2007 a 2018. Sendo que as medidas com maior expressão são as seguintes: as advertências nas embalagens de cigarros e os programas de cessação tabágica.

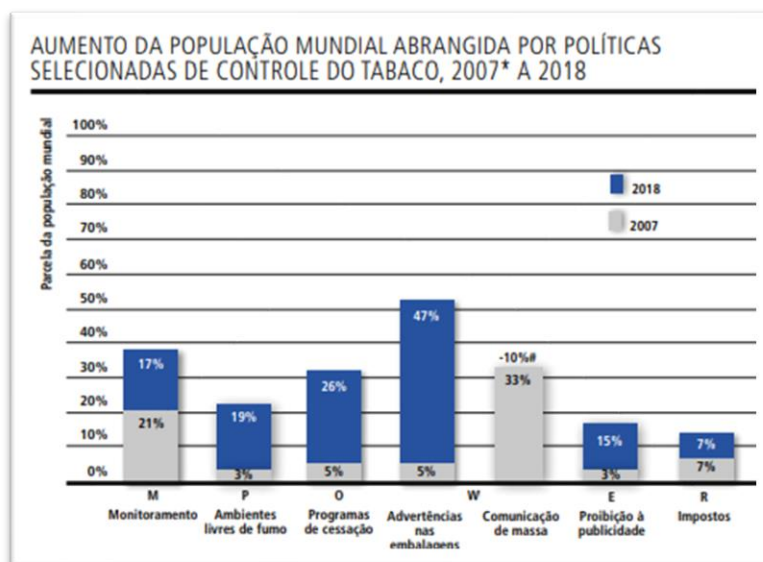


Figura 2 – Aumento da população mundial abrangida por políticas selecionadas de controle do tabaco, 2007 a 2018

Fonte: OMS (2019), consultado a 28 de junho de 2022 ⁷

Contudo, apenas 23 países oferecem programas de cessação tabágica ao nível das melhores práticas e mesmo assim, desde 2007 que mais de 2 mil milhões de pessoas foram abrangidas por serviços de cessação tabágica. No entanto, mais 67 países estão prestes a adotar programas de apoio à cessação tabágica (OMS, 2019).

De outra forma, apesar de o consumo do tabaco ter vindo a decrescer em vários países, a epidemia do mesmo está longe de terminar.

Similarmente, na Europa o número de fumadores continua a ser elevado, mais precisamente 26% da população em geral. E 29% dos jovens europeus com idades entre os 15 e os 24 anos são fumadores (Comissão Europeia, 2021).⁸

Neste seguimento, estima-se que na União Europeia [UE] 700 mil mortes anuais são resultado das consequências do tabaco. Tendo em consideração estes dados da UE e, alinhados com as diretrizes da OMS, foram também adotadas várias estratégias na tentativa de dissuadir o consumo de tabaco, através de campanhas de sensibilização, recomendações e atos legislativos (Comissão Europeia, 2021).⁹

⁷ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325968/WHO-NMH-PND-2019.5-por.pdf?ua=1&ua=1>

⁸ https://ec.europa.eu/health/tobacco/overview_pt

⁹ https://ec.europa.eu/health/tobacco/overview_pt

Portugal também não é exceção e segundo o Inquérito Nacional de Saúde [INS] de 2019, nesse mesmo ano, 17% da população com idade igual ou superior a 15 anos era fumadora, constatando-se um decréscimo de 3,0 pontos percentuais face a 2014. Sendo que, 14,2% fumava diariamente e 2,8% ocasionalmente, como se verifica na figura 3. Constata-se ainda diferenças entre sexos, visto que 75,3% das mulheres referirem nunca ter fumado, face aos homens que apresentam 44,8% na mesma condição. E ainda, que o rácio do consumo regular de tabaco era de 2,0 homens por cada mulher (INE, 2020).

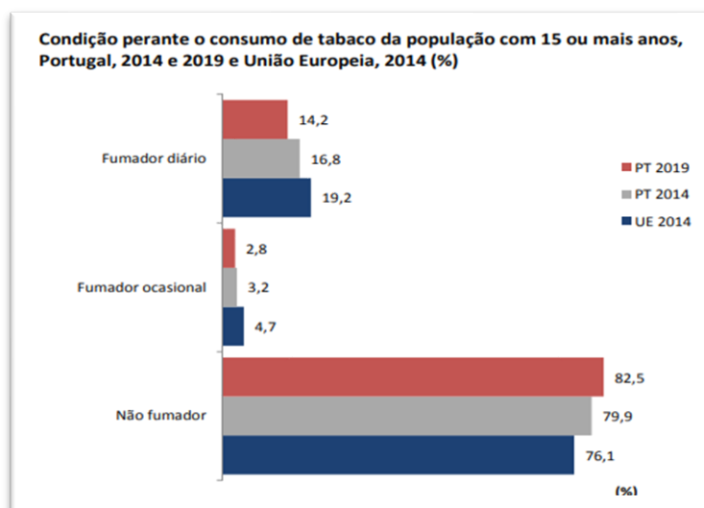


Figura 3 – Condição perante o consumo de tabaco da população com 15 ou mais anos, Portugal 2014 e 2019 e União Europeia 2014 (%)

Fonte: INE (2020), consultado a 28 de junho de 2022 ¹⁰

Contudo, numa análise comparativa dos dados de cinco Inquéritos Nacionais de Saúde (de 1987 a 2014), o consumo de tabaco em Portugal apresentava uma prevalência decrescente nos homens (35,2% para 26,7%) e crescente nas mulheres (6% para 14,6%) (Leite, et al, 2017).

Mas segundo o Estudo sobre Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências [ECATD-CAD 2019], em 2015 a prevalência de consumo de tabaco era similar entre géneros (32%), mas em 2019 este era um hábito mais masculino (31%) do que feminino (27,6%) (Lavado & Calado, 2020).

O consumo de tabaco continua a ser uma preocupação e contribui para as principais doenças crónicas não transmissíveis e em Portugal, estima-se que o tabaco tenha contribuído para a morte de mais de 13 500 pessoas, sendo que dessas, 1700 consequência da exposição ao fumo passivo (DGS, 2021).

¹⁰ <https://www.ine.pt/>

De outro modo, o tabaco também foi uma das principais causas de diminuição de anos de vida saudável. No entanto, constata-se que o consumo de tabaco é uma das principais causas mais evitáveis de doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente cancro, doenças cerebrovasculares, respiratórias crónicas e diabetes mellitus tipo 2 (DGS, 2021).

Contudo, a consecução do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo [PNPCT] 2020, alinhado com o PNS 2021-2030 e tendo por base a CQCT e as estratégias MPOWER, no seu roteiro de ação 2021-2022, apresentava como objetivos até 2020: “1. Reduzir a prevalência de fumadores na população com 15 ou mais anos para menos de 17%. 2. Travar o aumento do consumo de tabaco nas mulheres. 3. Eliminar a exposição ao fumo ambiental do tabaco. 4. Reduzir as desigualdades regionais na prevalência de fumadores.” (DGS, 2021: 66).

Através da análise do PNPCT, concluímos que algumas das suas metas foram alcançadas, nomeadamente, no que consta à redução da prevalência de consumo de tabaco na população residente com 15 ou mais anos para menos de 17%, até 2020 (DGS, 2021), tendo em consideração os resultados do INS, anteriormente mencionados.

Relativamente ao segundo objetivo, este também foi alcançado, considerando os dados do INS, observa-se uma reversão da tendência de aumento do consumo nas mulheres de 13,2% em 2014 face aos 10,9% de 2019 (DGS, 2021).

Em contrapartida, o terceiro objetivo não foi atingido, na medida em que continua a verificar-se exposição ao fumo ambiental do tabaco, mais precisamente 7,7% da população residente com idade ≥ 15 anos, com base nos dados do INS (DGS, 2021).

O quarto objetivo por sua vez também não foi alcançado, visto ainda se verificarem desigualdades relativamente ao consumo de tabaco entre as várias regiões do país (DGS, 2021).

Assim, ainda no presente PNPCT, alicerçado no novo PNS 2030, emana uma proposta de 10 objetivos e 3 eixos estratégicos nucleares, suplementados por mais 7, para o biénio 2021/ 2022, sendo de evidenciar os objetivos de: reduzir a prevalência de fumadores com 15 ou mais anos para menos de 15% e reduzir para menos de 30% a iniciação do consumo de tabaco e de cigarros eletrónicos entre os 13-18 anos (DGS, 2021). Relativamente aos eixos estratégicos, salienta-se: a prevenção da iniciação do consumo de tabaco, com enfoque nos adolescentes/ jovens; promover a cessação tabágica; proteger da exposição ao fumo ambiental e promover a literacia em saúde. Para tal, requer o contributo de toda a sociedade trabalhando em conjunto para alcançar ganhos em saúde e um amanhã mais literado, produtivo e sustentável.

1.2. CONSUMO TABACO NOS JOVENS

O consumo do tabaco inicia-se geralmente e maioritariamente durante a adolescência, revelando assim, a importância do meio escolar e respetiva intervenção precoce, tendo em consideração os malefícios do tabaco para a saúde e o elevado risco de dependência desta substância (Sousa, 2018).

Segundo o ECATD-CAD 2019, “O tabaco é a segunda substância psicoativa mais consumida pelos jovens dos 13 aos 18 anos, embora se assista a uma clara tendência de decréscimo do consumo de tabaco de combustão (cigarros ditos tradicionais). Não obstante, esta permanece a principal forma de tabaco consumida em Portugal entre os mais jovens.” (Lavado & Calado, 2020, p. 35). O consumo inicia-se precocemente, habitualmente a partir dos 13 anos (Lavado & Calado, 2020), associado a vários determinantes, tais como sociais através da influência dos amigos ou pares (Carvalho et al, 2017).

Inclusivamente, 38% dos jovens fumou alguma das formas de tabaco em toda a sua vida, 29% fumou no último ano e 18% no último mês (Lavado & Calado, 2020), como se pode observar na figura 4.

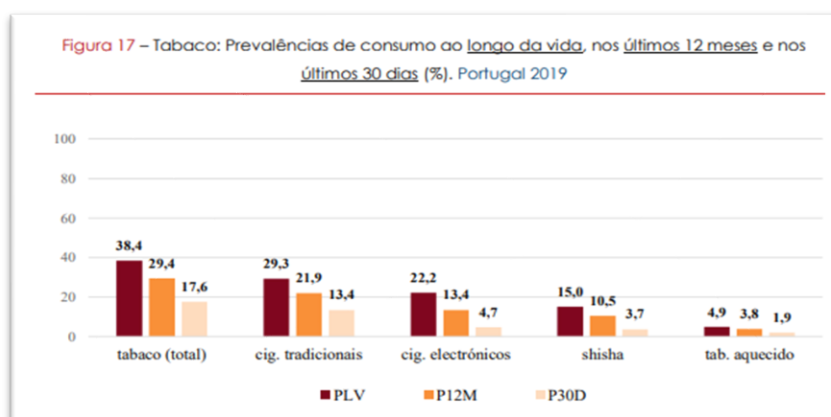


Figura 4 – Prevalência de consumo de tabaco ao longo da vida, nos últimos 12 meses e últimos 30 dias
Fonte: SICAD/DMI/DEI, (Lavado & Calado, 2020), consultado a 29 de junho de 2022¹¹

O mesmo estudo ainda evidencia que o consumo de tabaco é mais prevalente no sexo masculino que no sexo feminino e ainda, que o consumo aumenta de forma direta com a idade dos jovens, apresentando um crescimento exponencial mais evidente dos 13 aos 16 anos, de 7,9% para 34,3% respetivamente (Lavado & Calado, 2020).

¹¹ https://www.acibev.pt/multimedia/1/documentos/2244/ECATD%202019_Relatorio_Nacional.pdf

Relativamente ao tipo de tabaco consumido, comparando os resultados de 2015 com os de 2019, verifica-se um decréscimo do consumo dos cigarros tradicionais, mas em contrapartida o aumento a nível do consumo de cigarros eletrónicos (Lavado & Calado, 2020).

Com o aparecimento dos cigarros eletrónicos, surgiram novos desafios, uma vez que ainda existem poucos estudos que evidenciam ou não os seus malefícios. Assim, existe uma ambiguidade de informação, levando a falsas crenças sobre os cigarros eletrónicos e consequentemente o aumento do seu consumo. Alguns dos fatores associados a este fenómeno são o facto de os indivíduos considerarem que facilita no processo de cessação tabágica; acharem ser uma opção menos prejudicial face ao tabaco tradicional; o facto de lhes ser adicionado aromas (frutas, mentol, etc.); serem menos dispendiosos; e eventualmente contornarem as políticas anti-fumo (Boleo-Tome, et al, 2019).

Contudo, os cigarros eletrónicos possuem a capacidade de fornecer doses iguais ou até superiores de nicotina, quando comparado com os cigarros tradicionais. E para além da nicotina, estes contêm água, aromas, propilenoglicol e/ou glicerina, álcool e outras substâncias tóxicas que são vaporizadas e subsequentemente inaladas para o pulmão (Boleo-Tome, et al, 2019).

Apesar de os cigarros eletrónicos não produzirem monóxido de carbono, a elevada temperatura do próprio sistema faz com que o propilenoglicol (ausente no cigarro tradicional) e a glicerina sofram degradação térmica originando acetaldeído, formaldeído, acroleína e outros carbonilos prejudiciais para o organismo, potenciando a inflamação e infeção das vias aéreas assim como doenças cancerígenas (Boleo-Tome, et al, 2019).

Relativamente ao que concerne à perceção por parte dos jovens face à acessibilidade, 49% dos sondados afirma ser fácil ou muito fácil ter acesso ao tabaco dito tradicional (Lavado & Calado, 2020).

A adolescência é uma fase do ciclo vital em que impera a fase de transição entre a infância e a idade adulta, ocorrendo várias alterações biológicas e psicossociais, em que os jovens constroem a sua identidade e experimentam diferentes papéis, sob influência dos pares, podendo desencadear a iniciação de consumos (Precioso et al, 2016).

Neste entendimento, evidencia-se a promoção da saúde como base para alcançar ganhos em saúde e redução de custos a médio longo prazo, sendo assim fundamental que o EEECSPP incida nas faixas etárias mais jovens, contribuindo para a mudança efetiva.

O maior desafio reside em adaptar intervenções específicas consistentes e direcionadas, com foco na prevenção da experimentação entre os jovens, sendo a escola o ambiente mais indicado para promover a educação para a saúde junto dos jovens (Sousa, 2018).

Ao longo dos anos têm sido desenvolvidos vários programas em meio escolar em Portugal, demonstrando-se eficazes na prevenção da prevalência do consumo do tabaco,

nomeadamente: ““Não fumar é o que está a dar” (Precioso, 1999), dirigido aos jovens do 7º ano de escolaridade, “Querer é Poder I” (Vitória, Raposo, & Peixoto, 2000) e “Querer é Poder II” (Vitória, Raposo, & Peixoto, 2001), destinados a jovens dos 12 aos 14 anos.” (Sousa, 2018: 338). Posteriormente, surgiu o projeto Smokeout I e II direcionados ao 2º e 3º ciclo respetivamente, sendo uma atualização do projeto “O que esta a dar é não fumar” (Precioso, 2000), com o objetivo de fazer a diferenciação entre géneros (Precioso et al, 2016). Estes programas foram também avaliados quanto à sua eficácia a médio prazo, a nível da melhoria dos conhecimentos e modificação positiva das crenças sobre o tabagismo, em ambos os géneros. Quanto a nível de eficácia a longo prazo, conclui-se que existiu manutenção dos conhecimentos adquiridos e eficácia a nível da prevenção da experimentação do tabaco (Sousa, 2020).

De outra forma, segundo José Precioso, Catarina Samorinha e Manuel Macedo, (2016), uma escola sem tabaco, sem o incomodo do fumo do mesmo, é um local onde se protege a saúde do próprio e a dos outros.

Muitos dos jovens experimentam o tabaco por influência dos pares, assim ao serem implementadas medidas restritivas de consumo do mesmo nas escolas, também se está a contribuir para a diminuição destes modelos (pares fumadores) (Precioso et al, 2016). Contudo, os mesmos autores defendem uma perspetiva positiva da influência dos pares e a pressão de grupo, na medida em que os jovens mais velhos considerados líderes, podem ensinar/ transmitir conhecimentos e hábitos de vida saudáveis aos mais novos, contribuindo para o sucesso neste campo de ação (Precioso et al, 2016).

Sendo que, o mesmo propósito se aplica ao ambiente familiar, jovens filhos de pais fumadores, têm maior probabilidade de vir a fumar e conseqüentemente estão mais expostos ao fumo ambiental. Um estudo de Silva et al, (2021), destaca a importância da família na adoção ou não de comportamentos de risco nos jovens, reconhecendo que, hábitos tabágicos nos jovens tem uma relação direta com os esses mesmos hábitos nos pais e pares.

Assim, é fundamental integrar os pais nos programas e sensibilizá-los para a problemática (Precioso et al, 2016).

Porem, na tentativa de compreender o comportamento dos jovens face aos riscos, um estudo de 2018, intitulado “Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people (Review)” avaliou o efeito das intervenções aplicadas aos jovens de 18 anos para a prevenção primária e secundária para os múltiplos comportamentos de risco (entre outros, se incluía o consumo de tabaco). Sugerindo assim como intervenções a nível individual (mentoring; coaching; entrevistas literacia digital e restrição de dinheiro aos jovens). A nível familiar (grupos de apoio; visitas domiciliarias; melhorar a interação/ comunicação e ambiente familiar; capacitar para habilidades parentais) e a nível escolar

(estabelecer metas; unidades curriculares específicas; gestão de comportamentos; role-play; contributos para a mudança do ambiente escolar). Estas intervenções devem preferencialmente ser realizadas por enfermeiros, professores ou colegas com competências para tal, de forma a prevenir os comportamentos de risco nos jovens. E uma das conclusões baseia-se na eficácia dos programas escolares face aos consumos aditivos, onde se insere o tabagismo (MacArthur et al, 2018).

Através da pesquisa realizada, um outro estudo pretendeu compreender o impacto das políticas escolares acerca do tabaco na adolescência e o comportamento de fumar. Consoante as políticas de tabaco escolar implementadas, com o objetivo de diminuir o tabagismo nos jovens, estes apresentam comportamentos distintos. Ou seja, ao serem implementadas políticas proibitórias de fumar dentro do ambiente escolar, pode desencadear um comportamento positivo, pois muitos dos jovens receiam ser sancionados em caso de quebrarem as regras. De outro modo, uma escola sem fumo pode contribuir para aquisição de crenças antifumo, reduzindo a pressão dos pares e ajudar a manter a decisão de não fumar (Schreuders et al, 2017).

Contudo, também pode ser gerador de comportamentos opostos, na medida em que os jovens que fumam, acabam por arranjar alternativas como fumar fora da escola e do horário escolar. Em outras circunstâncias, os jovens podem sentir necessidade de desafiar as regras, de forma a demonstrar autonomia pessoal. Outro caso em que reduz a eficácia das políticas, são as situações em que estas não incluem professores e funcionários da escola, podendo os jovens assim colocar em questão as regras impostas e perderem credibilidade (Schreuders et al, 2017).

Conclui-se que, as políticas de tabaco escolar constituem um contributo para um mundo sem tabaco e possuem potencial positivo, porém, estão dependentes das respostas comportamentais dos jovens face as mesmas. Assim, para que estas sejam mais efetivas, sugere-se mais consistência na implementação, que sejam adaptadas, continuas e avaliadas, assim como, seria desejável maior proatividade por parte das escolas (Schreuders et al, 2017).

Em complementaridade, existe evidência de que algumas estratégias tais como: aumento do preço dos produtos do tabaco; educação através da utilização das redes sociais para os riscos associados; implementação de limitações na própria indústria; restrições no acesso e no uso a menores de idade, são eficazes a nível da diminuição de consumo de tabaco, assim como para a cessação tabágica e no decréscimo da exposição ao fumo ambiental do tabaco (Codinach-Danés et al, 2021; Fulmer et al, 2019). Podemos constatar, que estas estratégias vão de encontro às medidas MPOWER emanadas pela OMS e que na globalidade, a sua implementação em associação com o tipo de programadas anteriormente mencionados

contribuem para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais ao longo desta fase tão importante do ciclo vital, que é a adolescência, proporcionando a tomada de decisão consciente e a adoção de comportamentos mais saudáveis.

1.3. SAÚDE ESCOLAR E A IMPORTÂNCIA DO EEECSPP NO CONTEXTO

A escola deve ser tida em conta como um ambiente favorável à saúde, conforme descrito no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2015), ambiente favorável à saúde é, aquele que garante proteção da saúde e onde se desenvolvem conhecimentos de forma que cada indivíduo adquira autonomia em relação à mesma (Regulamento 348/2015).

Neste entendimento, eleva-se a importância do EEECSPP no âmbito da saúde escolar, desempenhando a função de gestor/ coordenador de saúde escolar, através da elaboração de estratégias que garantam um programa de saúde escolar mais universal e integrado; gerir casos de forma a ir ao encontro das necessidades dos jovens e famílias; garantir um ambiente escolar seguro, promovendo a saúde dos que a integram (Stanhope & Lancaster, 1999).

Assim, o EEECSPP assenta a sua prática no Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE], contribuindo para que toda a comunidade escolar tenha direito à saúde e à educação de forma equitativa, através da parceria entre o setor da saúde e a educação.

No entanto, não se pode dissociar a interligação entre a influência dos determinantes sobre a saúde das pessoas/ comunidades e a enfermagem, sendo assim fundamental que na base do conceito de saúde se considere uma visão holística, com foco na promoção da saúde, promovendo a capacitação das pessoas/ comunidades, assim como a literacia em saúde. Tal como disposto no Regulamento de Competências Específicas do EEECSPP, se refere que, contribui para a capacitação de grupos e comunidades (Regulamento 428/2018).

A capacitação, constitui uma fase do empoderamento comunitário, entendido como um processo que permite aos indivíduos e à comunidade o controlo e a tomada de decisão para resolver os seus próprios problemas, permitindo a redução das desigualdades, o que contribui para alcançar o seu potencial máximo de saúde (Melo, 2020).

Numa sociedade em constante mudança e evolução, são vários os desafios com que nos deparamos tanto a nível global como a nível da própria saúde escolar, para tal, cabe-nos compreender quais as necessidades reais e sentidas e estabelecer estratégias adequadas às situações de forma a intervir efetivamente e ajudar ao pleno desenvolvimento das crianças e jovens, para que estes consigam enfrentar os obstáculos com que se deparam ao longo da vida com mais segurança, saúde e sustentabilidade.

Para o desenvolvimento de uma intervenção em saúde escolar, o PNSE emana seis eixos que devem ser abordados de forma transversal, nomeadamente: a capacitação; ambiente escolar e saúde; condições de saúde; qualidade e inovação; formação e investigação em saúde escolar e por último as parcerias (DGS, 2015b).

Relativamente às áreas de intervenção que contribuem para a capacitação e adoção de hábitos de vida saudáveis a nível da comunidade educativa, segundo o PNSE são: a saúde mental e as competências socio emocionais; a educação para os afetos e a sexualidade; a alimentação saudável e atividade física; higiene corporal e saúde oral; os hábitos de sono e repouso; a educação postural e por fim a prevenção do consumo do tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, assim como, os comportamentos aditivos sem substância (DGS, 2015b). Sendo neste último que se insere o presente projeto de intervenção comunitária.

Neste âmbito é fundamental que o EEECSPP esteja desperto para os consumos em meio escolar, sensibilizando toda a comunidade escolar para a sua prevenção e alertar quais as consequências a médio longo prazo, sem nunca descorar os vários determinantes envolvidos (DGS, 2015b).

Similarmente, neste encadeamento, o Referencial de Educação para a Saúde (2017), também identifica cinco temas principais, no qual são definidas as abordagens mais adequadas a cada faixa etária e, um desses temas vai de encontro à problemática em questão – Comportamentos Aditivos e Dependência (Carvalho et al, 2017).

Considerando que, “muitos alunos começam a fumar na adolescência e na escola; praticamente todas as crianças e adolescentes passam pela escola; o sistema de ensino conta com a existência de pessoas qualificadas, como os professores; uma das missões mais nobres da escola é educar para a saúde; devem, pelas razões apontadas, ser aplicados na escola programas curriculares, destinados a minimizar os fatores de risco que contribuem para o início do consumo de tabaco.” (Precioso et al 2016: 93).

A escola, os pares e a família detêm um enorme papel neste processo, sendo basilar que contribuam como agentes promotores da promoção e prevenção, considerando que, “a prevenção do consumo de tabaco na escola (e não só) deve ser feita de forma global e abrangente, dirigida aos vários fatores de risco associados ao consumo.” (Precioso et al, 2016: 86).

De outro modo, os mesmos autores enfatizam a importância de certas medidas, tais como: controlo do acesso ao tabaco; medidas legislativas de restrição ao consumo em locais públicos; controlo da publicidade e o aumento dos preços do tabaco (Precioso et al, 2016), contribuindo assim para a prevenção do consumo de tabaco.

Neste âmbito, uma outra unidade pertencente ao ACES onde se realizou o estágio, em 2014 implementou o projeto Escolas Sem Tabaco, Olhar a Promoção da Saúde (E – STOP´S),

com o objetivo de prevenir o consumo de tabaco, através da promoção da literacia e o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de saúde, que possibilitassem adotar comportamentos mais saudáveis e a tomada de decisão de não fumar (Diegues & Carvalho, 2014).

A escola é o local privilegiado para a promoção da saúde das crianças e jovens, e cabe aos EEECSPP utilizar esta oportunidade com apego e integrar iniciativas para escolas promotoras de saúde, contribuindo para a simbiose entre saúde e educação, apesar dos constrangimentos impostos nos últimos anos devido a pandemia da Covid-19, que tanto afetou esta área de intervenção.

Assim, atualmente as escolas e os profissionais de saúde que se dedicam maioritariamente à saúde escolar, encontram-se numa fase em que anseiam retomar os programas da saúde escolar, assim como compreender as necessidades específicas da comunidade escolar neste período pós pandémico e reiniciar a intervenção junto dos mesmos, de forma a contribuir para uma população mais saudável no futuro. Para tal, impera o trabalho multidisciplinar, sendo decisivo a parceria entre a educação e a saúde, assim como referido no PNSE

“a nível nacional, com a assinatura de um Protocolo de Colaboração entre a Direção-Geral da Educação (MEC) e a Direção-Geral da Saúde (MS), em cujo objeto ambas as partes se comprometem a colaborar a nível técnico, científico, pedagógico e logístico, no sentido de promover a Educação para a Saúde, desenvolver projetos de promoção de estilos de vida saudáveis” (DGS, 2015b: 53).

Consequentemente, os cuidados de enfermagem “centram-se na relação para ajudar a pessoa a realizar o seu projeto de saúde” (Nunes, 2020, p.12) e, o EEECSPP na sua prática profissional, estabelece uma relação interpessoal com a pessoa e/ou comunidade, baseada no respeito das crenças e valores individuais, e sob influência do ambiente em que cada um se insere. Por isso, o enfermeiro deve abster-se de juízos de valores, instituir uma relação terapêutica fundamentada no respeito e solicitude, com o prepósito de promover e alcançar o projeto de vida estabelecido por cada um (OE, 2001).

O EEECSPP, deve assim promover um ambiente seguro e uma relação de confiança, elevando o potencial de quem cuida e adaptar estratégias e estabelecer parcerias para ajudar cada um a alcançar o seu projeto de saúde. Trabalhando com e não para as pessoas/comunidades.

1.4. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

A intervenção de enfermagem na promoção de estilos de vida saudáveis está alicerçada no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, constituindo um instrumento que possibilita a compreensão dos comportamentos humanos de saúde.

É elementar que na base do conceito de saúde se considere uma visão holística, com foco na promoção da saúde, promovendo a capacitação das pessoas/comunidades, ultrapassando o modelo biomédico centralizado na doença, diagnóstico e tratamento.

O gatilho para a valorização da promoção da saúde dá-se através de dois marcos importantíssimos na história da saúde, nomeadamente a Declaração de Alma-Ata em 1977 e a Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde, a 21 de novembro de 1986. Posteriormente, foram surgindo várias teorias e modelos no âmbito da promoção da saúde, sendo que o modelo que nos parece mais adequado para suportar o presente projeto é o Modelo de Promoção da Saúde por Nola Pender.

Ao longo do seu percurso, Pender debruçou-se sobre as questões do desenvolvimento e comportamento humano, assim como a forma como cada indivíduo toma decisões sobre a própria saúde (Tomey & Alligood, 2004).

Em 1982 é apresentado o primeiro original do Modelo de Promoção da saúde [HPM], mas à posteriori foram desenvolvidos vários estudos e o modelo foi sofrendo revisões.

Este modelo está assente em duas teorias: Teoria Cognitiva Social, defendendo a interação entre comportamento, pensamento e ambiente, em que os indivíduos que desejam mudar o seu comportamento, necessitam de alterar a forma de pensar; e o Modelo de motivação expectativa-valor, caracterizado pelo facto de os indivíduos adotarem comportamentos para atingir objetivos viáveis, com resultados positivos (Pender, 2011).

Neste entendimento, destaca-se a capacidade autorreflexiva e autoavaliação das competências, prezando uma evolução positiva, na procura do equilíbrio, afinando o seu comportamento, no sentido de alcançar o seu potencial humano de saúde. Estes processos estão afetos às interações entre pessoa-ambiente, residindo assim o papel fundamental dos profissionais de saúde e a oportunidade de intervenção nas pessoas ao longo do ciclo vital (Tomey & Alligood, 2004; Pender, 2011).

Assim, um dos principais objetivos do HPM é ajudar os enfermeiros a compreender os principais determinantes dos comportamentos de saúde, permitindo uma orientação comportamental efetiva no alcance da promoção de estilos de vida saudáveis (Pender, 2011).

Desta forma, torna-se pertinente definir segundo este modelo os paradigmas em enfermagem, nomeadamente:

Pessoa: organismo biopsicossocial sob influência do ambiente, mas concomitantemente criador de um ambiente onde o potencial humano intrínseco e adquirido possa ser expresso na sua plenitude, sendo esta relação pessoa-ambiente recíproca. Não obstante, os comportamentos e os comportamentos em saúde, são influenciados pelas características individuais, assim como as próprias experiências de vida (Pender, 2011).

Ambiente: Contexto físico, social e cultural onde se desenvolve o percurso de vida. Sendo que o ambiente pode ser manipulado pela pessoa, com o objetivo de gerar um contexto positivo, com base em comportamentos que melhorem a saúde (Pender, 2011).

Saúde: é uma experiência de vida em progresso contínuo sofrendo os ajustes necessários para manter o equilíbrio. A saúde do indivíduo é tida como uma atualização do potencial humano intrínseco e adquirido através do comportamento direcionado a objetivos, assim como a relacionamentos satisfatórios com os outros e ao autocuidado eficaz (Pender, 2011).

Enfermagem: cooperação com pessoa/família/comunidade concebendo condições favoráveis para expressar a saúde ideal (Pender, 2011).

O HPM é um modelo norteado por competência ou abordagem, em oposição a outros modelos este não inclui o medo ou a ameaça como base de motivação para o comportamento de saúde (Pender et al, 2014).

Seguidamente apresentamos o diagrama do HPM revisto, que integra os principais conceitos e definições.

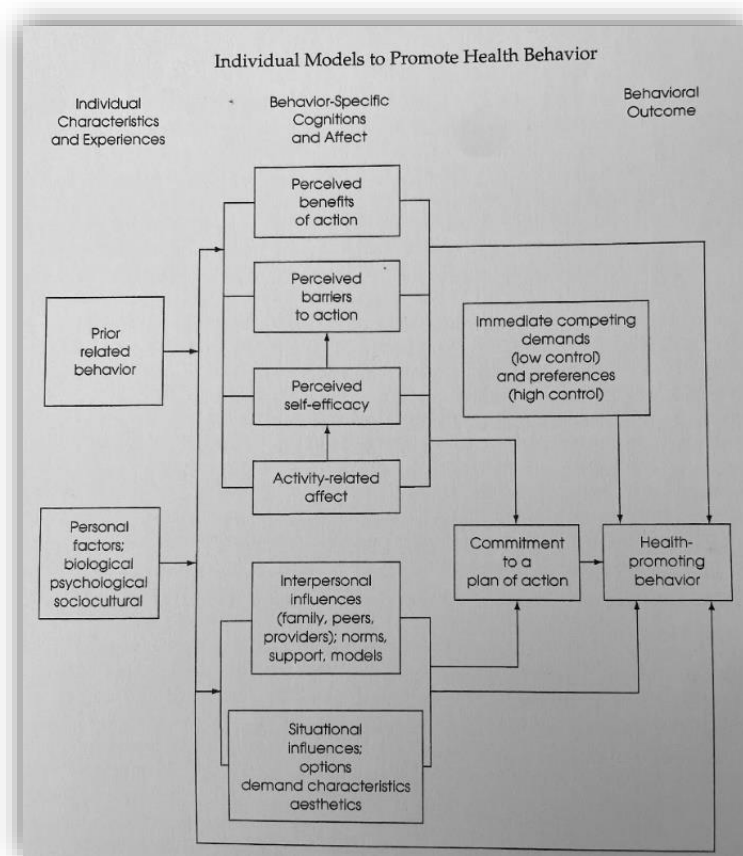


Figura 5 – Modelo de Promoção de Saúde Revisto
Fonte: Pender et al, 2014

Relativamente à dimensão **Características e Experiências Individuais**, segundo Pender et al (2014), cada pessoa detém características e experiências pessoais únicas que afetam as ações subsequentes e a importância do seu efeito está dependente do comportamento alvo considerado. Esta dimensão integra o comportamento anterior relacionado e os fatores pessoais.

O **comportamento anterior relacionado** é caracterizado pela frequência de um comportamento igual ou similar no passado, sendo suposto ter um efeito direto e/ou indireto sobre a probabilidade de adotar comportamentos de promoção da saúde (Pender et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004).

Por sua vez, consideram-se **fatores pessoais** como biológicos (exemplo: género; idade; capacidade aeróbica; índice de massa corporal), psicológicos (exemplo: perceção do seu estado de saúde; autoestima; auto motivação) e socioculturais (exemplos: etnia; raça; educação; aculturação, status socioeconómico). Os fatores pessoais são preditivos de um determinado comportamento e modelados pela essência do comportamento-alvo a adotar (Pender et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004).

Seguidamente, a dimensão referente às **Cognições e afetos específicos do comportamento** integra as variáveis: benefícios percebidos da ação; barreiras percebidas para a ação; autoeficácia percebida; afeto relacionado à atividade; influências interpessoais; influências situacionais; compromisso com um plano de ação e exigências e preferências concorrentes imediatas (Pender, et al., 2014).

Estas variáveis detêm grande importância motivacional e mensurá-las é fundamental para avaliar se a mudança efetivamente resulta da intervenção (Pender, et al, 2014). Sucintamente passa-se a definir cada uma destas variáveis:

Benefícios percebidos da ação são representações mentais das consequências positivas ou fortalecedoras de um comportamento (Pender et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004).

Barreiras percebidas para a ação consistem em percepções sobre os obstáculos, inconvenientes, despesa/custos, ou demora para alcançar uma ação específica. No entanto, quando a capacidade para a ação é baixa e as barreiras são elevadas, é pouco provável que a ação aconteça. As barreiras percebidas são como bloqueios à ação e afetam diretamente o comportamento de promoção da saúde, assim como de forma indireta, diminuindo o compromisso com um plano de ação (Pender, et al., 2014).

Autoeficácia percebida é a apreciação da capacidade pessoal de organizar e executar determinada ação. A autoeficácia motiva de forma direta o comportamento de promoção da saúde através das expectativas de eficácia e de forma indireta na medida que afeta a percepção das barreiras e o nível de persistência ou compromisso na busca de um plano de ação (Pender, et al., 2014).

Afeto relacionado à atividade é constituído por três elementos: excitação emocional para o ato em si (relacionado ao ato), a própria atuação (relacionado ao próprio) e o ambiente no qual ocorre a ação (relacionado ao contexto) (Pender, et al., 2014). São assim considerados sentimentos subjetivos ou emoções que acontecem antes, durante e após um comportamento de saúde. (Pender et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004).

Influências interpessoais consiste na influência exercida no indivíduo pelos pares, família e profissionais de saúde, para a adoção de um comportamento de saúde. Ou seja, é a percepção que o indivíduo tem sobre os comportamentos, crenças e atitudes dos outros e que o leva a adotar um comportamento de saúde (Pender et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004).

Influências situacionais compreendem as percepções individuais face a uma determinada situação, contexto de vida ou ambiental, que poderá influenciar de forma positiva ou negativa a adoção de um comportamento de saúde (Pender et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004).

Compromisso com um plano de ação consiste no planeamento de uma estratégia adequada que orienta para adoção de um comportamento de saúde (Pender et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004).

Exigências e preferências concorrentes imediatas são comportamentos alternativos que o indivíduo controla. Relativamente às exigências, o indivíduo exerce pouco controlo, podendo estar relacionado com condicionantes ambientais, como por exemplo o trabalho ou as responsabilidades familiares. No caso das preferências o controlo é elevado, é exemplo as escolhas alimentares que o indivíduo faz. Contudo, quando as exigências são prioritárias e quando preferências não são ações saudáveis, a adoção de um comportamento saudável fica comprometido (Pender et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004).

Por fim, a dimensão do **Resultado do comportamento**, que não é nada mais do que o objetivo final do HPM, ou seja, o comportamento de promoção da saúde em si (Pender et al., 2014).

Por sua vez o comportamento de promoção da saúde é a forma como o indivíduo alcança resultados positivos em saúde. Assim, os comportamentos de promoção da saúde, quando combinados com um estilo de vida saudável, culminam em ganhos em saúde, contribuindo para o aumento da capacidade funcional e melhoria na qualidade de vida ao longo de todo o ciclo vital (Pender et al., 2014).

Segundo Pender et al (2014), os indivíduos possuem grande potencial de mudança autodirigida através da sua capacidade de autoconhecimento, autorregulação, tomada de decisão e a criação de soluções criativas para os problemas com que se deparam.

A capacidade de o próprio indivíduo gerar a mudança é definida como os novos comportamentos que o mesmo adota voluntariamente para atingir objetivos estabelecidos ou resultados desejados (Pender et al., 2014).

Consequentemente, o indivíduo tem a capacidade e a competência para mudar comportamentos de saúde ou alterar estilos de vida relacionados com a saúde. O papel do enfermeiro é promover um ambiente positivo para a mudança, funcionando como um dinamizador, acompanhando as várias etapas do processo de mudança e aumentar a capacidade de o indivíduo manter essa mudança (Pender et al., 2014).

Podemos assim concluir que, o objetivo final do planeamento e implementação da saúde é fazer da promoção e prevenção da saúde um modo de vida para indivíduos, famílias e comunidades (Pender et al., 2014).

A saúde de uma comunidade é mais do que a soma das partes, integrando características da comunidade como um todo, nomeadamente da saúde individual, familiar e comunitária, estando estas interrelacionadas (Pender et al., 2014).

Consequentemente, comunidades saudáveis promovem estilos de vida saudáveis, bem como atitudes coletivas. As crenças, atitudes e comportamentos coletivos dos indivíduos que integram a comunidade, também podem influenciar a saúde da mesma (Pender et al., 2014).

Transpondo para o presente projeto assente no âmbito da saúde escolar, segundo Pender et al (2014), as escolas são locais favoráveis para a promoção da saúde, tendo em conta que o seu foco são as crianças/ adolescentes e pelo facto de permanecerem grande parte do seu dia neste ambiente. Possibilita ainda envolver os pais nas atividades de educação para a saúde, tendo em consideração que a família e os pares exercem um papel fundamental na adoção e manutenção de comportamentos saudáveis (Pender et al, 2014).

Segundo os mesmos autores, é no seio do ambiente escolar, nomeadamente em contexto de sala de aula que se contribui para a capacitação de habilidades sociais, assim como a capacidade de resolver problemas, prevenindo assim a adoção de comportamentos prejudiciais à saúde (Pender et al, 2014).

Pender et al (2014), defendem que uma má conduta social das crianças pode desencadear sérios problemas de assertividade pessoal e comportamentos menos saudáveis em saúde numa fase mais tardia da vida. A infância e a adolescência são caracterizadas por períodos críticos e pelo aumento da vulnerabilidade a fatores stressantes, podendo estar inclusivamente associados a uma série de comportamentos de risco, como tabagismo, uso de álcool e experiências sexuais. É imperativo o papel do enfermeiro e outros profissionais de saúde para encontrar a melhor abordagem para prevenir este tipo de comportamentos de risco. Torna-se fundamental ajudar os jovens a adotar processos eficazes para lidar com os fatores stressantes, nomeadamente: coping comportamental; tomada de uma decisão; apoio social adulto; relaxamento. Referem também, que uma elevada autoeficácia é benéfica para gerir um fator de stress específico (Pender et al, 2014).

Para além disso, as crianças exigem relacionamentos seguros recíprocos e positivos com os seus pares, família e professores para um crescimento e desenvolvimento máximos, contribuindo para maior qualidade de vida e manutenção de comportamentos de saúde no futuro (Pender et al, 2014).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

Seguidamente, apresentamos a caracterização do contexto da unidade de saúde onde decorreu o estágio I e final.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO E SEUS RECURSOS

No que respeita a cuidados de saúde primários, este município integra-se na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT] e no respetivo Agrupamento de Centros de Saúde [ACES]. Por sua vez, o ACES engloba as Unidades Saúde Pública [USP], Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP], as Unidades de Saúde Familiar [USF] e as Unidades de Cuidados na Comunidade [UCC], como se pode observar na figura 3 - Matriz Organizacional e Funcional.

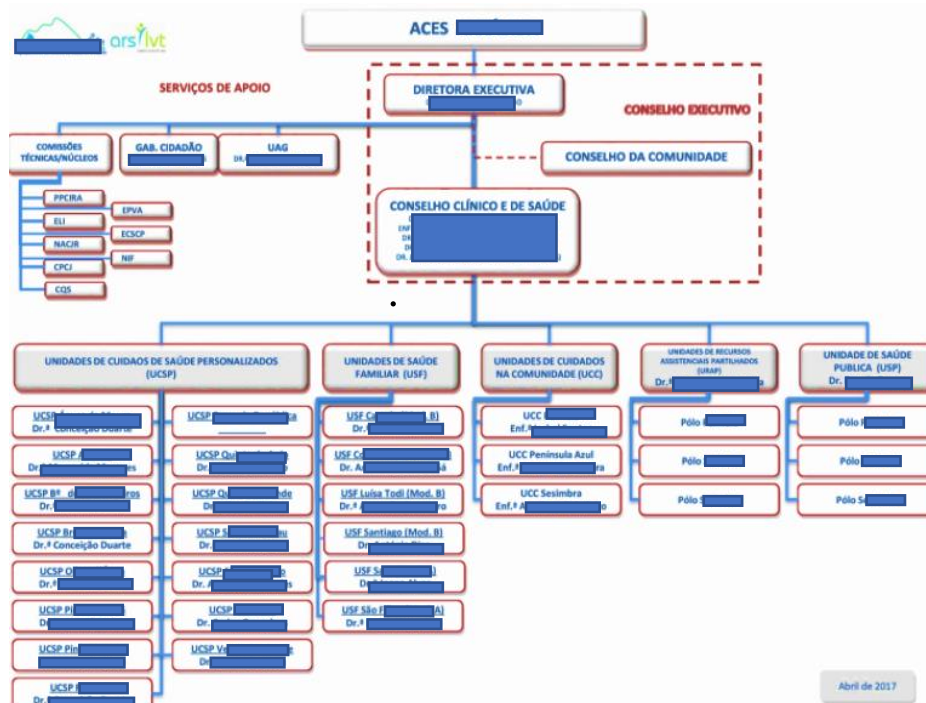


Figura 5 – Matriz Organizacional e Funcional
Fonte: SNS, consultado a 13 de junho de 2022¹²

¹² <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/Pages/default.aspx>

O ACES onde decorreu o estágio, tem como missão “garantir e melhorar a capacidade da sua rede de serviços, dando continuidade a um ciclo de melhoria da qualidade e da efetividade dos cuidados prestados da primeira linha de resposta aos cidadãos, procurando assegurar a sua viabilidade económico-financeira.” (SNS, s.d.)¹³ Assente em valores como a qualidade, eficiência, excelência, cooperação e satisfação, visa proporcionar acesso a cuidados de saúde de proximidade à comunidade (SNS, s.d.)¹⁴.

A nível de recursos humanos este ACES dispõe de 130 médicos, 180 enfermeiros, 144 secretários clínicos, 54 internos e 100 outros profissionais (SNS, s.d.).¹⁵

Tendo em consideração que o presente projeto foi desenvolvido num dos três polos da USP, considera-se importante caracterizá-la de uma forma mais particular. Da equipa da USP, do polo onde decorreu o estágio, fazem parte 3 enfermeiros (1 gestora/ EEECS; 1 EEECS e 1 enfermeira cuidados gerais), 3 médicos de Saúde Pública, 3 administrativos e 4 técnicos de Saúde Ambiental. E como unidade funcional integrante do respetivo ACES, atua em intercooperação com as restantes unidades funcionais.

De acordo com o descrito em Diário da República, 1ª série-Nº 193 – 7 de outubro de 2013, Decreto-Lei nº 137/2013, no Artigo 12º, compete à USP:

“elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.” (OE, 2013: 6053).

A população inscrita neste polo da USP, de acordo com os dados disponibilizados pelo Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI CSP], contabiliza, até ao mês de maio de 2022, 241,430 utentes inscritos, dos quais 114,394 do sexo masculino e 127,036 do sexo feminino (SNS, 2022), conforme se observa na seguinte pirâmide etária.

¹³ <https://bicsp.min-saude.pt>, consultado a 13 de junho de 2022

¹⁴ <https://bicsp.min-saude.pt>, consultado a 13 de junho de 2022

¹⁵ <https://bicsp.min-saude.pt>, consultado a 13 de junho de 2022



Figura 6 - Pirâmide etária dos utentes inscrito

Fonte: SNS (2022), consultado a 13 de junho de 2022¹⁶

¹⁶ <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/3151322/Pages/default.aspx>

3. CARATERIZAÇÃO GEO-SOCIODEMOGRÁFICA

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO

O presente projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido num município inserido na região de Lisboa (NUTS II) e sub-região da área metropolitana de Lisboa (NUTS III) (INE, 2021).

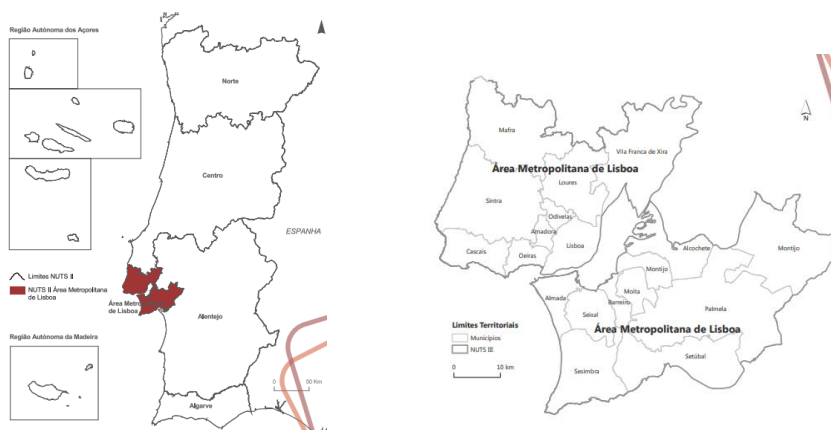


Figura 7- Mapa representativo da Área Metropolitana de Lisboa
Fonte: INE (2021), consultado a 22 de abril de 2023¹⁷

O município onde decorreu o presente projeto, ocupa uma área de 230,33 Km², 123.519 habitantes e uma densidade populacional de 536 habitantes por Km² (INE, 2021) e é constituído por 5 freguesias.

O município em questão foi elevado a cidade em 1860 e, capital de distrito desde 1926.

Privilegiada pela sua envolvência natural, integra uma Reserva Natural, assim como um estuário, tornando-a inclusivamente nos últimos anos numa atração turística. Contudo, o seu desenvolvimento deveu-se inicialmente a partir da indústria pesqueira e conservas de peixe e, posteriormente a nível da indústria do cimento, pasta de papel, montagem automóvel e construção naval. ¹⁸ Beneficia ainda de proximidade e facilidade de acesso à capital do país, aproximadamente a 50Km de distância.

¹⁷ Instituto Nacional de Estatística - **Área Metropolitana de Lisboa em números : 2021**. Lisboa : INE, 2023. Disponível na [www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/66323279>](https://www.ine.pt/xurl/pub/66323279). ISSN 2183-7015. ISBN 978-989-25-0623-4

¹⁸ <https://www.mun-est-est.pt/wp-content/uploads/2021/04/GUIA-DE-TURISMO-ACESSIVEL.pdf>

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A análise da evolução da população residente do concelho na década censitária 2011-2021 mostra um aumento no número de pessoas face à década anterior, correspondendo a um acréscimo populacional de 1,9%, como se pode verificar no quadro 1.

Sexo	H			M			Total		
Município	2021	2011	Var.	2021	2011	Var.	2021	2011	Var.
	58 567	57 986	1.0%	64 952	63 199	2.8%	123 519	121 185	1.9%
Total	58 567	57 986	1.0%	64 952	63 199	2.8%	123 519	121 185	1.9%

Quadro 1: População Residente do concelho

Fonte: Adaptado de INE (s.d.), consultado a 24 de maio de 2022¹⁹

Similarmente, o mesmo sucede relativamente à densidade populacional, em que se constata um aumento da mesma na última década censitária (2011-2021). Contrariamente, verificou-se um decréscimo considerável na década (2001- 2011), conforme se verifica no gráfico 1.

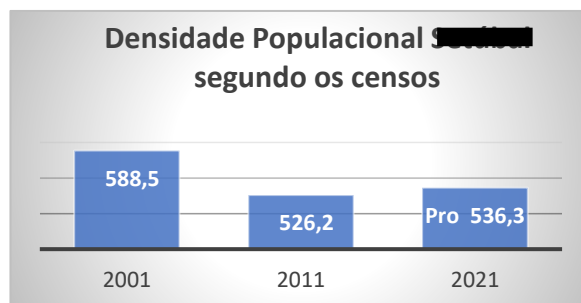


Gráfico 1– Densidade Populacional (2001-2021)

Fonte: Adaptado de Pordata (s.d.), consultado a 24 de maio de 2022²⁰

Este facto poderá estar relacionado com a diminuição da natalidade, aumento do envelhecimento da população e aos fenómenos migratórios, conforme podemos consultar nas projeções do INE 2018-2080, que Portugal irá perder população (INE, 2020)²¹.

¹⁹ https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

²⁰ <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

²¹ https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

De outro modo, verifica-se no gráfico 2, que o grupo etário com maior expressão no município onde decorreu o estágio/ projeto, é o grupo etário dos 15 – 64 anos de idade.

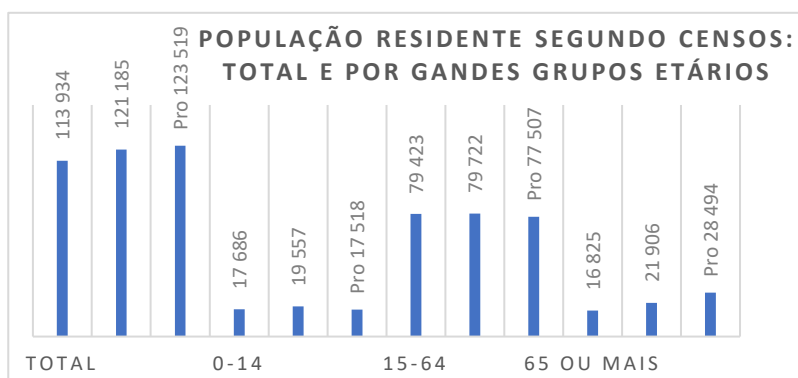


Gráfico 2 - População por grandes grupos etários (2001- 2021)

Fonte: Adaptado de Pordata (2021), consultado a 26 de maio de 2022²²

Contudo, constata-se que tanto o grupo etário dos 0-14 anos e o grupo etário dos 15 – 64 anos, na última década apresentou um ligeiro decréscimo e só no grupo etário dos 65 anos ou mais é que existiu um acréscimo, seguindo assim a tendência do que já foi mencionado relativamente ao envelhecimento da população.

Deste modo, conforme se verifica na pirâmide etária do Município, representada no gráfico 3, conclui-se que a percentagem de mulheres é superior ao dos homens a partir do intervalo etário dos 30-34 anos. E apesar da tendência geral do envelhecimento do país, este município ainda apresenta a zona central da pirâmide bastante ampla. Mas, apresenta algum estreitamento da base, podendo significar uma redução da taxa de natalidade.

²²<https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+++m%C3%A9dia+anual+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-358>

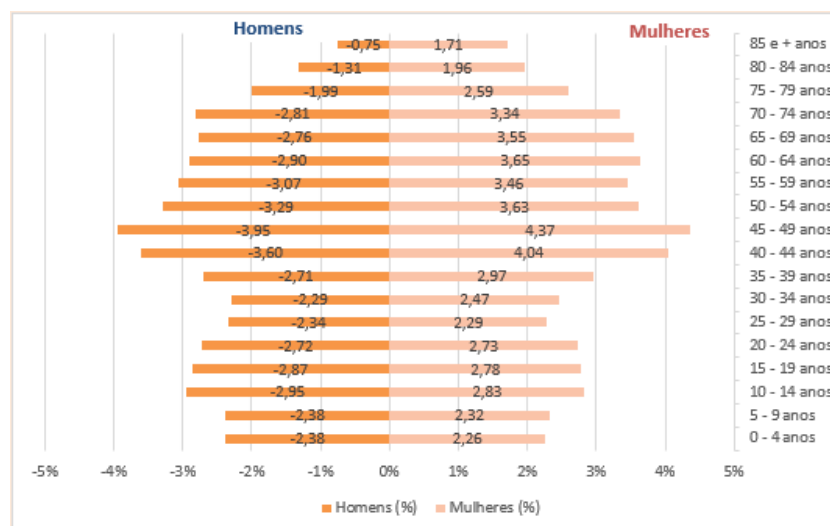


Gráfico 3 - Pirâmide etária do Município
Fonte: Adaptado de Pordata (2021), consultado a 31 de maio de 2022²³

No gráfico 4, constata-se efetivamente a diminuição da taxa bruta de natalidade deste município nas últimas décadas censitárias, seguindo a tendência da área metropolitana de Lisboa e a tendência nacional. Salva-guar-da-se que apesar de a última década censitária ter ocorrido em 2021, os dados apresentados referem-se a 2020, por serem estes os dados disponíveis até ao presente.



Gráfico 4 - Taxa bruta de natalidade
Fonte: Adaptado de Pordata (2022), consultado a 31 de maio de 2022²⁴

Consequentemente, importa apresentar alguns indicadores caracterizadores desta população, concedendo assim, uma perspetiva mais global da mesma e dando uma continuidade relativamente ao que já foi apresentado.

²³ <https://www.pordata.pt/>

²⁴ <https://www.pordata.pt/>

Assim, no que consta ao índice de envelhecimento, verifica-se um envelhecimento da população deste município desde 2001 até ao presente, sendo que em 2001 o índice era de 95,1, em 2011 de 112,0 e em 2021 era de 162,7 idosos por cada 100 jovens (Pordata, 2021).

A acompanhar estes dados, o índice de longevidade também aumentou e em 2001 era de 44,3%, em 2011 de 52,6% e em 2020 de 60,9% (Pordata, 2021), fenómeno este que poderá estar associado à constante evolução tecnológica e científica, contribuindo para o aumento da esperança de vida das pessoas.

Concomitantemente, também o índice de dependência de idosos que avalia o peso da população idosa na população ativa, apresenta um aumento significativo ao longo das décadas censitárias: 2001- 21,6%; 2011- 27,2% e 2021 – 36,8% (Pordata, 2021).

Relativamente ao índice de dependência de jovens, que mede o peso da população jovem na população ativa, de 2001 para 2011 existiu um ligeiro aumento, passando de 22,3% para 24,5%, mas em 2021 verifica-se um decréscimo para 22,6% (Pordata, 2021), podendo estar correlacionado com a diminuição da natalidade neste município.

Consequentemente, o índice de dependência total apresenta um aumento ao longo das últimas décadas, em 2001 – 43,5; 2011 – 52,0 e em 2021 – 59,4 (Pordata, 2021).

Refletindo sobre os dados supramencionados, elevam-se questões relacionadas com a sustentabilidade socioeconómica do município e até do país, visto que acompanha a tendência. Tornando-se assim fundamental pensar em políticas de saúde que incidam nas necessidades e que se adaptem à atual realidade nacional.

Por fim, relativamente à taxa bruta de mortalidade, evidenciado no gráfico 5, constatamos um aumento dos valores transversalmente de 2011 para 2020, eventualmente relacionado com a crise pandémica e inclusivamente, este município em 2020 apresenta uma taxa superior à nacional.

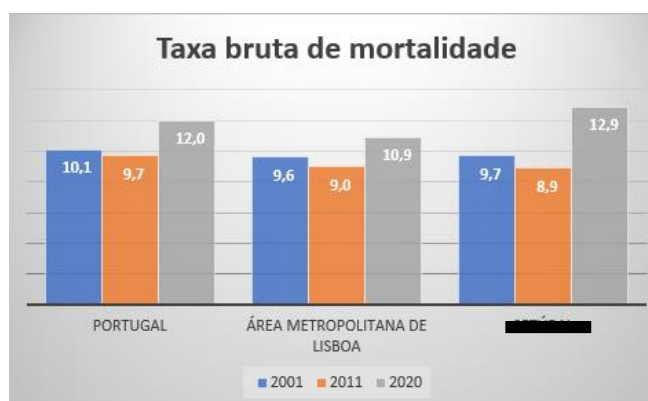


Gráfico 5 - Taxa bruta de mortalidade

Fonte: Adaptado de Pordata (2022), consultado a 31 de maio de 2022²⁵

²⁵ <https://www.pordata.pt/>

3.3. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA

Variadíssimos são os determinantes que influenciam a saúde individual e coletiva, para além do sexo, idade e fatores genéticos, os fatores individuais de estilo de vida, tais como: alimentação e atividade física; as redes sociais e comunitárias, como: apoio familiar, amigos e comunidade. Também as socioeconómicas, culturais e ambientais, como por exemplo, o nível de educação, habitação e rendimento, tal como podemos constatar através do modelo de Dahlgren e Whitehead (Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A., 2007).

Neste entendimento, torna-se pertinente caracterizar alguns indicadores que refletem a realidade socioeconómica do concelho, primeiramente, a nível de escolaridade, visto que o âmbito do presente projeto integra a saúde escolar.

Assim, como se pode constatar no gráfico 6, a nível de alunos matriculados por nível de escolaridade em 2020, o nível com maior expressão era o ensino secundário, seguido do 1º ciclo e posteriormente o 3º ciclo de escolaridade. Os cursos de especialização tecnológica são os com menor expressão de matriculados.



Gráfico 6 - Alunos matriculados por nível ensino em 2020

Fonte: Adaptado de Pordata (2021), consultado a 10 de junho de 2022²⁶

De forma a responder as necessidades educativas, bem como garantir equidade no acesso escolar, este concelho dispõe de estabelecimentos de ensino das redes pública, privada e solidária. A rede pública é constituída por 6 agrupamentos e 3 escolas secundárias não agrupadas, mas com 3º ciclo do ensino básico. A educação pré-escolar é constituída por 16 jardins de infância. Relativamente ao 1º ciclo do ensino básico, este é lecionado em 33

²⁶ <https://www.pordata.pt/>

escolas. Em complementaridade, este município dispõe ainda de 3 escolas profissionais, 3 estabelecimentos de ensino artístico, ensino Superior Politécnico e universidade sénior.²⁷

É de salientar que para a realização do diagnóstico de situação de saúde do presente projeto, foram incluídos os estabelecimentos de ensino com 3º ciclo de escolaridade integrados na USP onde decorreu o estágio, mais precisamente: o Agrupamento de Escolas L; Agrupamento de Escolas L; Escola Secundária M e Escola Secundária J.

Mais especificamente, apresenta-se no quadro 2 o nível de alunos matriculados no ensino básico por total e por subsistema de ensino, ou seja, onde existiam mais ou menos estudantes a frequentar o 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico, tanto a nível público como privado.

Territórios		Subsistema de ensino								
		Total			Público			Privado		
Âmbito Geográfico	Anos	2001	2011	2020	2001	2011	2020	2001	2011	2020
NUTS 2013	Portugal	x	1 206 716	950 864	x	1 041 384	832 208	x	165 332	118 656
NUTS II	Área Metropolitana de	291 013	324 886	294 476	243 701	269 014	238 352	47 312	55 872	56 124
Município		13 307	14 702	13 009	12 815	13 832	12 254	492	870	755

Quadro 2: Alunos matriculados no ensino básico: total e por subsistema de ensino

Fonte: Adaptado de Pordata (2021), consultado a 10 de junho de 2022²⁸

Ao analisar o quadro 2, conclui-se que independentemente da década censitária, sempre existiu uma maior frequência de alunos a nível do subsistema público face ao privado.

Relativamente à década de 2001 para 2011 constata-se um acréscimo de alunos matriculados no ensino básico, quer a nível nacional, como na área metropolitana de Lisboa e também no município em questão.

Contrariamente, de 2011 para 2020 deparamo-nos com um decréscimo de alunos matriculados no ensino básico na sua generalidade, à exceção do ensino privado na área metropolitana de Lisboa.

Seguidamente, no quadro 3 apresenta-se a taxa de retenção no 3º ciclo do ensino básico, relativamente a 2011 e 2019 (sendo estes os dados disponíveis até à data).

²⁷ <https://www.mun-...l.pt/agrupamentos-de-escolas/>

²⁸ <https://www.pordata.pt/>

Territórios	7º ano		8º ano		9º ano	
	2011	2019	2011	2019	2011	2019
Portugal	15,4	7,0	10,3	4,7	13,8	5,5
Área Metropolitana de Lisboa	18,5	9,2	12,6	6,3	15,5	7,1
Setúbal	19,9	9,8	14,7	8,6	19,2	10,1

Quadro 3: Taxa de retenção e de desistência do ensino básico (3º ciclo do ensino básico)

Fonte: Adaptado de Pordata (2020), consultado a 10 de junho de 2022²⁹

Podemos concluir que ao longo de todo o 3º ciclo do ensino básico desde 2011 a 2019, existiu uma diminuição da taxa de retenção/ desistência por parte dos alunos matriculados a nível nacional e, a área metropolitana de Lisboa e deste município em concreto, seguem a tendência.

De outro modo, em relação à população residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os censos, verifica-se que no município existiu um decréscimo de 2001 para 2011 a nível do 1º ciclo de escolaridade, mais precisamente de 26, 2% para 22,6% (Pordata, 2022). A partir do 2º ciclo do ensino básico até ao nível superior de escolaridade constatou-se um aumento, acompanhando a tendência da área metropolitana de Lisboa e nacional (gráfico 7). Salvaguarda-se que os dados disponíveis até à data presente referem-se apenas a 2001 e 2011.

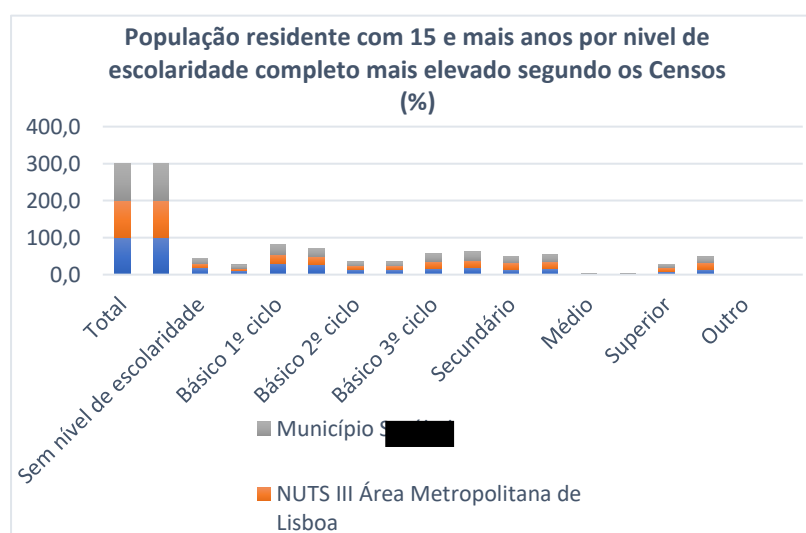


Gráfico 7 - População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%)

Fonte: Adaptado de Pordata (2022), consultado a 10 de junho de 2022³⁰

²⁹ <https://www.pordata.pt/>

³⁰ <https://www.pordata.pt/>

Pode-se assim concluir, que o nível de escolaridade da população residente neste município tem vindo a aumentar na sua generalidade.

Relativamente ao perfil económico do município, segundo dados consultados em Pordata (2022), os sectores de atividade com maior número de pessoal ao serviço eram as indústrias transformadoras, seguidas do comércio por grosso e a retalho, e posteriormente as atividades administrativas e dos serviços de apoio. Em quarto e quinto lugar, a construção e o alojamento/ restauração e similares, sendo assim predominante as áreas dos sectores secundários e terciários.

Relativamente ao ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem por setor de atividade, segundo dados de Pordata (2021), constata-se que este município se encontra abaixo comparativamente ao ganho nacional e da área metropolitana de Lisboa, há exceção do setor da indústria, como explanado no gráfico 8.

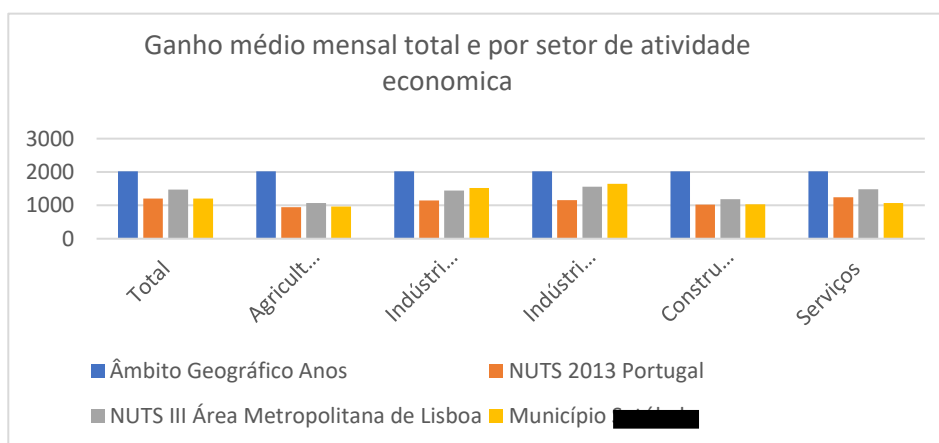


Gráfico 8 - Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: total e por setor de atividade em 2019

Fonte: Adaptado de Pordata (2021), consultado a 10 de junho de 2022³¹

A evolução socioeconómica e a internacionalização devido a algumas empresas sediadas no município, contribuem para maior empregabilidade e desenvolvimento tecnológico. A par destes fatores, também o sector da hotelaria e restauração tem vindo a ganhar maior expressão promovendo o desenvolvimento a nível turístico.³²

Quanto ao indicador de poder de compra *per capita*, este município situa-se acima do nacional, mas abaixo da área metropolitana de Lisboa, como se pode verificar no gráfico 9.

³¹ <https://www.pordata.pt/>

³² <https://www.mun-...l.pt/livro-retrata-economia-no-concelho/>

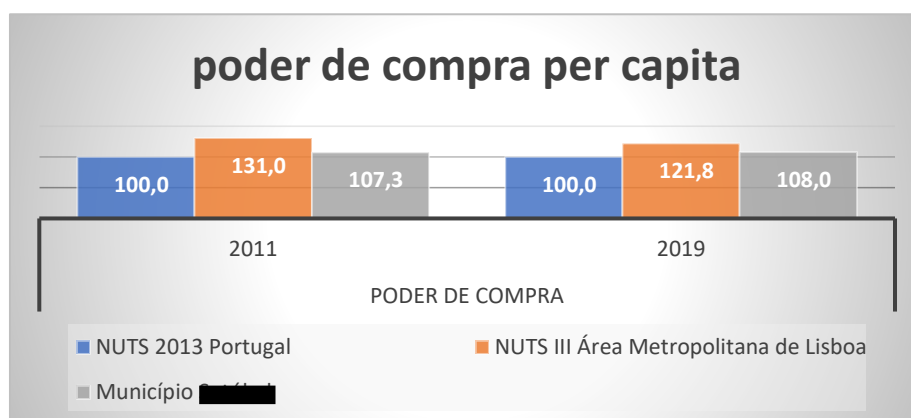


Gráfico 9 - Poder de compra per capita

Fonte: Adaptado de Pordata (2021), consultado a 10 de junho de 2022³³

No que respeita à população desempregada total e por sexo, segundo dados Pordata (2015), a taxa total de desemprego do município sofreu um aumento entre 2001 e 2011, mais precisamente de 9,8 % para 15,6%. Sendo mais elevada no sexo masculino do que no sexo feminino em ambas as datas em análise. Os dados disponíveis para o município não são recentes, mas ao compararmos com a área metropolitana de Lisboa onde se insere, constata-se que entre o mesmo período censitário também existiu um aumento significativo na taxa de desemprego total, de 70,8% para 200,7%. Contudo, de 2011 para 2021 verificamos uma redução na taxa de desemprego total na área metropolitana de Lisboa para 90,0% (Pordata, 2022).

Todavia, há que considerar que a pandemia pela Covid -19 contribuiu para alterações no contexto socioeconómico mundial e nacional, podendo acentuar algumas vulnerabilidades da população.

3.4. CARACTERIZAÇÃO DE SAÚDE

Relativamente aos recursos de saúde disponíveis, a população residente tem ao seu dispor o Centro Hospitalar, que engloba o Hospital situado numa zona central da cidade, cuja oferta inclui uma vasta rede de valências e o Hospital Ortopédico, situado em pleno parque natural.

A nível privado e social ainda concilia dois hospitais privados e uma vasta oferta de clínicas de saúde, compreendendo várias especialidades médicas, centros de diagnóstico/ laboratoriais, clínicas de medicina dentária, clínicas de enfermagem e farmácias.

³³ <https://www.pordata.pt/>

A nível de recursos humanos neste município, no que diz respeito a médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos, ao longo das décadas observou-se um aumento nas dotações dos mesmos, tanto a nível nacional, como na área metropolitana de Lisboa e no município em questão, tal como podemos constatar no gráfico 10.

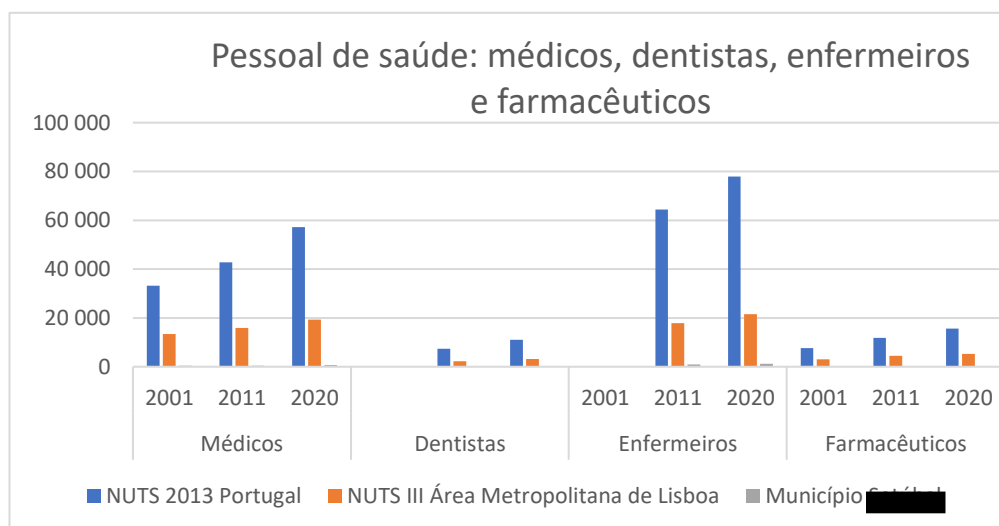


Gráfico 10 – Pessoal de saúde: médicos, dentistas, enfermeiros e farmacêuticos

Fonte: Adaptado de Pordata (2021), consultado a 14 de junho de 2022³⁴

Mais especificamente a nível de enfermeiros, não se encontram disponíveis dados referentes a 2001, mas de 2011 para 2020 existiu um aumento significativo no número de enfermeiros neste município, mais precisamente de 913 para 1154.

Contudo, o rácio de enfermeiros por 1000 habitantes neste município comparativamente ao resto do país, é um dos mais baixos com 5,73 em 2019, como podemos verificar nos dados consultados no Anuário Estatístico 2019, gráfico 11 (OE, 2020).

³⁴ <https://www.pordata.pt/>

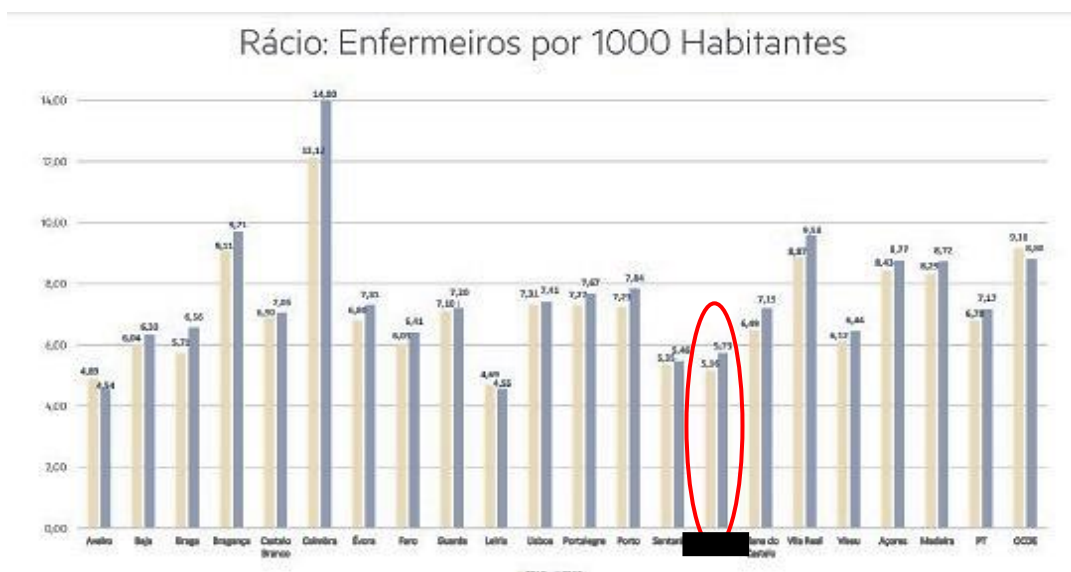


Gráfico 11– Rácio: Enfermeiro por 1000 Habitantes

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2020), consultado a 14 de junho 2022³⁵

Numa perspetiva de caracterizar os utentes inscritos por diagnóstico ativo, segundo dados referentes a dezembro de 2016, descritos no Plano Local de Saúde 2019-2023, os que apresentam maior representatividade eram para a hipertensão arterial, alterações do metabolismo dos lípidos, perturbações depressivas e diabetes, (ACES Arrábida, 2019).

Similarmente, ao consultarmos dados de Pordata (2022) relativamente às causas de maior percentagem de óbitos, conclui-se que algumas delas vão de encontro aos diagnósticos ativos dos utentes inscritos. Como podemos verificar através da análise do gráfico 12, as doenças crónicas não transmissíveis com maior mortalidade são as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos e em terceiro lugar as doenças do aparelho respiratório a nível nacional e este município segue a tendência.

³⁵ https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_AnuarioEstatisticos.pdf

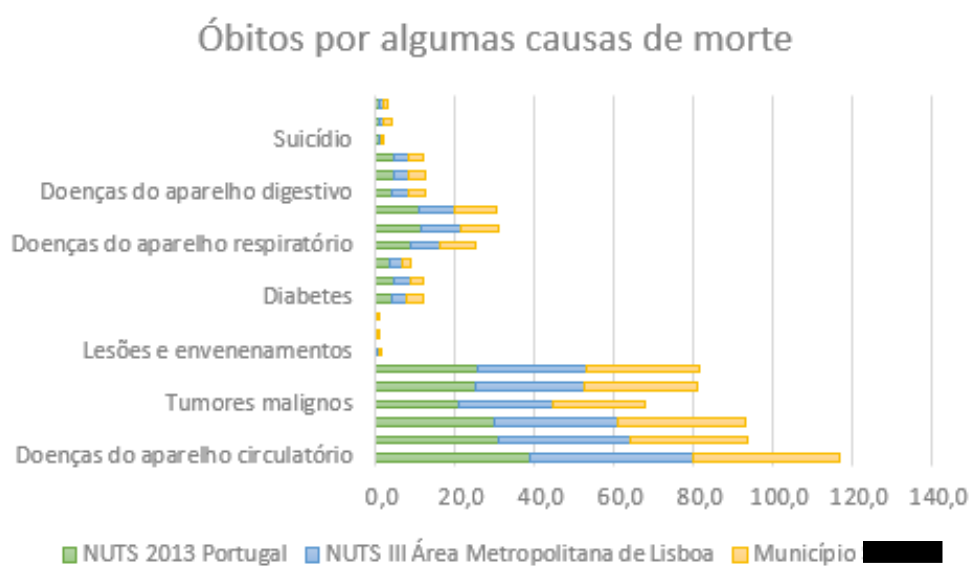


Gráfico 12 - Óbitos por algumas causas de morte

Fonte: Adaptado de Pordata (2022), consultado a 14 de junho de 2022³⁶

O aumento da longevidade associado à elevada prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, exige respostas adequadas, alicerçadas numa prestação de cuidados integrados e centrados nas necessidades dos adultos maiores (Loureiro & Miranda, 2021). Deste modo, torna-se fundamental investir na promoção da saúde e prevenção da doença com o objetivo de alcançar ganhos em saúde e reduzir os custos associados.

A grande maioria das doenças crónicas não transmissíveis estão relacionadas com alguns determinantes e estilos de vida e segundo o Perfil Local de Saúde 2016, verifica-se que os determinantes de saúde com maior expressão eram: abuso de tabaco; excesso de peso; abuso crónico do álcool e abuso de drogas, conforme apresentados no quadro 4 e gráfico 13 (ACES Arrábida, 2016).

³⁶ <https://www.pordata.pt/>

Determinantes de Saúde - Registo nos Cuidados de Saúde Primários

PROPORÇÃO DE INSCRITOS (%) POR DIAGNÓSTICO ATIVO, DEZEMBRO 2015 (ORDEM DECRESCENTE)

Diagnóstico ativo (ICPC-2)	Continente			ARS Lisboa e Vale do Tejo			ACeS [REDACTED]		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Abuso do tabaco (P17)	10,5	14,0	7,2	8,3	9,4	7,4	8,2	8,5	7,9
Excesso de peso (T83)	5,9	6,1	5,8	5,5	5,6	5,3	3,8	4,0	3,6
Abuso crónico do álcool (P15)	1,6	2,9	0,4	1,0	1,8	0,2	0,7	1,3	0,1
Abuso de drogas (P19)	0,5	0,7	0,3	0,4	0,6	0,3	0,4	0,5	0,3

HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres

Observatórios Regionais de Saúde (dados: SIARS)

Quadro 4: Determinantes de Saúde – Proporção de inscritos por diagnóstico ativo dezembro 2016
Fonte: Perfil Local de Saúde 2016 – ACES Arrábida (2016), consultado a 14 de junho de 2022³⁷

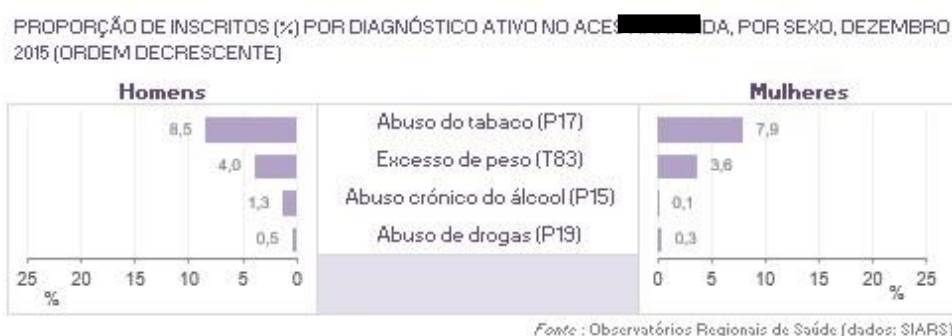


Gráfico 13 - Proporção de inscritos por diagnóstico ativo dezembro 2015

Fonte: Perfil Local de Saúde 2016 – ACES Arrábida (2016), consultado a 14 de junho de 2022³⁸

Salvaguarda-se que os dados disponíveis do Perfil Local de Saúde são referentes a 2015 e 2016.

Contudo, perante os dados suprarreferidos e considerando que o presente PNS 2021-2030, identifica como principais necessidades de saúde “1. Redução da morte prematura e evitável, e da carga de doença e incapacidade associadas a: doença do aparelho circulatório...tumores malignos doenças do aparelho respiratório” (DGS, 2022: 43) e no que concerne ao ponto 3 “Redução da prevalência dos fatores de risco de elevada prevalência ou em crescimento” (DGS, 2022: 44), que integra o consumo do tabaco. E ainda de evidenciar como objetivos fixados “Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura” (DGS, 2022, p. 52) para < 75 anos no que diz respeito a: doenças respiratórias; doenças cerebrovasculares; doenças isquémicas do coração e tumores malignos (DGS, 2022),

³⁷ https://www.google.com/search?q=perfil+local+aces+arrabida&rlz=1C1SQJL_enPT885PT885&oq=perfil+local+aces+arrabida&aqs=chrome..69i57j33i160l2.13814j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

³⁸ https://www.google.com/search?q=perfil+local+aces+arrabida&rlz=1C1SQJL_enPT885PT885&oq=perfil+local+aces+arrabida&aqs=chrome..69i57j33i160l2.13814j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

entende-se a pertinência do presente projeto, que pretende investir na prevenção de um dos principais determinantes de saúde que contribuem para a incidência das doenças crónicas não transmissíveis mais prevalentes, na tentativa de promover hábitos de vida saudáveis nos grupos etários mais jovens e consequente redução de custos e ganhos em saúde futuros.

4. METODOLOGIA

O planeamento em saúde define-se por um processo dinâmico e contínuo, no qual decorrem várias etapas, nomeadamente, diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982). Estas etapas estão interligadas e devem ser desenvolvidas de forma integrada e contínua, visando garantir a qualidade e efetividade das ações de saúde.

Esta metodologia baseia-se numa análise integrada de uma comunidade, implicando uma coordenação e cooperação a vários níveis, com o objetivo de contribuir para a mudança de comportamentos (Imperatori & Giraldes, 1982).

O planeamento em saúde é uma ferramenta fundamental para garantir a eficácia e eficiência na gestão dos serviços e políticas públicas de saúde. A metodologia do planeamento em saúde proposta por Imperatori e Giraldes é um dos modelos mais utilizados e tem como objetivo principal orientar na elaboração de planos e estratégias que garantam a melhoria da saúde da população.

Seguidamente, para melhor perceção apresentamos na figura 9 o processo de Planeamento em Saúde, integrando as respetivas etapas.

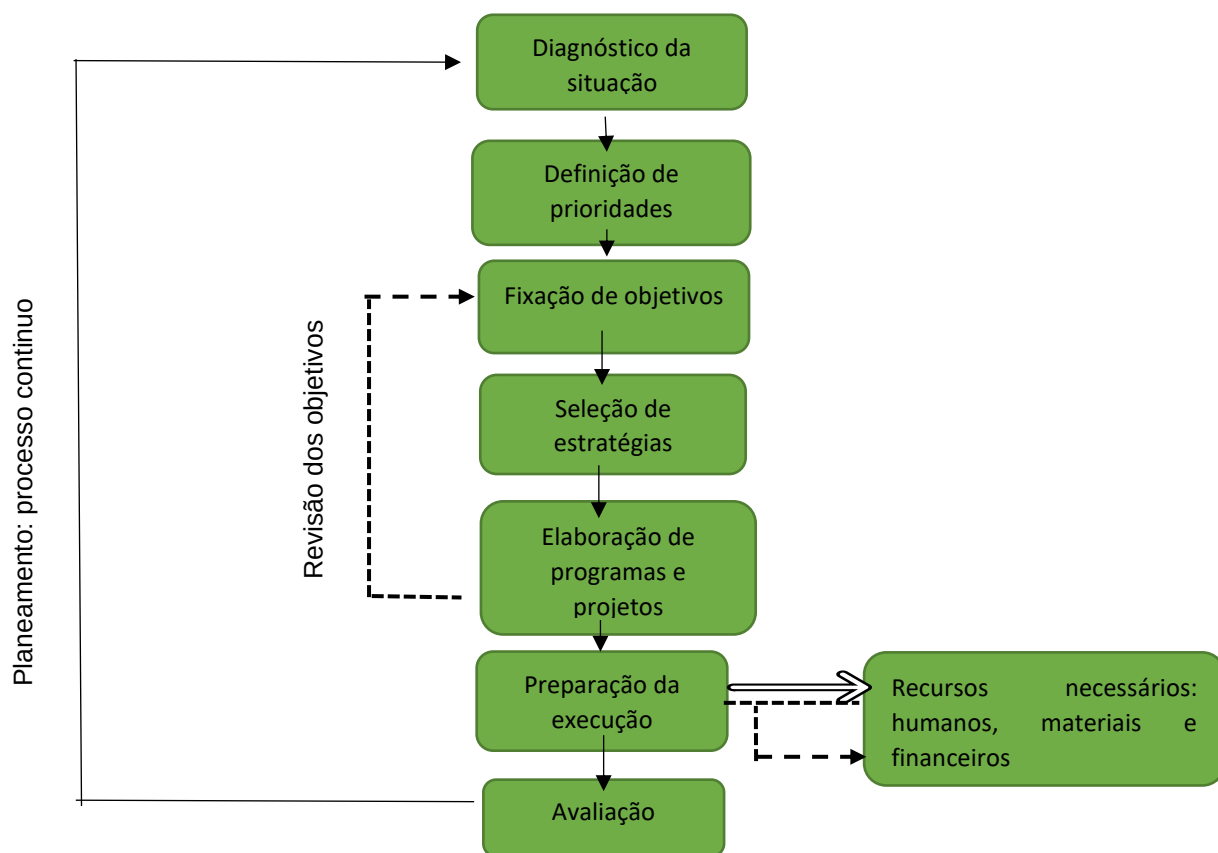


Figura 8 – Principais etapas no processo de Planeamento da Saúde
Fonte: Imperatori & Giraldes, 1982, p. 10

Neste entendimento, também Pender et al, (2014) defendem que o planeamento em saúde é um processo dinâmico e a flexibilidade é fundamental para atender às necessidades dos indivíduos em constante mudança ao longo do seu ciclo vital.

4.1. POPULAÇÃO ALVO

A população alvo do projeto de intervenção comunitária foram os jovens a frequentar o 7º ano de escolaridade, do 3º ciclo do ensino básico. A escolha desta população tem por base os dados que mostram que 29% dos jovens europeus entre 15 e 24 anos fumam. Em Portugal, a taxa de fumadores é de 17% na população com mais de 15 anos (INE, 2020).

Considerando o objetivo de prevenir o consumo do tabaco nos jovens, alicerçado em uma das metas do PNS revisão e extensão 2020 (que ainda vigorava no início do projeto) - “reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao

fumo ambiental” (DGS, 2015a: 12), e considerando o atual PNS 2021-2023 que fixa como um dos seus objetivos reduzir a taxa de mortalidade patronizada e prematura associada às doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com a prevalência de fatores de risco, tais como o tabaco (DGS, 2022), é crucial incidir na faixa etária dos 12-14 anos para evitar que os jovens iniciem o consumo de tabaco.

Para a realização do diagnóstico de situação, foram incluídas as escolas agrupadas e não agrupadas integradas na USP onde ocorreu o estágio. Três das quatro escolas aceitaram participar no projeto, uma escola não aceitou por já ter em carteira outros projetos a decorrer no presente ano letivo.

A população alvo é composta por todos os jovens a frequentar o 7º ano das escolas participantes, totalizando 355 jovens no ano letivo de 2022/2023. A amostra inclui 219 jovens, selecionados com base em critérios de inclusão, como frequentar o 7º ano de escolaridade, ter autorização dos encarregados de educação manifesta através do consentimento informado, e critérios de exclusão, como não ter autorização por parte dos encarregados de educação para a participação através do consentimento informado, a recusa em participar no estudo ou a ausência no dia planeado.

A amostra final foi assim composta por 219 participantes distribuídos entre as escolas M, L e T (escola M: 82 participantes; escola L: 89 participantes; escola T: 48 participantes).

Após a análise dos resultados e considerando o interesse e disponibilidade das escolas, a escola L foi selecionada por conveniência para ser alvo da intervenção do projeto. Esta metodologia permitiu identificar uma escola que se mostrou mais propícia à implementação do projeto, tendo como objetivo contribuir para a prevenção do consumo de tabaco entre os jovens e promover uma cultura de prevenção do tabagismo em geral.

4.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para possibilitar a realização do diagnóstico de situação de saúde, foi solicitado ao Sr. Prof. Dr. ° José Precioso a disponibilização do questionário “Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar. **SmokeOut** - Construção e avaliação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças de género”, para utilização no presente projeto (Apêndice I) e (Anexo I). Este questionário é constituído por 23 questões de resposta fechada com opções de escolha múltipla ou escalas, permitindo a avaliação das seguintes variáveis: socioeconómicas; prevalência do consumo de tabaco; a intenção de experimentação; a intenção de cessação, a exposição ao fumo ambiental do tabaco; quais os

conhecimentos sobre os malefícios; a capacidade de recusa; crenças e atitudes face ao tabaco.

Com a aplicação deste questionário pretendemos, caraterizar os hábitos de consumo de tabaco dos jovens a frequentar o 7º ano de escolaridade das escolas agrupadas e não agrupadas pertencentes à USP que autorizaram a realização do estudo e conhecer a opinião dos mesmos face ao consumo de tabaco.

Os questionários foram aplicados a todos os jovens a frequentar o 7º ano de escolaridade das 3 escolas incluídas no estudo e que cumpriam os critérios de inclusão. Perante as disponibilidades de cada escola a aplicação do questionário ocorreu: na escola M a 27 e 28 de outubro de 2022; na escola L a 23 e 25 de novembro de 2022; e na escola T a 7 de dezembro de 2022.

Posteriormente, através da análise dos dados obtidos, foi possível dar continuidade às fases subsequentes do planeamento em saúde.

Após realização da intervenção, parte do mesmo instrumento de colheita de dados foi novamente aplicado, nomeadamente as questões referentes à capacidade de recusa face à oferta de um cigarro, malefícios e crenças associadas ao tabaco, com o intuito de avaliar os ganhos em saúde.

4.3. METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. A análise estatística foi efetuada com recurso *Statistical Package for the Social Sciences* [SPSS] versão 28 para Windows.

4.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação em saúde possibilita o desenvolvimento e novos conhecimentos, mas associado ao mesmo surgem questões de carácter ético. Consequentemente, é fundamental “que qualquer estudo realizado em pessoas ou com pessoas deve garantir em todas as suas etapas o respeito pela dignidade das mesmas enquanto seres humanos.” (Néné & Sequeira, 2022: 99).

Deste modo, foi garantida a confidencialidade dos dados obtidos, assim como os princípios éticos intrínsecos ao longo de todo o projeto. Os dados extraídos foram utilizados

exclusivamente no âmbito no presente projeto e permaneceram na posse do investigador, guardados em computador pessoal e protegido com palavra-chave. Os mesmos serão posteriormente eliminados com a conclusão do presente projeto, respeitando assim todos as normas e procedimentos do Regulamento geral de proteção de dados.

Assim, foi solicitado ao Senhor Professor Doutor José Precioso a disponibilização do questionário “Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar. **SmokeOut** - Construção e avaliação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças de género”, como já mencionado anteriormente.

Desta forma, foi também solicitada autorização para a realização do referido projeto de intervenção comunitária à Direção Executiva do ACES, bem como, autorização para utilização do nome do ACES e do respetivo polo da USP, no projeto de estágio e relatório a desenvolver (Apêndice II).

Similarmente, foi solicitada autorização para realização do presente projeto às escolas agrupadas e não agrupadas integradas na área de intervenção da USP onde decorreu o estágio, das quais se obteve aval por parte de 3 delas a 4ª escola não foi incluída no projeto por já estar a decorrer um outro projeto semelhante (Apêndice III).

A participação dos jovens foi voluntária e após obtenção de consentimento informado livre e esclarecido por parte dos encarregados de educação (Apêndice IV).

Não existiram conflitos de interesse por parte da aluna mestranda/ investigador principal, quer a nível pessoal ou financeiro/ económico, que possam comprometer a imparcialidade da investigação.

Foram ainda realizadas restantes declarações para a execução do projeto, que constam do processo à comissão de ética, que por sua vez, foi submetido para avaliação pela comissão de ética para a saúde da ARSLVT, sendo emitido parecer favorável (Anexo II).

Foi também realizada submissão à Direção Geral da Educação, que rejeitou o processo justificando que as escolas possuem autonomia para autorizar a aplicação do questionário, bem como consequente realização de projeto de intervenção (Anexo III). Assim sendo, foi solicitado que o processo fosse avaliado nos conselhos pedagógicos das respetivas escolas, o qual foi deferido pelas mesmas, sendo assim possível dar continuidade ao presente projeto.

5. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

A primeira fase do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação e este deverá adequar-se às necessidades de saúde da população. Pressupõe-se que o diagnóstico de situação seja amplo e suficientemente aprofundado, contemplando características socioeconómicas, de forma a identificar os problemas de saúde, bem como os seus determinantes. De outro modo, deve igualmente ser claro, sucinto e de fácil entendimento para qualquer elemento da população (Imperatori & Giraldes, 1982).

Deste modo, “O Diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados” (Imperatori & Giraldes, 1982: 19).

Segundo Tavares (1992), ao realizar-se um diagnóstico de situação, é fundamental considerar dois conceitos distintos, nomeadamente: o problema e a necessidade. Assim, define problema de saúde como “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade” (Tavares, 1992: 51) e a necessidade como sendo “a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema identificado.” (Tavares, 1992: 51).

Consequentemente, nesta fase são identificados os problemas e determinadas as necessidades, que podem ser as reais ou sentidas pela população em estudo. Por fim, após completar todas as etapas do diagnóstico de situação, emerge a lista de problemas a solucionar, que serão priorizados na fase seguinte do planeamento em saúde (Tavares, 1992).

Para que o presente projeto de intervenção comunitária fosse passível de realizar, tendo como objetivo prevenir o consumo de tabaco entre os jovens do 3º ciclo do ensino básico, sensibilizando-os para os riscos associados ao tabaco até julho de 2023, foi aplicado o questionário de Precioso (2016) em três escolas incluídas no projeto. No entanto, devido ao tempo limitado do estágio, a intervenção foi realizada apenas em uma das escolas. Serão apresentados os resultados das três escolas e, em seguida, os resultados específicos da escola selecionada para a intervenção.

5.1. RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO REFERENTE AO TOTAL DAS ESCOLAS INCLUÍDAS

Seguidamente, apresentamos os resultados obtidos do total das 3 escolas incluídas no presente estudo.

Caraterização da amostra total: Os dados referem-se a um total de respostas de 219 jovens. A média de idades era de 12,7 anos, variando entre um mínimo de 11 e um máximo de 23 anos. A maioria era do género masculino (53,4%) e vivia com os pais e irmãos (37,4%). A escolaridade predominante nas mães e nos pais era o 12º ano (26% e 20,5%).

Caraterização sociodemográfica (N = 219)		
	N	%
<i>Idade (M;DP)</i>	12.7	1.2
<i>Género</i>		
Feminino	102	46,6
Masculino	117	53,4
<i>Escolaridade da mãe</i>		
Não sei	61	27,9
Até ao 4º ano (1º ciclo)	7	3,2
Até ao 6º ano (2º ciclo)	18	8,2
Até ao 9º ano (3º ciclo)	41	18,7
Até ao 12º ano (ensino secundário)	57	26,0
Concluiu o ensino Superior (universidade)	35	16,0
<i>Escolaridade do Pai</i>		
Não sei	73	33,3
Nunca estudou	2	0,9
Até ao 4º ano (1º ciclo)	10	4,6
Até ao 6º ano (2º ciclo)	16	7,3
Até ao 9º ano (3º ciclo)	43	19,6
Até ao 12º ano (ensino secundário)	45	20,5
Concluiu o ensino Superior (universidade)	30	13,7
<i>Pessoas vivem na tua casa</i>		
Pai;Mãe;Irmão/s;Irmã/s	82	37,4
Pai;Mãe;Avós	7	3,2
Avós	10	4,6
Pai;Mãe	25	11,4
Mãe e Padrasto ou companheiro da tua mãe	34	15,5
Outras pessoas	8	3,7
Mãe	40	18,3
Pai;Madrasta ou companheira do teu pai	10	4,6
Pai	3	1,4
Peso (M;DP)	50,6	11,1
Altura (M;DP)	1,6	,09

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica (N = 219)

Fonte: Elaboração própria

Seguidamente, apresentamos a **análise dos resultados do total das três escolas**:

A percentagem de jovens que indica já ter experimentado fumar tabaco cifra-se 9,1%. A média de idades dos que experimentaram era de 12,3 anos, com uma variação entre 10 e 15 anos. A maioria destas tinha experimentado entre 1 a 2 vezes (47,3%). Cerca de 10,8% das raparigas já tinha experimentado fumar enquanto nos rapazes essa percentagem era de 4,3%, embora a diferença não seja estatisticamente significativa, teste de Fisher, $p = .073$.

Alguma vez experimentaste fumar tabaco?		
	N	%
Não	199	90,9
Sim	20	9,1
Total	219	100,0

Tabela 2 - Alguma vez experimentaste fumar tabaco?

Fonte: Elaboração própria

Dos que nunca experimentaram fumar tabaco, mas que responderam que vão experimentar 6% indica que o vão fazer antes dos 18 anos. No entanto, uma percentagem muito elevada indica que provavelmente ou de certeza que não o farão.

Se respondeste não, achas que vais experimentar fumar tabaco?				
	De certeza que sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	De certeza que não
No próximo mês?	1,1%	0,0%	11,5%	87,4%
No próximo ano?	0,6%	0,6%	12,2%	86,7%
Antes dos 18 anos?	1,1%	4,9%	14,6%	79,5%
Depois dos 18 anos	1,5%	9,2%	23,5%	65,8%

Tabela 3- Se respondeste não, achas que vais experimentar fumar tabaco?

Fonte: Elaboração própria

A proporção de fumadores elevava-se a 3,2%. Dos que fumam todos os dias (4), o número de cigarros fumados varia entre 5 e 10, e começaram a fumar em média aos 13,6 anos, com uma variação mínimo de 12 e máxima de 16 anos. Em média, os que fumam, fumam o primeiro cigarro cerca de 30 minutos depois de acordar e fumaram em média 12 cigarros por dia. Cerca de 86% dos que fumam indicam que já tentaram deixar de fumar. As tentativas para deixar de fumar foram ensaiadas pelo menos 2 vezes. Cerca de 57% indicam que vão tentar deixar de fumar durante o próximo mês.

Atualmente fumas?		
	N	%
Já fumei mas deixei de fumar	4	1,8
Não fumo	208	95,0
Pelo menos um cigarro por semana, mas não todos os dias	2	,9
Todos os dias	4	1,8
Menos de um cigarro por semana	1	,5
Total	219	100,0

Tabela 4 - Atualmente fumas?

Fonte: elaboração própria

A proporção de pais e mães fumadores cifrava-se em 34,2% e 26,9%. A relação entre o já ter experimentado fumar tabaco e as pessoas de referência que fumam, como os irmãos, é estatisticamente significativa, $\chi^2(3) = 14.763$, $p = .006$, 37.5% dos que já experimentaram fumar têm irmãos que fumam.

As seguintes pessoas fumam?					
		Fuma	Não fuma	Não sei	Não se aplica
Pai	N	75	120	6	18
	%	34,2%	54,8%	2,7%	8,2%
Mãe	N	59	142	4	14
	%	26,9%	64,8%	1,8%	6,4%
Irmãos	N	27	147	10	35
	%	12,3%	67,1%	4,6%	16,0%
Namorado	N	3	102	10	104
	%	1,4%	46,6%	4,6%	47,5%

Tabela 5 - As seguintes pessoas fumam?

Fonte: elaboração própria

Cerca de 15% das mães e 16% dos pais fumavam em casa, por vezes ou todos os dias.

As seguintes pessoas fumam no interior da casa onde vives?					
		Não	Sim, por vezes	Sim, todos os dias	Não se aplica
Próprio/a	N	143	2	1	73
	%	65,3%	0,9%	0,5%	33,3%
A tua mãe (ou senhora responsável por ti)	N	141	20	13	45
	%	64,4%	9,1%	5,9%	20,5%
O teu pai (ou senhor responsável por ti)	N	130	23	12	54
	%	59,4%	10,5%	5,5%	24,7%
Outra(s) pessoa(s) com quem vives	N	133	11	12	63
	%	60,7%	5,0%	5,5%	28,8%
Outra(s) pessoa(s) com quem vive	N	135	30	4	50
	%	61,6%	13,7%	1,8%	22,8%

Tabela 6 - As seguintes pessoas fumam no interior da casa onde vives?

Fonte: Elaboração própria

A maioria dos inquiridos considera que as pessoas significativas nas suas relações não gostariam que eles fumassem.

Consideras que as seguintes pessoas gostariam que tu fumassem?					
		Sim	Não	Não sei	Não se aplica
Pai (ou senhor responsável por ti)	N	0	183	11	25
	%	0,0%	83,6%	5,0%	11,4%
Mãe (ou senhora responsável por ti)	N	2	187	8	22
	%	0,9%	85,4%	3,7%	10,0%
Irmã(s) /Irmão(s)	N	2	164	20	33
	%	0,9%	74,9%	9,1%	15,1%
Melhor amigo(a)	N	4	166	23	26
	%	1,8%	75,8%	10,5%	11,9%
Namorado(a)	N	1	127	13	78
	%	0,5%	58,0%	5,9%	35,6%

Tabela 7 - Consideras que as seguintes pessoas gostariam que tu fumassem?

Fonte: Elaboração própria

As pessoas que mais advertiram os jovens para os malefícios do tabaco foram a mãe (79,5%), o pai (73,1%) e os professores (74%).

Alguma destas pessoas já te falou sobre os malefícios do tabaco?					
		Sim, várias vezes	Sim, algumas vezes	Não	Não se Aplica
Pai (ou senhor responsável por ti)	N	102	58	55	4
	%	46,6%	26,5%	25,1%	1,8%
Mãe (ou senhora responsável por ti)	N	111	63	42	3
	%	50,7%	28,8%	19,2%	1,4%
Irmã(s) /Irmão(s)	N	59	34	93	33
	%	26,9%	15,5%	42,5%	15,1%
Amigo(s)	N	58	45	99	17
	%	26,5%	20,5%	45,2%	7,8%
Professore(s)	N	94	68	49	8
	%	42,9%	31,1%	22,4%	3,7%
Médico(s) / Enfermeiro(s)	N	88	56	66	9
	%	40,2%	25,6%	30,1%	4,1%

Tabela 8 - Alguma destas pessoas já te falou sobre os malefícios do tabaco?

Fonte: Elaboração própria

Recusar o cigarro (88,1%) era o comportamento mais evocado pelos jovens se um amigo lhes oferecesse um cigarro para fumar.

Se um amigo te oferecesse um cigarro para fumares, como achas que irias reagir?		
	N	%
De certeza que recusava o cigarro	172	78,5
Provavelmente recusava o cigarro	21	9,6
Não sei	20	9,1
Provavelmente aceitava o cigarro	3	1,4
De certeza que aceitava o cigarro	3	1,4
Total	219	100,0

Tabela 9 - Se um amigo te oferecesse um cigarro para fumares, como achas que irias reagir?

Fonte: Elaboração própria

Na opinião maioritária dos jovens inquiridos, o tabaco é prejudicial sobretudo para os Pulmões (84,9%), saúde em geral (74,9%) e dentes (56,6%).

De que modo consideras que o tabaco é prejudicial para:					
		Nada prejudicial	pouco prejudicial	Prejudicial	Muito prejudicial
Pulmões	N	1	1	31	186
	%	0,5%	0,5%	14,2%	84,9%
Coração	N	1	13	90	115
	%	0,5%	5,9%	41,1%	52,5%
Pele	N	18	55	74	72
	%	8,2%	25,1%	33,8%	32,9%
Dentes	N	8	24	63	124
	%	3,7%	11,0%	28,8%	56,6%
Sexualidade	N	87	46	31	55
	%	39,7%	21,0%	14,2%	25,1%
Capacidade de fazer desporto	N	8	21	74	116
	%	3,7%	9,6%	33,8%	53,0%
A saúde no geral	N	2	5	48	164
	%	0,9%	2,3%	21,9%	74,9%

Tabela 10 - De que modo consideras que o tabaco é prejudicial para:
Fonte: Elaboração própria

Em casa (48,6%), em espaços ao ar livre (17,2%) é onde os jovens passam a maior parte do seu tempo livre.

Onde passas a maior parte do teu tempo livre?		
	N	%
Casa	240	48,6
Espaços ao ar livre	85	17,2
Locais para atividades extracurriculares (ATL, desporto, música, grupos de jovens, etc.)	49	9,9
Centro Comercial	56	11,3
Café	13	2,6
Bares ou Discotecas	4	0,8
Casa de amigos	47	9,5

Tabela 11 - Onde passas a maior parte do teu tempo livre?
Fonte: Elaboração própria

A proporção de jovens que indica gostar ou gostar muito da escola é de 46,2%, enquanto a percentagem de jovens que afirmar detestar ou não gostar é de 14,6%. A relação entre os sentimentos relativamente à escola e ter experimentado fumar não é estatisticamente significativa, $\chi^2(4) = 9.003$, $p = .064$.

Como te sentes em relação à escola?		
	N	%
Detesto	17	7,8
Não gosto	15	6,8
Não gosto nem desgosto	86	39,3
Gosto	70	32,0
Gosto muito	31	14,2
Total	219	100,0

Tabela 12 - Como te sentes em relação à escola?

Fonte: elaboração própria

A maioria (65,8%) indica não querer saber mais sobre o tabaco, ou porque não têm interesse (51,6%) ou porque afirmam já saber tudo sobre o tabaco (14,2%).

Gostavas de saber mais sobre o tabaco?		
	N	%
Não, porque já sei tudo	31	14,2
Não, porque não tenho interesse	113	51,6
Sim, porque quero saber mais	36	16,4
Sim, porque sei poucas coisas sobre o tema	39	17,8
Total	219	100,0

Tabela 13 - Gostavas de saber mais sobre o tabaco?

Fonte: Elaboração própria

As afirmações consideradas como mais verdadeiras foram “Fumar durante a gravidez prejudica o bebé” (74,4%) e “Fumar aumenta a probabilidade de ter cancro” (68%), enquanto as consideradas como mais falsas foram “Fumar torna as pessoas mais bonitas/interessantes” (67,6%) e “Fumar é bom para emagrecer” (66,2%).

Qual a tua opinião em relação às seguintes afirmações?						
		1	2	3	4	5
Fumar é bom para emagrecer	N	109	36	48	13	13
	%	49,8%	16,4%	21,9%	5,9%	5,9%
O tabaco ajuda a acalmar	N	61	29	60	43	26
	%	27,9%	13,2%	27,4%	19,6%	11,9%
Quem fuma tem uma pele envelhecida	N	32	25	86	38	38
	%	14,6%	11,4%	39,3%	17,4%	17,4%
Não é prejudicial para a saúde estar numa sala com fumadores	N	101	22	40	20	36
	%	46,1%	10,0%	18,3%	9,1%	16,4%
A maioria dos adultos fuma	N	25	23	81	56	34
	%	11,4%	10,5%	37,0%	25,6%	15,5%
Os fumadores têm mais amigos	N	51	37	87	21	23
	%	23,3%	16,9%	39,7%	9,6%	10,5%
Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco	N	93	27	67	18	14
	%	42,5%	12,3%	30,6%	8,2%	6,4%
As raparigas são mais sensíveis ao fumo do tabaco	N	28	26	124	20	21
	%	12,8%	11,9%	56,6%	9,1%	9,6%
O tabaco é uma droga muito viciante	N	22	8	41	38	110
	%	10,0%	3,7%	18,7%	17,4%	50,2%
A maioria dos jovens fuma	N	17	28	92	55	27
	%	7,8%	12,8%	42,0%	25,1%	12,3%
Fumar só tem consequências negativas na saúde se se fumar durante muitos anos	N	45	16	49	35	74
	%	20,5%	7,3%	22,4%	16,0%	33,8%
É prejudicial para a saúde estar ao lado de alguém que está a fumar ao ar livre	N	21	21	67	54	56
	%	9,6%	9,6%	30,6%	24,7%	25,6%
Fumar durante a gravidez prejudica o bebé	N	14	2	40	36	127
	%	6,4%	0,9%	18,3%	16,4%	58,0%
Fumar é caro e prejudica a economia familiar	N	15	11	75	43	75
	%	6,8%	5,0%	34,2%	19,6%	34,2%
Fumar é uma boa maneira dos jovens mostrarem que são independentes	N	104	24	65	10	16
	%	47,5%	11,0%	29,7%	4,6%	7,3%
Fumar alivia a tristeza	N	49	21	95	33	21
	%	22,4%	9,6%	43,4%	15,1%	9,6%
Fumar torna as pessoas mais bonitas/ Interessantes	N	124	24	54	5	12
	%	56,6%	11,0%	24,7%	2,3%	5,5%
Fumar provoca doenças sem importância	N	97	20	56	12	34
	%	44,3%	9,1%	25,6%	5,5%	15,5%
Fumar aumenta a probabilidade de ter cancro	N	22	5	43	36	113
	%	10,0%	2,3%	19,6%	16,4%	51,6%

Legenda: 1 - Tenho a certeza que é falsa 2 - Acho que é falsa 3 - Não sei
4 - Acho é verdadeira 5 - Tenho a certeza que é verdadeira

Tabela 14 - Qual a tua opinião em relação às seguintes afirmações?
Fonte: Elaboração própria

Os jovens indicam que ouvem com mais frequência assuntos relacionados com tabaco na escola (54,4%) e em Centros de Saúde/ Hospital (52,5%).

Qual a frequência com que ouves ou vês referidos assuntos relacionados com tabaco?		Muitas Vezez	Várias vezes	Algumas vezes	Nunca
Televisão	N	42	57	76	44
	%	19,2%	26,0%	34,7%	20,1%
Rádio	N	64	29	48	78
	%	29,2%	13,2%	21,9%	35,6%
Internet	N	47	66	60	46
	%	21,5%	30,1%	27,4%	21,0%
Locais de convívio com amigos	N	63	39	49	68
	%	28,8%	17,8%	22,4%	31,1%
Escola	N	51	68	60	40
	%	23,3%	31,1%	27,4%	18,3%
Centro de Saúde/ Hospital	N	58	57	53	51
	%	26,5%	26,0%	24,2%	23,3%

Tabela 15 - Qual a frequência com que ouves ou vês referidos assuntos relacionados com tabaco?
Fonte: Elaboração própria

5.2. RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO REFERENTE À ESCOLA ALVO DE INTERVENÇÃO

Em seguida, apresentamos os resultados específicos obtidos na escola L que foi alvo de intervenção.

Relativamente à **Caraterização desta amostra**: Os dados referem-se a um total de respostas de 89 jovens. A média de idades era de 12,6 anos, variando entre um mínimo de 11 e um máximo de 23 anos. A maioria era do género feminino (50,6%) e vivia com os pais (49,4%). A escolaridade predominante nas mães era o 12º ano (27%) e nos pais era o 9º ano (25,8%).

Caraterização sociodemográfica (N = 89)		
	N	%
<i>Idade (M;DP)</i>	12,6	1,47
<i>Género</i>		
Feminino	45	50,6
Masculino	44	49,4
<i>Escolaridade da mãe</i>		
Não sei	25	28,1
Até ao 4º ano (1º ciclo)	3	3,4
Até ao 6º ano (2º ciclo)	6	6,7
Até ao 9º ano (3º ciclo)	17	19,1
Até ao 12º ano (ensino secundário)	24	27,0
Concluiu o ensino Superior (universidade)	14	15,7
<i>Escolaridade do Pai</i>		
Não sei	26	29,2
Até ao 4º ano (1º ciclo)	1	1,1
Até ao 6º ano (2º ciclo)	8	9,0
Até ao 9º ano (3º ciclo)	23	25,8
Até ao 12º ano (ensino secundário)	18	20,2
Concluiu o ensino Superior (universidade)	13	14,6
<i>Pessoas que vivem na tua casa</i>		
Pai e Mãe	44	49,44
Pai	8	8,99
Mãe	42	47,19
Irmão/s	34	38,20
Irmã/s	25	28,09
Avós	15	16,85
Padrasto	19	21,35
Madrasta	3	3,37
Outras	11	12,36
Peso (M;DP)	50,0	11,4
Altura (M;DP)	1,5	,07

Tabela 16- Caraterização sociodemográfica (N = 89)

Fonte: Elaboração própria

Seguidamente, apresentamos a **análise dos resultados da escola L**: A percentagem de jovens que indica já ter experimentado fumar tabaco cifra-se 11,2%. A média de idades dos que experimentaram era de 12,7 anos, com uma variação entre 11 e 15 anos. A maioria destes tinha experimentado entre 1 a 2 vezes ou mais de 10 vezes (4,5%). Cerca de 11,1% das raparigas já tinha experimentado fumar enquanto nos rapazes essa percentagem era de 11,4%, embora a diferença não seja estatisticamente significativa, teste de Fisher, $p = 1.000$.

Alguma vez experimentaste fumar tabaco?		
	N	%
Não	79	88,8
Sim	10	11,2
Total	89	100,0

Tabela 17 - Alguma vez experimentaste fumar tabaco?
Fonte: Elaboração própria

Dos que nunca experimentaram fumar tabaco, mas que respondem que vão experimentar, 8,4% indica que o vão fazer antes dos 18 anos. No entanto, uma percentagem muito elevada indica que provavelmente ou de certeza que não o farão.

Se respondeste não, achas que vais experimentar fumar tabaco?				
	De certeza que sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	De certeza que não
No próximo mês?	2,7%	0,0%	9,5%	87,8%
No próximo ano?	1,4%	1,4%	10,8%	86,5%
Antes dos 18 anos?	1,4%	6,8%	9,6%	82,2%
Depois dos 18 anos	1,3%	11,3%	18,8%	68,8%

Tabela 18 - Se respondeste não, achas que vais experimentar fumar tabaco?
Fonte: elaboração própria

A proporção de fumadores eleva-se a 2,2%.

Atualmente fumas?		
	N	%
Não	4	4,5
Não fumo	83	93,3
Sim	2	2,2
Total	89	100,0

Tabela 19 - Atualmente fumas?
Fonte: Elaboração própria

A proporção da pais e mães fumadores cifrava-se em 43,8% e 30,3%, respetivamente. A relação entre o já ter experimentado fumar tabaco e as pessoas de referência que fumam, designadamente, pai, mãe e namorado, não é estatisticamente significativo ($p > .05$). Há uma proporção significativamente mais elevada de jovens que já experimentaram fumar e cujos irmãos também fumam (40% vs 11,4%), $\chi^2(3) = 8.902$, $p = .031$.

As seguintes pessoas fumam?					
		Fuma	Não fuma	Não sei	Não se aplica
Pai	N	39	42	3	5
	%	43,8%	47,2%	3,4%	5,6%
Mãe	N	27	54	3	5
	%	30,3%	60,7%	3,4%	5,6%
Irmãos	N	13	57	8	11
	%	14,6%	64,0%	9,0%	12,4%
Namorado	N	2	37	8	42
	%	2,2%	41,6%	9,0%	47,2%

Tabela 20 - As seguintes pessoas fumam?

Fonte: Elaboração própria

Cerca de 16,8% das mães e 19,1% dos pais fumavam em casa, por vezes ou todos os dias.

As seguintes pessoas fumam no interior da casa onde vives?					
		Não	Sim, por vezes	Sim, todos os dias	Não se aplica
Próprio/a	N	57	2	1	29
	%	64,0%	2,2%	1,1%	32,6%
A tua mãe (ou senhora responsável por ti)	N	58	10	5	16
	%	65,2%	11,2%	5,6%	18,0%
O teu pai (ou senhor responsável por ti)	N	51	11	6	21
	%	57,3%	12,4%	6,7%	23,6%
Outra(s) pessoa(s) com quem vives	N	52	6	7	24
	%	58,4%	6,7%	7,9%	27,0%
Outra(s) pessoa(s) com quem vive	N	53	13	2	21
	%	59,6%	14,6%	2,2%	23,6%

Tabela 21 - As seguintes pessoas fumam no interior da casa onde vives?

Fonte: Elaboração própria

A maioria dos jovens considera que as pessoas significativas nas suas relações não gostariam que eles fumassem.

Consideras que as seguintes pessoas gostariam que tu fumasses?					
		Sim	Não	Não sei	Não se aplica
Pai (ou senhor responsável por ti)	N	0	77	3	9
	%	0,0%	86,5%	3,4%	10,1%
Mãe (ou senhora responsável por ti)	N	1	75	3	10
	%	1,1%	84,3%	3,4%	11,2%
Irmã(s) /Irmão(s)	N	1	70	6	12
	%	1,1%	78,7%	6,7%	13,5%
Melhor amigo(a)	N	2	71	6	10
	%	2,2%	79,8%	6,7%	11,2%
Namorado(a)	N	0	56	4	29
	%	0,0%	62,9%	4,5%	32,6%

Tabela 22 - Consideras que as seguintes pessoas gostariam que tu fumasses?
Fonte: Elaboração própria

As pessoas que mais advertiram os jovens para os malefícios do tabaco foram a mãe (53,9%), o pai (51,7%) e os professores (53,9%).

Alguma destas pessoas já te falou sobre os malefícios do tabaco?					
		Sim, várias vezes	Sim, algumas vezes	Não	Não se aplica
Pai (ou senhor responsável por ti)	N	46	19	24	0
	%	51,7%	21,3%	27,0%	0,0%
Mãe (ou senhora responsável por ti)	N	48	21	19	1
	%	53,9%	23,6%	21,3%	1,1%
Irmã(s) /Irmão(s)	N	31	12	37	9
	%	34,8%	13,5%	41,6%	10,1%
Amigo(s)	N	27	14	42	6
	%	30,3%	15,7%	47,2%	6,7%
Professore(s)	N	48	25	14	2
	%	53,9%	28,1%	15,7%	2,2%
Médico(s) / Enfermeiro(s)	N	43	22	22	2
	%	48,3%	24,7%	24,7%	2,2%

Tabela 23 - Alguma destas pessoas já te falou sobre os malefícios do tabaco?
Fonte: Elaboração própria

Recusar o cigarro (80,9%) era o comportamento mais evocado pelos jovens se um amigo lhes oferecesse um cigarro para fumar.

Se um amigo te oferecesse um cigarro para fumares, como achas que irias reagir?		
	N	%
De certeza que recusava o cigarro	72	80,9
Não sei	7	7,9
Provavelmente aceitava o cigarro	3	3,4
Provavelmente recusava o cigarro	6	6,7
Total	89	100,0

Tabela 24 - Se um amigo te oferecesse um cigarro para fumares, como achas que irias reagir?
Fonte: Elaboração própria

Na opinião maioritária dos jovens inquiridos, o tabaco é prejudicial sobretudo para os Pulmões (98,9%), coração (96,7%), saúde em geral (96,6%) e para a capacidade de fazer desporto (91%).

De que modo consideras que o tabaco é prejudicial para:					
		Nada prejudicial	pouco prejudicial	Prejudicial	Muito prejudicial
Pulmões	N	1	0	15	73
	%	1,1%	0,0%	16,9%	82,0%
Coração	N	1	2	33	53
	%	1,1%	2,2%	37,1%	59,6%
Pele	N	11	22	26	30
	%	12,4%	24,7%	29,2%	33,7%
Dentes	N	3	9	21	56
	%	3,4%	10,1%	23,6%	62,9%
Sexualidade	N	34	19	10	26
	%	38,2%	21,3%	11,2%	29,2%
Capacidade de fazer desporto	N	3	5	37	44
	%	3,4%	5,6%	41,6%	49,4%
A saúde no geral	N	1	2	17	69
	%	1,1%	2,2%	19,1%	77,5%

Tabela 25 - De que modo consideras que o tabaco é prejudicial para:
Fonte: Elaboração própria

Em casa (91%) e em espaços ao ar livre (34,8%) era onde os jovens passam a maior parte do seu tempo livre.

Onde passas a maior parte do teu tempo livre?		
	N	%
Casa	81	91,0
Espaços ao ar livre	31	34,8
Centro Comercial	23	25,8
Locais para atividades extracurriculares	15	16,9
Casa de amigos	16	18,0
Café	7	7,9
Bares ou Discotecas	1	1.1

Tabela 26 - Onde passas a maior parte do teu tempo livre?

Fonte: Elaboração própria

A proporção de jovens que indica gostar ou gostar muito da escola é de 41,5%, enquanto a percentagem de jovens que afirmar detestar ou não gostar é de 16,9%. A relação entre os sentimentos relativamente à escola e ter experimentado fumar não é estatisticamente significativa, $\chi^2(4) = 9.416$, $p = .052$.

Como te sentes em relação à escola?		
	N	%
Detesto	11	12,4
Não gosto	4	4,5
Não gosto nem desgosto	37	41,6
Gosto	23	25,8
Gosto muito	14	15,7
Total	89	100,0

Tabela 27 - Como te sentes em relação à escola?

Fonte: Elaboração própria

A maioria (66,3%) indica não querer saber mais sobre o tabaco, ou porque não têm interesse (52,8%) ou porque afirmam já saber tudo sobre o tabaco (13,5%).

Gostavas de saber mais sobre o tabaco?		
	N	%
Não, porque já sei tudo	12	13,5
Não, porque não tenho interesse	47	52,8
Sim, porque quero saber mais	14	15,7
Sim, porque sei poucas coisas sobre o tema	16	18,0
Total	89	100,0

Tabela 28 - Gostavas de saber mais sobre o tabaco?

Fonte: Elaboração própria

As afirmações consideradas como mais verdadeiras foram “Fumar durante a gravidez prejudica o bebé” (73,1%) e “Fumar aumenta a probabilidade de ter cancro” (64,1%), enquanto as consideradas como mais falsas foram “Fumar é bom para emagrecer” (68,6%) e “Fumar torna as pessoas mais bonitas/interessantes” (60,7%).

Qual a tua opinião em relação às seguintes afirmações?

		1	2	3	4	5
Fumar é bom para emagrecer	N	49	12	15	6	7
	%	55,1%	13,5%	16,9%	6,7%	7,9%
O tabaco ajuda a acalmar	N	27	18	22	13	9
	%	30,3%	20,2%	24,7%	14,6%	10,1%
Quem fuma tem uma pele envelhecida	N	17	13	27	15	17
	%	19,1%	14,6%	30,3%	16,9%	19,1%
Não é prejudicial para a saúde estar numa sala com fumadores	N	34	15	12	8	20
	%	38,2%	16,9%	13,5%	9,0%	22,5%
A maioria dos adultos fuma	N	10	7	32	21	19
	%	11,2%	7,9%	36,0%	23,6%	21,3%
Os fumadores têm mais amigos	N	24	12	32	9	12
	%	27,0%	13,5%	36,0%	10,1%	13,5%
Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco	N	41	11	23	8	6
	%	46,1%	12,4%	25,8%	9,0%	6,7%
As raparigas são mais sensíveis ao fumo do tabaco	N	17	7	47	9	9
	%	19,1%	7,9%	52,8%	10,1%	10,1%
O tabaco é uma droga muito viciante	N	12	3	18	18	38
	%	13,5%	3,4%	20,2%	20,2%	42,7%
A maioria dos jovens fuma	N	10	6	37	22	14
	%	11,2%	6,7%	41,6%	24,7%	15,7%
Fumar só tem consequências negativas na saúde se se fumar durante muitos anos	N	17	7	18	13	34
	%	19,1%	7,9%	20,2%	14,6%	38,2%
É prejudicial para a saúde estar ao lado de alguém que está a fumar ao ar livre	N	11	7	26	20	25
	%	12,4%	7,9%	29,2%	22,5%	28,1%
Fumar durante a gravidez prejudica o bebé	N	7	0	17	12	53
	%	7,9%	0,0%	19,1%	13,5%	59,6%
Fumar é caro e prejudica a economia familiar	N	8	3	30	14	34
	%	9,0%	3,4%	33,7%	15,7%	38,2%
Fumar é uma boa maneira dos jovens mostrarem que são independentes	N	41	10	23	5	10
	%	46,1%	11,2%	25,8%	5,6%	11,2%
Fumar alivia a tristeza	N	25	11	35	9	9
	%	28,1%	12,4%	39,3%	10,1%	10,1%
Fumar torna as pessoas mais bonitas/ Interessantes	N	49	5	23	2	10
	%	55,1%	5,6%	25,8%	2,2%	11,2%
Fumar provoca doenças sem importância	N	37	7	24	4	17
	%	41,6%	7,9%	27,0%	4,5%	19,1%
Fumar aumenta a probabilidade de ter cancro	N	12	1	19	15	42
	%	13,5%	1,1%	21,3%	16,9%	47,2%

Legenda: 1 - Tenho a certeza que é falsa 2 - Acho que é falsa 3 - Não sei
4 - Acho é verdadeira 5 - Tenho a certeza que é verdadeira

Tabela 29 - Qual a tua opinião em relação às seguintes afirmações?

Fonte: Elaboração própria

Os jovens indicam que ouvem com mais frequência assuntos relacionados com tabaco na internet (60,6%), escola (59,5%) e em Centros de Saúde/ Hospitais (57,3%).

Qual a frequência com que ouves ou vês referidos assuntos relacionados com tabaco?					
		Muitas Veze	Várias veze	Algumas Veze	Nunca
Televisão	N	20	13	40	16
	%	22,5%	14,6%	44,9%	18,0%
Rádio	N	9	6	28	46
	%	10,1%	6,7%	31,5%	51,7%
Internet	N	27	27	25	10
	%	30,3%	30,3%	28,1%	11,2%
Locais de convívio com amigos	N	18	11	29	31
	%	20,2%	12,4%	32,6%	34,8%
Escola	N	30	23	27	9
	%	33,7%	25,8%	30,3%	10,1%
Centro de Saúde/ Hospital	N	26	25	21	17
	%	29,2%	28,1%	23,6%	19,1%

Tabela 30 - Qual a frequência com que ouves ou vês referidos assuntos relacionados com tabaco?

Fonte: Elaboração própria

5.3. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

Tavares (1992) define problema de saúde como o estado de saúde que é compreendido como deficitário para um indivíduo e/ou comunidade.

Ao concretizar o diagnóstico da situação, é expectável que no final do mesmo se identifique um conjunto de problemas.

Assim, considerando a revisão da literatura, pesquisa bibliográfica e com base nos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados, apuraram-se alguns problemas de saúde associados, que de um modo geral, culminam na mesma lista ao compararmos o total das 3 escolas com a escola L que foi alvo de intervenção e enumera-se assim no quadro 5.

Total 3 escolas	Escola L alvo de intervenção
9% de jovens que refere já ter experimentado fumar	11% de jovens que refere já ter experimentado fumar
3,2% de jovens com hábitos tabágicos mantidos	2,2% de jovens com hábitos tabágicos mantidos
6% apresenta Intenção de experimentar fumar antes dos 18 anos	8,4% apresenta Intenção de experimentar fumar antes dos 18 anos
11,9% apresenta baixa capacidade de recusa face à oferta de um cigarro	10,1% apresenta baixa capacidade de recusa face à oferta de um cigarro
Exposição ao fumo ambiental do tabaco (15% das mães e 16% dos pais fumavam em casa)	Exposição ao fumo ambiental do tabaco (16,8% das mães e 19,1% dos pais fumavam em casa)
Défice de conhecimentos relacionados com tabagismo e seus malefícios/ falsas crenças	Défice de conhecimentos relacionados com tabagismo e seus malefícios/ falsas crenças

Quadro 5: Lista de problemas
Fonte: Elaboração própria

Cada um dos problemas reconhecidos revela importância, contudo, de forma a conseguir dar uma resposta eficaz e eficiente às necessidades reais e sentidas, tendo também em consideração a limitação temporal de estágio, demos enfoque à escola alvo de intervenção. Foi assim fundamental a utilização de critérios para selecionar quais os problemas prioritários para a intervenção comunitária.

6. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde, consistindo em um processo de tomada de decisão com o objetivo de priorizar de forma ordenada os problemas identificados na etapa anterior. Para tal, é fulcral existir consenso entre todos os elementos da equipa multidisciplinar que analisam os problemas, assim como, definir critérios de forma a atingir a lista final de prioridades (Tavares, 1992).

Considerando que não é possível dar resposta de forma eficaz e eficiente a todas as necessidades desta população em simultâneo, incidimos apenas na escola L, que foi a que demonstrou maior interesse no projeto e disponibilidade para a sua implementação, sendo esta, posteriormente alvo de intervenção.

Porém, esta etapa acarreta sempre alguma subjetividade e a forma de minimizá-la é através da explicação dos critérios selecionados. Assim, os critérios clássicos mais utilizados são a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade (Imperatori & Giraldes, 1982). Não obstante, existem outros critérios que podem ser considerados, tais como: a gravidade; pertinência; exequibilidade tecnológica, deontológica ou económica; disponibilidade de recursos; conformidade legal; aceitabilidade (Tavares, 1992).

Contudo, o mesmo autor defende que não é exequível a utilização concomitante de todos estes critérios, consequentemente torna-se fundamental a existência de consenso entre todos os elementos responsáveis por esta etapa e, a utilização de três ou quatros dos critérios supramencionados é suficiente para a execução desta etapa do planeamento (Tavares, 1992).

A magnitude caracteriza “o problema pela sua dimensão medindo-o pelo contributo para o total de mortes.” (Imperatori & Giraldes, 1982: 31). Sendo que, em Portugal em 2019 morreram mais de 13 500 pessoas por doenças associadas ao consumo do tabaco (DGS, 2021).

Assim, considerando que a magnitude é responsável pela caracterização do problema através da sua dimensão, podemos verificar que 11% dos jovens já experimentou pelo menos 1 vez fumar e 2,2% são fumadores, observamos que este é um problema que afeta a população em questão, podendo contribuir para o aparecimento futuro de DCNT caso os hábitos se coadunem e consequentemente, a morbilidade e mortalidade associada a este problema.

Relativamente à transcendência, esta considera as mortes por grupos etários (Tavares, 1992). A percentagem mais elevada de mortes imputáveis ao tabaco, em ambos os sexos, observou-se no grupo etário dos 50 aos 69 anos, aproximadamente 24,8% do total de mortes neste grupo etário (30,5% homens e 13,1% mulheres) (DGS, 2021). Com base nestes dados, compreendemos a importância de incidir nas faixas etárias mais jovens para alcançar ganhos em saúde no futuro.

Por sua vez a vulnerabilidade diz respeito à possibilidade de prevenção, sendo o consumo de tabaco uma das principais causas mais evitáveis de DCNT (DGS, 2021), investir na promoção da saúde e prevenção da doença é fundamental, através da capacitação e aumento da literacia em saúde desta população, tentando contribuir para uma geração vindoura mais saudável.

A determinação de prioridades, assim como, as restantes etapas do planeamento em saúde basearam-se nos dados do diagnóstico da escola L (escola alvo de intervenção).

Após reunião de consenso com a equipa da USP, reduziu-se a lista de problemas a 4:

P1 - 11% dos jovens refere já ter experimentado fumar;

P2 - 8,4% apresenta Intenção de experimentar fumar antes dos 18 anos;

P3 - Exposição ao fumo ambiental do tabaco (16,8% das mães e 19,1% dos pais fumavam em casa);

P4 - Défice de conhecimentos relacionados com tabagismo e seus malefícios/ falsas crenças.

Seguidamente, solicitou-se parecer por parte dos parceiros (professores da escola alvo de intervenção), reunindo inclusivamente com a Professora coordenadora para a saúde da escola L e aplicou-se a técnica de comparação por pares.

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES	VALOR FINAL	%
P1	P1 P2 P1 P3 P1 P4	P1 = 1	16,7
P2	P2 P1 P2 P3 P2 P4	P2 = 2	33,3
P3	P3 P1 P3 P2 P3 P4	P3 = 0	0
P4	P4 P1 P4 P2 P4 P3	P4 = 3	50,0

Quadro 6- Comparação por pares

Fonte: Elaboração própria

Foi então considerado como problema prioritário o défice de conhecimentos relacionado com o tabagismo, seus malefícios/ falsas crenças. Seguidamente, obtivemos como segundo problema mais prioritário a intenção de experimentar fumar antes dos 18 anos e em terceiro lugar a percentagem de jovens que refere já ter experimentado fumar.

Não menos importante, surge a problemática da exposição ao fumo ambiental do tabaco, com uma percentagem considerável de pais fumadores. Contudo, face a constrangimentos temporais, acessibilidade/ adesão mais reduzida desta população (pais), não se considerou tão prioritário intervir neste problema nesta fase. Podendo à posteriori ser alvo de intervenção na continuidade futura do presente projeto.

Surge assim o desafio de aumentar a literacia em saúde sobre a temática do tabagismo e seus malefícios, com o intuito de aumentar a capacidade de recusa face à oferta de tabaco, e consequentemente, prevenir a experimentação e o consumo propriamente dito, alcançando ganhos em saúde.

7. OBJECTIVOS

Na terceira etapa do planeamento em saúde estruturam-se os objetivos, que quando bem enunciados, estes provêm normas e critérios às futuras atividades, para além de que devem ser pertinentes, precisos e mensuráveis (Tavares, 1992).

O objetivo geral define uma situação específica que se pretende alcançar, mas estruturado de uma forma geral (Tavares, 1992). Definiu-se como objetivo geral:

Contribuir para a prevenção do consumo de tabaco nos alunos do 7º ano de escolaridade de uma escola agrupada integrada no parque escolar da USP, até ao final do ano letivo de 2023.

Posteriormente, sucede-se a elaboração dos objetivos específicos que no fundo especificam aspetos da situação referida no objetivo geral e contribuem para que este seja alcançado (Tavares, 1992), identificando-se assim os seguintes:

- Sensibilizar a comunidade escolar de um agrupamento de escolas integrado na USP para a importância de uma escola sem o fumo do tabaco, até ao final do ano letivo de 2023.

- Aumentar os conhecimentos dos alunos do 7º ano de escolaridade de um agrupamento de escolas integrados na USP, face aos efeitos do tabaco na saúde, até ao final do ano letivo de 2023.

- Capacitar os alunos do 7º ano de escolaridade dos agrupamentos de escolas integrados na USP, para estratégias de recusa perante a oferta de tabaco, até ao final do ano letivo 2023.

Para a implementação deste projeto, foram executados para cada objetivo específico os objetivos operacionais/ metas, assim como os respetivos indicadores.

Contribuir para a prevenção do consumo de tabaco nos alunos do 7º ano de escolaridade de uma escola agrupada integrada no parque escolar da USP, até ao final do ano letivo de 2023		
Objetivos específicos	Metas	Indicadores
Sensibilizar a comunidade escolar de um agrupamento de escolas integrado na USP para a importância de uma escola sem o fumo do tabaco, até ao final do ano letivo de 2023	Elaboração de 100% dos posters para apresentação do diagnóstico de situação das escolas.	$\frac{\text{Nº posters realizados}}{\text{Nº posters propostos}} \quad \text{X100}$
	Presença de 60% dos alunos do 7º ano e respetivos professores na apresentação do poster	$\frac{\text{Nº de presentes apresentação}}{\text{Nº de convocados apresentação}} \quad \text{X100}$
Aumentar os conhecimentos dos alunos do 7º ano de escolaridade de um agrupamento de escolas integrados na USP, face aos efeitos do tabaco na saúde, até ao final do ano letivo de 2023	Realizar 100% das ações educativas sobre consumo do tabaco e seus malefícios	$\frac{\text{Nº ações realizadas}}{\text{Nº ações programadas}} \quad \text{X100}$
	Promover ações educativas com participação de 60% da população alvo	$\frac{\text{Nº de participantes nas ações}}{\text{Nº de convocados para as ações}} \quad \text{X100}$
	Promover ações educativas com 50% de avaliação satisfatória por parte dos participantes	$\frac{\text{Nº de participantes que avaliam satisfatoriamente as ações}}{\text{Nº de participantes nas ações}} \quad \text{X100}$
	Aplicação de questionário após as ações educativas para avaliar o aumento em 10% de conhecimentos face aos efeitos do tabaco na saúde	$\frac{\text{Nº de respostas corretas}}{\text{Nº de respostas totais}} \quad \text{X100}$

Capacitar os alunos do 7º ano de escolaridade dos agrupamentos de escolas integrados na USP, para estratégias de recusa perante a oferta de tabaco, até ao final do ano letivo de 2023	Realizar 100% das ações educativas que promovem a capacidade de recusa perante a oferta de tabaco	$\frac{\text{Nº ações realizadas}}{\text{Nº ações programadas}} \quad \text{X100}$
	Promover ações educativas com participação de 60% da população alvo	$\frac{\text{Nº de participantes nas ações}}{\text{Nº de convocados para as ações}} \quad \text{X100}$
	Aumentar capacidade de recusa face à oferta do tabaco em 10% - avaliar através da realização de questionário	$\frac{\text{Nº respostas de recusa face à oferta de tabaco}}{\text{Nº de respostas totais referentes à recusa}} \quad \text{X100}$
	Promover sessões educativas com 50% de avaliação satisfatória por parte dos participantes	$\frac{\text{Nº de participantes que avaliam satisfatoriamente as ações}}{\text{Nº de participantes nas ações}} \quad \text{X100}$

Quadro 7- Quadro objetivos e respetivas metas
Fonte: Elaboração própria

8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

8.1 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

A seguinte etapa refere-se à seleção de estratégias, sendo definida por Imperatori & Giraldes (1982) “como o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1982: 65).

Para tal, há que considerar algumas fases ao longo deste processo, nomeadamente: instituir critérios de conceção (como por exemplo: enaltecer os cuidados preventivos e a eficiência dos recursos); numerar as modificações necessárias e delinear potenciais estratégias (Tavares, 1992).

Contudo, deseja-se também criatividade, analisar o que já foi feito e contribuir com novas estratégias para esses mesmos problemas. Igualmente, elaborar alternativas para superar os obstáculos e a resistência à mudança ao longo de todo o processo (Tavares, 1992).

Constitui real importância na seleção das estratégias o suporte pelo referencial teórico que alicerça todo o processo, nomeadamente o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

O Modelo de Promoção da Saúde coopera de certo modo para a reforma dos cuidados de saúde e para as políticas de saúde, com o objetivo de que cada indivíduo seja motivado a alcançar o seu potencial de saúde máximo, podendo este ser aplicado ao longo de todo o ciclo vital (Tomey & Alligood, 2004).

De um modo geral, contribui para que o enfermeiro identifique os determinantes dos comportamentos de saúde, intervindo de forma a promover a adoção de estilos de vida saudáveis (Pender, 2011).

Assim, Pender et al (2014) consideram que um programa de promoção da saúde enquadrado na escola deve englobar a educação para a saúde, os serviços de saúde e apoio social e atividades extracurriculares que consideram as necessidades e interesses dos jovens alunos, assim como também consigam promover o envolvimento da família.

Com o intuito de dar resposta ao diagnóstico de situação, aos objetivos e metas propostas, bem como facilitar a elaboração das etapas subsequentes do planeamento em saúde, foram estabelecidas estratégias que se descrevem seguidamente:

I - Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação de saúde e do projeto de intervenção na USP e respetivas escolas, apresentando os problemas identificados na população alvo e evidenciando a relevância de uma intervenção multidisciplinar.

Numa sociedade em constante evolução, os vários meios de comunicação têm sido cada vez mais utilizados, e nesta sequência também a comunicação em saúde revela a sua importância e influência. Para além de ser uma forma facilitadora de transmitir informação, também promove a literacia em saúde, disseminando informação em saúde na comunidade/população e inclusivamente contribui para a melhoria do estado de saúde das mesmas (Regulamento 348/2015)

Segundo Pender et al (2014), a comunicação deve difundir a inovação. Uma vez que a difusão é um processo que ocorre através da transmissão de informação de pessoa(s) com pessoa(s), os canais de comunicação pessoal ou interpessoal, são eficazes na formação e na mudança de atitudes em relação a novas concepções.

II - Envolvimento da USP, elemento facilitador para a implementação do projeto de intervenção comunitária. Como disposto no Regulamento 428/2018 (2018), O EEECSF aplica competências específicas da sua área, mobilizando as identidades organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde.

O envolvimento da equipa multidisciplinar permite a participação de todos os elementos no projeto, fomentando o sentimento de contributo para o mesmo, com o objetivo de alcançar a sua eficiência/ eficácia.

III - Estabelecimento de parceria com as escolas, permitindo o envolvimento efetivo da comunidade escolar (alunos 7º ano de escolaridade, os professores que disponibilizam tempo das suas aulas e professor coordenador para a saúde), aspeto basilar para a realização das atividades, permitindo ainda uma rentabilização dos recursos humanos e materiais.

As parcerias para a promoção da saúde pressupõem a relação e cooperação entre os vários elementos integrantes estabelecendo objetivos e metas comuns, trabalhando em conjunto para alcançar o mesmo propósito (Regulamento 348/2015).

Assim, o enfermeiro trabalha em parceria com os indivíduos de forma a transmitir conhecimentos e as habilidades necessárias para capacitá-los e/ou se adaptarem às circunstâncias com o intuito de alcançarem os seus objetivos de saúde (Pender et al, 2014).

IV - Educação para a saúde dirigida aos alunos do 7ºano de escolaridade que integraram o projeto, promovendo a capacitação dos mesmos para os efeitos do consumo de tabaco na saúde, assim como os benefícios de não fumar.

Apesar de a promoção da saúde e a educação para a saúde serem termos intimamente ligados, não são a mesma coisa. A promoção da saúde é um conceito muito mais amplo, detendo três componentes: educação para a saúde, prevenção e proteção da saúde.

Por sua vez, a educação em saúde considerada um componente da promoção da saúde, centrando-se em atividades e experiências de aprendizagem para os indivíduos/grupos (Pender et al, 2014).

A educação para a saúde engloba momentos de aprendizagem contribuindo para a melhoria da literacia em saúde, assim como promove o desenvolvimento de competências pessoais e autoestima para que cada um adote medidas adequadas para atingir o seu potencial de saúde máximo (Regulamento 348/2015).

Assim, as sessões de educação para a saúde realizadas à população alvo, foram fundamentais permitindo alcançar os objetivos propostos.

Pender et al (2014), defendem que o enfermeiro de saúde escolar possui excelentes oportunidades para promover autoconceitos positivos e níveis saudáveis de autoestima aos jovens, como suporte para hábitos de vida saudáveis ao longo da vida.

Por último, a saúde deve ser encarada de forma positiva na elaboração de estratégias de promoção da saúde, denotando que o foco se deve encontrar nos recursos potenciais e disponíveis. Consequentemente, quando a saúde é percecionada num modelo positivo, podem ser desenvolvidas estratégias que se concentrem na consolidação dos recursos, bem como na diminuição dos riscos negativos (Pender et al, 2014).

8.2 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Na presente etapa do planeamento em saúde vigora a formulação de programas e projetos e tal só é possível após a realização da etapa anterior onde foram determinadas quais as estratégias mais apropriadas, indo ao encontro aos fatores político, técnico e de aceitação por parte da população alvo (Imperatori & Giraldes, 1982).

Neste âmbito, “Um **Programa** é um conjunto de atividades necessárias à execução de uma estratégia. “Um **Projecto** é um conjunto de actividades contribuindo para a execução de um Programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo.” (Tavares, 1992: 163).

Consequentemente, é basilar especificar as atividades integrantes no projeto, que devem ser elaboradas tendo em consideração os objetivos propostos (Tavares, 1992).

Portanto, as atividades devem também estar alinhadas com os seguintes parâmetros: “o que deve ser feito; quem deve fazer; quando; onde; como; a avaliação da atividade; o objetivo que pretende atingir e o custo da atividade” (Tavares, 1992: 166).

Assim, para dar resposta aos objetivos propostos foram delineadas as seguintes atividades:

- Reunir com a equipa da USP (enfermeira [enfª] orientadora/ saúde escolar), de forma a compreender as necessidades e envolvê-los no projeto, garantindo o seu desenvolvimento e continuidade;

- Reunir com os Diretores e professores coordenadores para a saúde das respetivas escolas com o intuito de perceber a problemática e apresentar o projeto;

- Elaboração de materiais educativos, nomeadamente, pósteres para apresentação do diagnóstico de situação de saúde respetivo de cada escola, com o objetivo de divulgar e sensibilizar a comunidade escolar para a problemática; não foi possível abranger os pais/ encarregados de educação (população mais difícil de aceder) e auxiliares (em contexto de greve).

- Realização de sessões de educação para a saúde dirigidas aos jovens alunos do 7º ano de escolaridade da escola L, com intenção de sensibilizar e contribuir para a capacitação dos mesmos face à prevenção do consumo de tabaco;

- Avaliação das sessões de educação para a saúde;

- Avaliação.

Para uma melhor compreensão, enuncia-se no quadro 8 as atividades e respetiva parametrização.

Estratégias I	Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação de saúde e do projeto de intervenção na USP e respetivas escolas		
Objetivo	Sensibilizar para os problemas identificados e a necessidade de intervenção	Quem	Enf. ^a Mestranda Enf. ^a Orientadora Professora Coordenadora para a saúde da escola L
Atividade	Reunir com a equipa da USP e Professor Coordenador para a saúde Apresentação de poster com resultados de diagnóstico de saúde		
Operacionalização (Quando/Onde/Como)	A 6 de Dezembro 2022/ USP/ Presencial, através de método expositivo A 12 dezembro de 2022/ gabinete PES da escola/ Presencial, através de método expositivo A 6 de janeiro de 2023/ sala de aula/ Presencial, através de método expositivo (apresentação do Poster pela enf. ^a mestranda aos alunos alvo de intervenção) A 30 de janeiro de 2023/reunião de conselho pedagógico da escola alvo de intervenção/ Presencial, através de método expositivo (apresentação de relatório e poster com os resultados do diagnóstico de situação de saúde pelo professor coordenador para a saúde a todos os professores da escola)		
Avaliação	Realização efetiva das reuniões Sessão efetiva para apresentação do poster com os resultados do diagnóstico aos alunos alvo de intervenção Reunião de conselho pedagógico para apresentação de relatório e poster com os resultados do diagnóstico a todos os professores da escola		

Estratégias II	Envolvimento da equipa da USP		
Objetivo	Envolver a equipa nos problemas da comunidade Desenvolver/ Implementar o projeto de Intervenção Comunitário	Quem	Enf. ^a Mestradas Enf. ^a Orientadora / Enf. ^a de saúde escolar
Atividade	Reunir com a equipa multidisciplinar da USP		
Operacionalização (Quando/Onde/Como)	A 28 setembro de 2022/ USP/ Presencial, através de método expositivo.		
Avaliação	Implementação do projeto de intervenção comunitário, respeitando as datas programada		

Estratégias III	Estabelecimento de parceria com as escolas		
Objetivo	Sensibilizar para os problemas identificados no diagnóstico de situação de saúde Transmitir informação sobre a importância da prevenção do consumo de tabaco nos jovens Propor medidas de intervenção Solicitar colaboração no âmbito da implementação das atividades a desenvolver	Quem	Enf.^a Mestradas Enf.^a Orientadora / Enf.^a de saúde escolar Professora Coordenadora para a saúde Diretora de turma dos alunos alvo de intervenção Professores (matemática, inglês e ciências) que disponibilizaram o tempo de aulas para o projeto
Atividade	Reunir com o Professor Coordenador para a saúde da escola L		
Operacionalização (Quando/Onde/Como)	A 7 de outubro 2022/ Gabinete PES/ Presencial, através de método expositivo e descritivo		
Avaliação	Estabelecida parceria com: Agrupamento da Escola L		

Estratégias IV	Educação para a Saúde		
Objetivo	Realizar 100% das sessões de educação para a saúde Realizar sessões de educação para a saúde com a participação de 60% da população alvo	Quem	Enf. ^a Mestranda
Atividade	Preparar sessões de educação para a saúde Realizar sessões de educação para a saúde		
Operacionalização (Quando/Onde/Como)	Decorrer entre 06 de janeiro de 2023 e 27 de janeiro de 2023/ na sala de aula da escola L/ 6 ações de educação para a saúde aos alunos de uma turma do 7º ano de escolaridade da escola L, através de método expositivo, interrogativo e ativo		
Avaliação	Realização efetiva das ações de educação para a saúde Número de presenças nas ações de educação para a saúde efetuadas: alunos do 7º ano da turma alvo da intervenção		

Quadro 8 - Preparação operacional
Fonte: Elaboração própria

Na consecução da preparação para a execução, o presente projeto com início no estágio I, decorreu entre o mês de maio e junho de 2022. Neste período era espectável realizarmos o diagnóstico de situação de saúde, que não foi possível atingir em plenitude esta etapa do planeamento em saúde, devido ao facto de nos encontrarmos próximos do final do ano letivo e pelos atrasos no programa letivo impostos pela pandemia covid-19, não existindo grande disponibilidade por parte das escolas.

Contudo, foram realizadas reuniões com a equipa da USP que contribuíram para o envolvimento da mesma, perceber as necessidades existentes e permitir o desenvolvimento do projeto.

Foram também estabelecidas parcerias com as escolas agrupadas e não agrupadas pertencentes ao parque escolar da USP, através da realização de reuniões presenciais nas respetivas escolas com os diretores e coordenadores para a saúde das mesmas, na tentativa de compreender as necessidades sentidas, ficando delineado as atividades futuras a desenvolver ao longo do estágio I e estágio final.

Assim, ao longo do estágio I ficou definida a temática do projeto, estabelecido o envolvimento da USP, a parceria com as escolas e realizado o processo de comissão de ética.

O estágio final decorreu no período de setembro de 2022 a janeiro de 2023, onde foi possível implementar todas as etapas do planeamento em saúde, considerando o tempo e recursos disponíveis.

Como já mencionado anteriormente, o diagnóstico de situação foi realizado em 3 das 4 escolas que integram a USP. Primeiramente, o projeto foi apresentado em reunião de conselho pedagógico ao longo da primeira quinzena de outubro nas respetivas escolas para aprovação do mesmo. Em seguida, foram entregues os consentimentos informados para que fossem distribuídos pelos respetivos encarregados de educação para autorização da participação dos jovens alunos. Após esta fase, foi calendarizado com cada uma das escolas os dias em que seria possível realizar a aplicação do questionário aos jovens alunos, permitindo assim concluir a etapa do diagnóstico de saúde.

Contudo, devido aos constrangimentos temporais do estágio, apesar de o diagnóstico ter sido efetuado em todas as escolas, o projeto foi apenas aplicado em uma delas, a escola L.

Não obstante, foram realizados pósteres com os resultados do diagnóstico de situação de saúde específico para cada uma das escolas, em formato A5. Os mesmos foram apresentados e entregues às respetivas escolas (Apêndice V).

Na escola L, alvo de intervenção, a professora coordenadora para a saúde ficou responsável por apresentar os resultados do diagnóstico em reunião de conselho pedagógico a todos os professores da escola, suportado pelo poster em si e também lhe foi entregue um relatório em Word com a análises de todos os dados.

Ao longo deste processo, em reunião com a Sra. Enf.^a orientadora/ enf.^a responsável pela saúde escolar, juntamente com a Sr.^a professora coordenadora para a saúde, foram priorizados os problemas, estabelecidos objetivos, estratégias e delineadas/ discutidas as intervenções.

Neste âmbito foram propostas 6 sessões de educação para a saúde dirigidas a uma das turmas de 7º ano de escolaridade da escola L. Contudo, encaramos alguns constrangimentos, nomeadamente: a limitação temporal do estágio final; o facto de as sessões terem ficado calendarizadas para o mês de janeiro (último mês do estágio final); a existência de outro projeto dirigido também aos alunos do 7º ano (sendo esse direcionado a outra turma diferente) e o facto de terem ocorrido greves dos professores ao longo de todo o mês de janeiro, levando ao encerramento da escola em vários dias ao longo do mês.

Contudo, apesar destas limitações é de louvar o esforço de todos os elementos integrantes no projeto, sendo assim possível adaptar as sessões e realizá-las na sua totalidade graças à disponibilidade e interesse por parte dos professores da turma que cederam algumas das suas aulas em prol do projeto.

Todo o material utilizado nas sessões foi disponibilizado à enf.^a orientadora e algum material também foi fornecido à escola L, para que no futuro as sessões possam ser replicadas nas restantes turmas e dar continuidade ao projeto.

Considerou-se pertinente realizar 6 sessões de educação para a saúde, alicerçadas no modelo de promoção da saúde, bem como, suportadas pelo Referencial de Educação para a Saúde, sendo que os conteúdos abordados em cada uma delas conferiam continuidade e complementaridade na sua sequência, promovendo a discussão e debate relativamente à problemática dos hábitos e crenças associadas ao consumo de tabaco nos jovens, contribuindo para um ambiente mais participativo e integrativo. Similarmente, a partilha de experiências vividas promoveu a reflexão e o esclarecimento de dúvidas sobre a problemática, contribuíram para aquisição de competências que promoveram a recusa face à oferta de tabaco e garantiram a tomada de decisão mais informada em relação à saúde individual e coletiva.

A ideia inicial era a realização das 6 sessões de forma mais gradual e consistente ao longo do tempo, contudo devido à limitação temporal do estágio e perante um período mais conturbado no ambiente escolar devido à greve dos professores, houve a necessidade de compactar mais as sessões e calendarizá-las de acordo com as disponibilidades dos professores da turma e os dias em que a escola se encontrava aberta.

As sessões foram realizadas em formato presencial nos dias 13, 20 e 23 de janeiro de 2023, seguidamente, apresentamos o cronograma das sessões de educação para a saúde dirigidas à turma alvo de intervenção.

Data	Sessão I	Sessão II	Sessão III	Sessão IV	Sessão V	Sessão VI
13/01/23	9h – 9h45	10h – 10h45				
20/01/23			8h – 8h45	10h - 10h45		
23/01/23					9h – 9h45	10h – 10h45

Legenda:

	Sessão I - “Vamos construir um pulmão”
	Sessão II – Visualização de vídeo da Sociedade Portuguesa Pneumologia sobre consumo tabaco nos jovens
	Sessão III – “Se eu fumar, o que acontece ao meu pulmão?” (experiência da garrafa)
	Sessão IV – Jogo Roleta sem fumo
	Sessão V – Rollplay “O Cigarro bizarro”
	Sessão VI – Elaboração de cartaz “Passa a palavra”

Quadro 9 - Cronograma das sessões de educação para a saúde

Fonte: Elaboração Própria

Cada sessão incluiu inicialmente um momento introdutório aproximado de dez minutos para o acolhimento dos jovens alunos, apresentação da temática e dos objetivos a atingir.

No decorrer das sessões foram abordados os conceitos sobre o tabagismo nos jovens, quais os principais malefícios de fumar e os benefícios para a saúde se não fumar. Reconhecer o tabaco como uma substância aditiva, assim como tentar aumentar a autoeficácia para o comportamento de recusa face à oferta do cigarro.

No final das sessões foram destinados mais dez minutos para a concretização da síntese da sessão, privilegiando o debate/ discussão, exposição de questões/ dúvidas e considerações finais, assim como a respetiva avaliação das sessões. Por fim, foi fornecido a cada aluno o autocolante do projeto com a frase “Tu e a Escola Respiram melhor sem o fumo do tabaco”. Os planos de cada sessão encontram-se no Apêndice VI e algum do material auxiliar utilizado para as sessões em Apêndice VII.

8.3. COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

A comunicação e divulgação do projeto numa primeira fase foi realizada de forma pessoal, reunindo com a equipa da USP e Professores das escolas que integraram o projeto.

Aquando aplicação dos questionários aos jovens alunos, foi também apresentado aos mesmos o projeto pessoalmente.

Posteriormente, foi divulgado em cada uma das escolas o diagnóstico de situação de saúde respetivo, através da apresentação do poster e afixado em local estratégico definido pelas escolas.

Finalmente, através da elaboração de um artigo original (Apêndice VIII) e a concretização do presente relatório final de estágio, também contribuem para a divulgação do projeto.

8.4. FINANCIAMENTO/ RECURSOS

As despesas inerentes, sendo este um projeto de caráter académico ficaram a cargo da aluna mestranda.

Relativamente aos recursos materiais necessários para a implementação do estudo foram materiais consumíveis como esferográficas, papel para impressão, toner para a impressora. Foram ainda utilizados materiais já alocados à USP, concretamente computador e impressora multifunções e ainda, rentabilizados recursos das escolas, como disponibilização de salas, computador, projetor e presença dos professores que disponibilizam o tempo das suas aulas para a realização das ações educativas, graças à parceria estabelecida com as mesmas.

Estimaram-se ainda despesas com deslocações às escolas, para realização do diagnóstico de situação de saúde, bem como para a implementação/ concretização do projeto.

Seguidamente, apresentamos no quadro 10 a descrição e o total de custos do presente projeto.

Descrição	Quantidade	Custo unitário	Custo Total
Esferográficas BIC	1 embalagem (4 unidades)	1,88€	1,88€
Papel A4	2 resma	2,39€	4,78€
Toner impressora	1 unidade	24,60€	24,60€
Fotocópias	1250 unidades	0.05€	62,50€
Cartolinas	12 unidades	0.98€	11,76€
Poster	3 unidades	7€	21€
Pen-drive	1 unidade	12,79€	12,79€
Palhinhas	2 embalagem	1,19€	3,09€
Balões	2 embalagens	1,85€	3,70€
Bomba manual balões	1 unidade	2,79€	2,79€

Fita cola	1 unidade	1,85€	1,85€
Tubo de cola	1 unidade	2,89€	2,89€
Professores	15horas	10,37€	155,55€
Enfermeiro (hora)	180 horas	9,39€/h	1690€
Deslocações			70€
			Total: 2069,18€

Quadro 10 - Financiamento/ Recursos

Fonte: Elaboração própria

8.5. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Um projeto é considerado como “uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1982: 86).

Consequentemente, todas as atividades devem ser convenientemente programadas, sendo apresentadas em cronograma como forma de as identificar e delimitar o período temporal em que devem decorrer.

O Estágio I decorreu no período de 16 de maio de 2022 até 24 de junho 2022 e o estágio final decorreu de 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro 2023. Seguidamente, apresentamos na tabela 31 o cronograma com a calendarização das etapas do projeto de intervenção comunitária desenvolvidas.

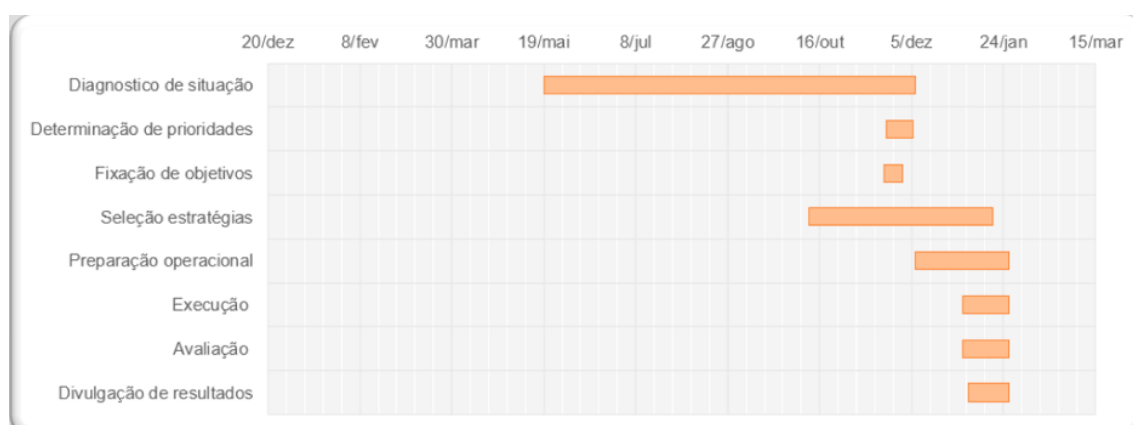


Tabela 31 - Cronograma de Atividades

Fonte: Elaboração própria

Ao longo deste percurso, o cronograma delineado foi cumprido e as atividades propostas foram realizadas no período previsto, apesar de alguns constrangimentos com que nos

deparamos, nomeadamente a greve dos professores que coincidiu no mês previsto para a execução das sessões de educação para a saúde. Com esforço de todos foi possível ultrapassar os obstáculos e cumprir todas as etapas do planeamento em saúde.

Não obstante, o ano letivo só termina em junho de 2023, pelo que a equipa poderá dar continuidade ao projeto até ao final do ano letivo.

9 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A avaliação representa a etapa final do processo de planeamento em saúde, no entanto, este é um processo dinâmico, não significando o encerramento, poderá até ser um recomeço.

Segundo Imperatori e Giraldes (1982) “A avaliação necessita da determinação cuidadosa das situações para poder conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis. Deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter” Imperatori e Giraldes, 1982: 127)

A realização desta etapa decorreu no mês de janeiro de 2023, com a avaliação das sessões e sua satisfação, assim como da reaplicação do questionário aos jovens alunos para avaliar o aumento de conhecimentos face aos efeitos do tabaco na saúde e a capacidade de recusa face à oferta do tabaco.

Seguidamente, perante os objetivos que foram propostos, assume-se a respetiva avaliação:

Objetivos específicos	Metas	Indicadores	Avaliação
Sensibilizar a comunidade escolar de um agrupamento de escolas integrado na USP setúbal para a importância de uma escola sem o fumo do tabaco, até ao final do ano letivo de 2023	Elaboração de 100% dos posters para apresentação do diagnóstico de situação das escolas.	$\frac{\text{Nº posters realizados}}{\text{Nº posters propostos}} \times 100$	$(3/3) \times 100 = 100\%$ Atingido
	Presença de 60% dos alunos do 7º ano e respetivos professores na apresentação do poster	$\frac{\text{Nº de presentes apresentação}}{\text{Nº de convocados apresentação}} \times 100$	$(30/36) \times 100 = 83,33\%$ Atingido
Aumentar os conhecimentos dos alunos do 7º ano de escolaridade de um agrupamento de escolas integrados na USP setúbal, face aos efeitos do tabaco na saúde, até ao final do ano letivo de 2023	Realizar 100% das ações educativas sobre consumo do tabaco e seus malefícios	$\frac{\text{Nº ações realizadas}}{\text{Nº ações programadas}} \times 100$	$(6/6) \times 100 = 100\%$ Atingido
	Promover ações educativas com participação de 60% da população alvo	$\frac{\text{Nº de participantes nas ações}}{\text{Nº de convocados para as ações}} \times 100$	$(14/20) \times 100 = 70\%$ Atingido
	Promover ações educativas com 50% de avaliação satisfatória por parte dos participantes	$\frac{\text{Nº de participantes que avaliam satisfatoriamente as ações}}{\text{Nº de participantes nas ações}} \times 100$	81,25% muito satisfeito e 18,75% satisfeito Atingido

	Aplicação de questionário após as ações educativas para avaliar o aumento em 10% de conhecimentos face aos efeitos do tabaco na saúde	$\frac{\text{Nº de respostas corretas}}{\text{Nº de respostas totais}} \times 100$	$(10/14) \times 100 = 71,4\% \\ (64,3\%) \\ \text{Atingido}$
Capacitar os alunos do 7º ano de escolaridade dos agrupamentos de escolas integrados na USP Setúbal, para estratégias de recusa perante a oferta de tabaco, até ao final do ano letivo de 2023	Realizar 100% das ações educativas que promovem a capacidade de recusa perante a oferta de tabaco	$\frac{\text{Nº ações realizadas}}{\text{Nº ações programadas}} \times 100$	$(6/6) \times 100 = 100\% \\ \text{Atingido}$
	Promover ações educativas com participação de 60% da população alvo	$\frac{\text{Nº de participantes nas ações}}{\text{Nº de convocados para as ações}} \times 100$	$(14/20) \times 100 = 70\% \\ \text{Atingido}$
	Aumentar capacidade de recusa face à oferta do tabaco em 10% - avaliar através da realização de questionário	$\frac{\text{Nº respostas de recusa face à oferta de tabaco}}{\text{Nº de respostas totais referentes à recusa}} \times 100$	$(11/14) \times 100 = 78,6\% \\ (50\%) \\ \text{Atingido}$
	Promover sessões educativas com 50% de avaliação satisfatória por parte dos participantes através da aplicação de questionário de satisfação	$\frac{\text{Nº de participantes que avaliam satisfatoriamente as ações}}{\text{Nº de participantes nas ações}} \times 100$	$81,25\% \text{ muito satisfeito e } 18,75\% \text{ satisfeito} \\ \text{Atingido}$

Quadro 11 - Avaliação da implementação do projeto
Fonte: Elaboração própria

Como podemos verificar no quadro 11, foi elaborada a totalidade de pósteres propostos com os resultados do diagnóstico de situação, garantindo assim atingir com sucesso a meta proposta.

Relativamente à presença dos jovens alunos e professores da escola L (alvo de intervenção), na apresentação do poster com os resultados do diagnóstico de situação, 83,33% esteve presente superando a meta estabelecida.

Posteriormente, os pósteres das outras duas escolas foram entregues e apresentados aos respetivos diretores e professoras coordenadoras para a saúde escolar.

Como podemos observar, foram realizadas na sua totalidade as ações de educação para a saúde programadas, tendo sido alcançada a meta proposta.

Constatamos que 70% da população alvo de intervenção esteve presente nas sessões de educação para a saúde, sendo assim atingida a meta definida.

No final das ações educativas realizou-se um questionário elaborado pela mestrandia, com a finalidade de avaliar a satisfação dos jovens face às mesmas. O questionário era constituído por quatro questões de resposta fechada, com linguagem simples e de fácil compreensão. O questionário foi aplicado via google form e para os jovens que não possuíam telemóvel ou que não conseguiram efetuar a leitura do QRcode, o mesmo foi disponibilizado em papel. Foi garantido o anonimato, privacidade e confidencialidade das respostas.

As opções de resposta a cada uma das questões foi categorizada em: Muito Satisfeito; Satisfeito e Pouco Satisfeito. Apresentamos o respetivo questionário e seus resultados no (Apêndice IX).

Da análise dos questionários de satisfação concluímos que, os jovens atribuíram feedback bastante positivo em relação às ações educativas, sendo que 81,25% refere ter ficado muito satisfeito, 18,75% satisfeito e nenhum aluno avaliou as ações como pouco satisfeito, garantido assim alcançar a meta proposta.

Relativamente às metas referentes ao aumento dos conhecimentos face aos efeitos do tabaco na saúde e o aumento da capacidade de recusa face à oferta do tabaco, foi replicado parte do questionário Smokeout I (as questões relacionadas com a recusa de um cigarro face à oferta, os malefícios e crenças face ao tabaco), permitindo avaliar os respetivos indicadores.

Assim, passamos a apresentar os resultados obtidos com a aplicação do questionário, uma vez mais utilizando a via google form através de QRCode e em formato papel para os jovens alunos que não tinham telemóvel. Foi garantida a confidencialidade e anonimato das respostas.

Os dados referem-se a um total de respostas de 14 jovens da turma alvo de intervenção, que foram inquiridos antes e depois da intervenção.

Relativamente à capacidade de recusa, podemos verificar que a meta foi atingida, na medida em que antes da intervenção, 28,6% dos jovens afirmava que de certeza recusaria um cigarro, face aos 78,6% no final da intervenção. Contatamos um aumento de 50% na capacidade de recusa dos jovens alunos.

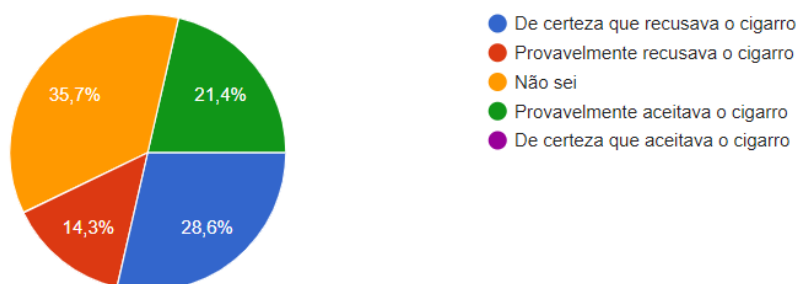


Gráfico 14 - Respostas antes da intervenção “Se um amigo te oferecesse um cigarro para fumares, como achas que irias reagir?”

Fonte: Adaptado google form

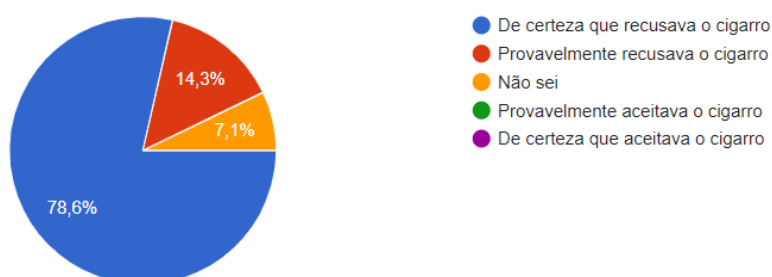


Gráfico 15 - Respostas depois da intervenção “Se um amigo te oferecesse um cigarro para fumares, como achas que irias reagir?”

Fonte: Adaptado google form

Depois da intervenção os jovens passaram a considerar que o tabaco é muito prejudicial para a saúde no geral e para cada um dos órgãos respetivamente, como podemos observar nos gráficos 16 e 17, garantindo assim atingir a meta proposta. Verificamos que 71,4% respondeu acertadamente à questão.

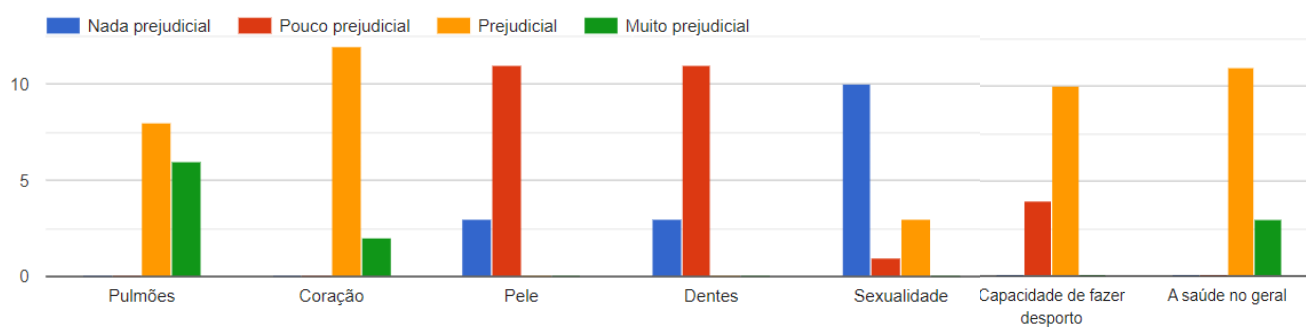


Gráfico 16 - Respostas antes da intervenção “De que modo consideras que o tabaco é prejudicial para: (prejudicial = que faz mal)”

Fonte: Adaptado do google form

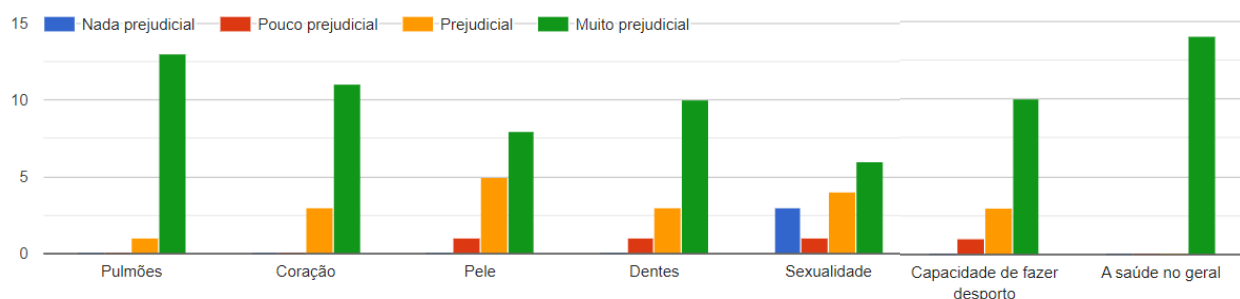


Gráfico 17 - Respostas depois da intervenção “De que modo consideras que o tabaco é prejudicial para: (prejudicial = que faz mal)”

Fonte: Adaptado do google form

Depois da intervenção os jovens passaram a ter conceções mais ajustadas sobre os malefícios do tabaco, embora a diferença só seja estatisticamente significativa relativamente à afirmação “A maioria dos jovens fuma” (3.0 vs 4.00), em que já não acreditam tanto que a afirmação seja verdadeira, como podemos verificar na tabela seguinte.

Qual a tua opinião em relação às seguintes afirmações?					
	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
Fumar é bom para emagrecer	2,00	1,52	2,00	1,36	1,000
O tabaco ajuda a acalmar	2,64	1,55	2,64	1,50	,964
Quem fuma tem uma pele envelhecida	2,71	1,39	3,64	0,99	,098
Não é prejudicial para a saúde estar numa sala com fumadores	2,5	1,70	2,14	1,45	,566
A maioria dos adultos fuma	3,07	1,27	3,71	1,07	,176
Os fumadores têm mais amigos	2,86	1,60	2,64	1,23	,787
Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco	2,29	1,27	2,00	1,36	,632
As raparigas são mais sensíveis ao fumo do tabaco	2,79	1,05	3,21	1,19	,272
O tabaco é uma droga muito viciante	3,21	1,49	3,93	1,48	,160
A maioria dos jovens fuma	4,00	0,78	3,07	1,27	,026*
Fumar só tem consequências negativas na saúde se se fumar durante muitos anos	3,21	1,76	3,07	1,54	1,000
É prejudicial para a saúde estar ao lado de alguém que está a fumar ao ar livre	3,21	1,21	3,93	1,42	,136
Fumar durante a gravidez prejudica o bebé	3,64	0,85	4,57	1,15	,082
Fumar é caro e prejudica a economia familiar	3,64	1,03	4,14	1,28	,327
Fumar é uma boa maneira dos jovens mostrarem que são independentes	2,29	1,27	2,07	1,27	,755
Fumar alivia a tristeza	2,71	1,60	2,64	1,38	,787
Fumar torna as pessoas mais bonitas/ interessantes	2,29	1,29	1,86	1,27	,317
Fumar provoca doenças sem importância	2,5	1,67	2,21	1,40	,608
Fumar aumenta a probabilidade de ter cancro	3,71	1,16	4,5	1,20	,156

1 – Tenho a certeza que é falsa 5 – Tenho a certeza que é verdadeira * $p \leq .05$

Tabela 32 - Qual a tua opinião em relação às seguintes afirmações?

Fonte: elaboração própria

De forma complementar, apresentamos o gráfico 18 que demonstra o antes e depois da intervenção, com as respetivas respostas, possibilitando assim compreender que a meta foi atingida, pois em parte na maioria das afirmações existiu uma melhoria de acertos a nível dos conhecimentos/ crenças face ao tabaco.

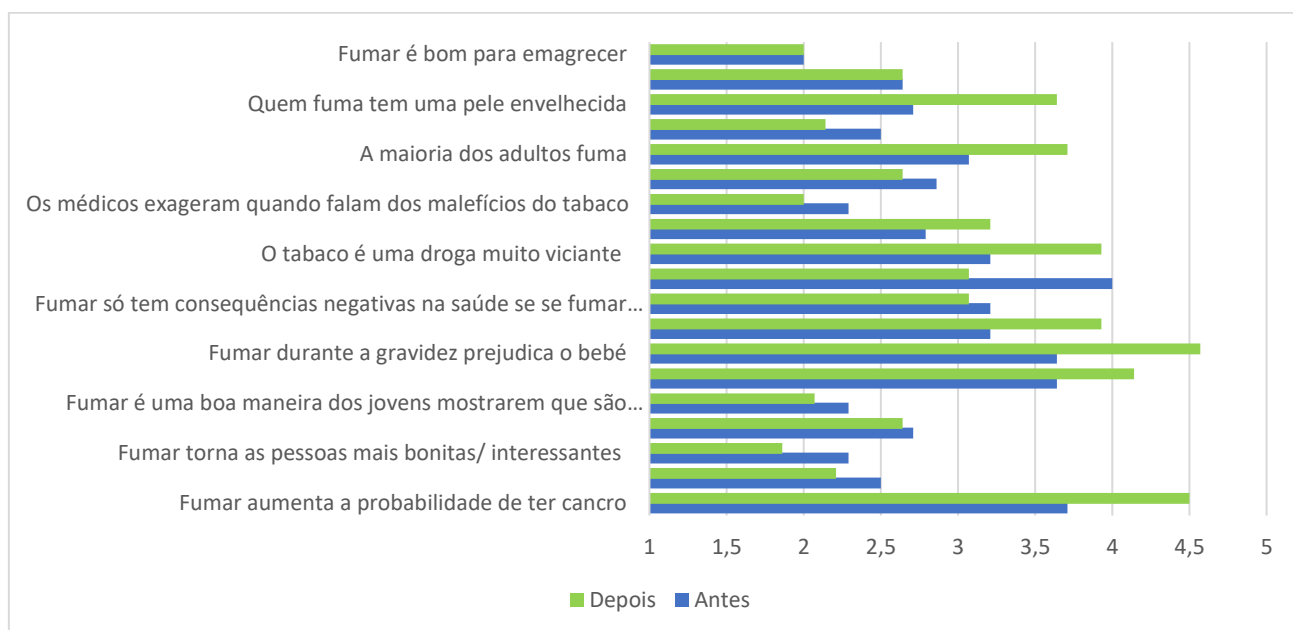


Gráfico 18 - Respostas dos alunos à questão sobre conhecimentos/ crenças sobre o tabaco
Fonte: Elaboração própria

Numa perspetiva a curto prazo consideramos que o projeto na sua generalidade teve impacto positivo na população alvo de intervenção.

Contudo este é um projeto de cariz da promoção da saúde, que pressupõe a aquisição de comportamentos promotores de saúde, logo a avaliação efetiva da mudança de comportamentos exige uma perspetiva temporal alargada.

Num projeto de intervenção comunitária, os ganhos em saúde só se conseguem alcançar a longo prazo, com continuidade e consistência. Assim sendo, todo o material necessário ficou disponível com a equipa da USP para poder garantir a continuidade do projeto e contribuir para ganhos em saúde no futuro.

10 . REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretendemos explicar e refletir sobre as competências desenvolvidas e adquiridas que possibilitam a obtenção do grau de mestre, assim como, das competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Ao longo de todo o percurso que integra a mobilização dos saberes adquiridos nas unidades curriculares, o estágio I e estágio final, permitiram a elaboração e implementação de um projeto comunitário, bem como a consecução do presente relatório e a elaboração de um artigo original, contribuindo na sua soma para o objetivo final da aquisição das competências anteriormente mencionadas.

Num mundo em constante avanço e mudança, tanto os cuidados de saúde como os cuidados de enfermagem assumem um papel relevante, onde cada vez mais impera uma enorme exigência técnico-científica, sendo fundamental a especialização e diferenciação dos profissionais (Regulamento 140/2019).

Sendo assim, é considerado enfermeiro especialista “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento 140/2019: 4744).

Deste modo, as competências comuns são consideradas como “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas” (Regulamento 140/2019: 4745), e integram os seguintes domínios: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria continua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.” (Regulamento 140/2019: 4745).

As competências referentes à **Responsabilidade profissional, ética e legal** são:

“a) 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;

b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento 140/2019: 4745).

Consideramos que para a aquisição das referidas competências, a mestranda apresentou uma postura e tomada de decisão adequada ao longo do percurso, respeitando os princípios ético-deontológicos e legais da profissão, alicerçado nos deveres do Código Deontológico, assim como o respeito pelos direitos humanos.

Durante o desenvolvimento do projeto comunitário foi garantido o anonimato, confidencialidade dos dados extraídos, bem como os direitos e vontades dos jovens e obtido consentimento informado livre e esclarecido por parte dos encarregados de educação.

Neste entendimento, foi devidamente solicitada autorização dos parceiros e aval por parte da comissão ética da ARSLVT, permitindo a implementação do projeto.

Ao longo do estágio, foram ainda desenvolvidas outras atividades na USP, nomeadamente afetas à saúde escolar, tendo contacto com comunidades mais vulneráveis, com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, e por outro lado a realização de inquéritos epidemiológicos, requerendo uma conduta ética e legal por parte da mestranda face a estas situações.

No que respeita às competências do domínio **Melhoria continua da qualidade**:

“a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento 140/2019: 4745).

Encaramos que a implementação do projeto permitiu alcançar este domínio, através do alcance dos objetivos propostos e a avaliação do projeto, contribuindo para ganhos em saúde, estando alinhados com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para além disso, a mestranda tentou sempre ter um papel dinamizador ao longo do projeto, estabelecendo parcerias (neste caso as escolas e equipa saúde escolar), garantindo também um ambiente seguro a todos os indivíduos alvo de cuidados/intervenção.

Analogamente, o presente projeto foi encarado como um contributo para a melhoria continua da qualidade, uma vez que os projetos de saúde escolar na USP estavam suspensos devido ao período pandémico que atravessamos, tendo sido prioritário o desenvolvimento de outras atividades inerentes ao mesmo. Assim, foi possível retornar às escolas identificar as suas necessidades e reiniciar a intervenção nas mesmas contribuindo para a continuidade de escolas promotoras de saúde e melhoria continua dos cuidados, alicerçado no PNSE.

Contribuiu ainda para o desenvolvimento desta competência a oportunidade de estar presente no XXVI Encontro Nacional, com a temática “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as Crises Atuais”, desenvolvido pela Associação Portuguesa para a promoção da Saúde Pública (Anexo IV), na medida que proporcionou a aquisição de novos conhecimentos que foram mobilizados para uma tomada de decisão mais efetiva.

Das competências do domínio da **Gestão dos cuidados**:

“a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento 140/2019: 4745).

Consideram-se as competências no domínio da Gestão dos cuidados adquirida, considerando que a mestranda teve um papel fundamental na gestão do presente projeto, no que se refere à gestão do trabalho de enfermagem, dos recursos disponíveis e na gestão do tempo para a implementação do projeto, atingindo os objetivos propostos.

Apesar da limitação temporal do estágio, bem como as limitações impostas devido à greve dos professores, a mestranda demonstrou ter capacidade de adaptação e de gerir as situações, articulando com os vários elementos integrantes no projeto, garantido a sua execução e possível continuidade. Uma boa gestão de todos os recursos confere um contributo para ganhos em saúde e diminuição de custos.

De outro modo, o facto de a enfermeira orientadora desempenhar também funções como coordenadora do atendimento complementar da unidade, possibilitou a observação e participação em atividades de gestão do mesmo, tais como: gestão de recursos materiais, sua reposição e inventário; gestão de recursos humanos e elaboração de escalas.

Relativamente às competências do domínio de **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, integra:

“a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica” (Regulamento 140/2019: 4745).

Crescer enquanto pessoa e enquanto profissional de enfermagem é algo que nos acompanha ao longo da vida, para tal requer capacidade de reflexão da ação e reflexão sobre a ação.

Este percurso exigiu a mobilização de conhecimentos e experiências prévias, mas também a aquisição de novos saberes.

Assim, para a realização do presente projeto foi necessário ter por base uma metodologia científica, a realização de pesquisas bibliográficas que promoveram a aquisição de novos conhecimentos garantindo a melhoria da prestação de cuidados.

Outro ponto fundamental, foi a divulgação dos resultados do diagnóstico de situação, através da elaboração dos posters e a realização de um artigo original. Os trabalhos no âmbito da investigação são um contributo importante para a evolução da profissão, promovendo o desenvolvimento de novos saber e consequente melhoria dos cuidados prestados.

Todas as outras atividades desenvolvidas na USP contribuíram para a aquisição de conhecimentos na área de especialização, assim como a partilha e reflexão destes momentos contribuíram para a evolução/crescimento da mestranda enquanto futura enfermeira especialista, permitindo a aquisição das competências neste domínio.

Seguidamente, abordaremos a reflexão sobre as competências específicas do EEECS.

Segundo o disposto nos Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é o profissional que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde das comunidades” (Regulamento 348/2015: 16482)

Portanto, as competências específicas do EEECS, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública são: “a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. “(Regulamento 428/2018: 19354).

Relativamente ao que concerne à competência, **Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**, considera-se atingida através da concretização do projeto no âmbito da prevenção do consumo de tabaco nos jovens do 3º ciclo do ensino básico, tendo-se cumprido todas as etapas integrantes da metodologia de planeamento em saúde. Concretizou-se assim, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, nomeadamente dos alunos de 7º ano das escolas integradas na USP, recorrendo a dados epidemiológicos, assim como aos resultados obtidos com a aplicação do questionário. Seguidamente foi possível identificar os problemas de saúde, priorizá-los, estabelecer objetivos, bem como estratégias adequadas, delinear uma intervenção eficaz e por fim avaliar todo o processo.

No que diz respeito a, **Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**, esta competência foi atingida através do envolvimento da USP e da parceria estabelecida com as escolas, sendo que a mestrandia tentou desenvolver a capacidade de liderança e promover o trabalho em equipa entre todas as partes integrantes para levar a cabo a consecução do projeto.

Consequentemente, foi possível contribuir para a capacitação dos jovens da turma de 7º ano de escolaridade alvo de intervenção, no sentido de os dotar de conhecimentos no âmbito do tabagismo, aumentar a sua capacidade de recusa face à oferta de tabaco e a tomada de decisão em saúde. As estratégias utilizadas no campo de ação da promoção da saúde tiveram como pedra basilar o HPM de Nola Pender.

Relativamente à competência, **Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**, considera-se adquirida uma vez que o presente projeto se encontra alicerçado em um dos

objetivos do PNS, revisão e extensão 2020, “reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental” (DGS, 2015a: 12).

Similarmente, assente nas estratégias propostas no PNS 2021-2030, de promover e proteger a saúde através da promoção da saúde em meio escolar e prevenir/ mitigar os consumos de risco (DGS, 2022). E ainda sustentado pelos próprios objetivos do PLS do ACES no âmbito da prevenção do consumo de tabaco e redução das DCNT associadas e ainda, suportado pelo PNSE, pelo PNPCT e pelo Referencial para a educação para a saúde. Na sua globalidade contribuíram para a elaboração do projeto e orientaram a nossa atuação em contexto escolar.

Nas restantes atividades da USP, especificamente no âmbito na saúde escolar, estas foram guiadas pelo PNSE. Durante este percurso, foi possível acompanharmos e participarmos em atividades da equipa de saúde escolar, uma realidade nova para a mestranda que desenvolve a sua atividade profissional em contexto hospitalar. Foi uma experiência gratificante no sentido em que sentimos que de certo modo contribuímos para a igualdade, integração, segurança e melhoria da qualidade de vida das crianças, jovens e consequentemente das famílias e restante comunidade escolar.

Neste âmbito, participamos em algumas reuniões nas escolas para identificar as necessidades da mesma, sendo referenciadas as crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, posteriormente foi delineada uma estratégia e intervenção. Assim, colaboramos e participamos na realização de formações a docentes e não docentes nas escolas integradas no parque escolar da USP, capacitando-os para os cuidados/ intervenção a crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1, Epilepsia, Alergias e intolerâncias alimentares e elaboração dos respetivos planos de saúde individuais, respeitando as orientações dos respetivos programas.

Ainda surgiu a oportunidade de assistirmos a uma formação com o tema Alergia Alimentar na escola, que decorreu a 14 de outubro de 2022, promovida pelo próprio Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável em conjunto com o PNSE, tendo sido uma mais-valia para aquisição de conhecimentos nesta área e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados às crianças e jovens com alergias e intolerâncias alimentares.

No âmbito da aquisição da competência, **Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**, esta também se considera amplamente adquirida, através da realização do diagnóstico de situação de saúde do projeto, sendo inclusivamente necessário delinear o perfil epidemiológico da população alvo e seu contexto geodemográfico.

Nesta área foi ainda possível participar na realização de inquéritos epidemiológicos no âmbito da Covid -19, recorrendo ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica [SINAVE]

e à plataforma Trace-Covid, permitindo realizar o registo da informação sobre os casos, vigilância e seguimento dos doentes confirmados ou com suspeita de Covid-19.

Foi ainda possível acompanhar a enfermeira orientadora na realização de inquéritos epidemiológicos de outras doenças de declaração obrigatória, utilizando da mesma forma o SINAVE. Para tal, a mestrande sentiu necessidade de realizar pesquisa no sentido de aumentar os conhecimentos nesta área específica, para uma melhor abordagem aquando da realização dos inquéritos epidemiológicos, bem como contribuir para a resolução/ controlo de problemas de saúde pública.

No que concerne às competências para aquisição do grau de mestre disposto no Decreto-Lei n.º 65/2018, capítulo III, artigo 15º, este é concedido aos que apresentem determinados conhecimentos e capacidade de compreensão, alicerçados nos conhecimentos alcançados ao nível do 1.º ciclo; integrem uma base de desenvolvimento na área de investigação; apliquem os conhecimentos na resolução de problemas em novos contextos; Capacidade para lidar com questões difíceis, desenvolver soluções, abrangendo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas mesmas soluções; capacidade de comunicar as conclusões e conhecimentos obtidos de forma clara e eficaz; e garantir a aprendizagem ao longo da vida (Decreto-Lei nº 65/2018: 4162).

De forma a atingir as competências mencionadas, foi realizado um artigo original que incluiu os dados obtidos no diagnóstico de situação de uma das escolas integrada na USP, tratando-se de um estudo descritivo, transversal de natureza exploratória, com o objetivo de caracterizar os hábitos de consumo de tabaco, bem como saber a opinião face ao mesmo nos jovens do 7º ano. Com este estudo foi possível concluir a necessidade de intervenção nesta população na tentativa de melhorar os seus conhecimentos/crenças e atitudes face ao tabaco. Pretende-se efetuar a publicação do mesmo, contribuindo para a divulgação e produção da evidência científica.

Similarmente, foram elaborados três pósteres científicos com os resultados do diagnóstico de situação das escolas incluídas no estudo e sua consequente divulgação, contribuindo igualmente para a aquisição das competências de mestre.

De outra forma, as restantes competências foram desenvolvidas no desenrolar dos estágios e com a própria elaboração do projeto e consequente relatório. Assim, existiu oportunidade de desenvolver conhecimentos, aumentar a capacidade de comunicação, divulgação de resultados, o estabelecimento de parcerias e estratégias, colocando o projeto em prática, possibilitando a resolução dos problemas identificados.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo permanece um problema de saúde pública e incidir na promoção da saúde a nível dos consumos aditivos, nomeadamente o tabaco, na população do 3º ciclo do ensino básico é fundamental, com enfoque na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis, ganhos em saúde e diminuição de custos.

O consumo precoce de tabaco é um dos principais determinantes para o estabelecimento de dependência do tabaco, contribuindo para a diminuição de anos de vida saudável, aumento da morbilidade e mortalidade dos indivíduos.

Num mundo em constante evolução e sob alterações evidentes no nosso dia a dia e sujeitos a constantes fatores desencadeantes de stress, torna-se imperativo investir nas camadas mais jovens da nossa população, pois só assim se alcançará a mudança e a esperança de um mundo melhor, mais sustentável e saudável no futuro. Se nada for feito agora, o que será o futuro da humanidade?

É sabido que a adolescência é uma fase do ciclo vital que imperam várias mudanças a nível biopsicossocial, em que cada um constrói a sua identidade e autonomia, mas também surgem algumas inseguranças e até a tomada de decisões menos acertadas. Assim, o nosso foco deve ser ajudá-los a identificar as suas capacidades, aumentar a sua autoestima, contribuir para a capacitação e melhorar a autoeficácia para a resolução dos problemas com que se deparam, facilitando a tomada de decisão eficaz.

Apesar do desenvolvimento deste tipo de projetos parecer que se traduz em baixo impacto ou pouca abrangência, todos no seu conjunto vão fazer a diferença e aos poucos alcançar ganhos em saúde.

A realização deste projeto sustentado na metodologia de planeamento em saúde pretendeu dar resposta aos objetivos propostos pela unidade curricular, promovendo igualmente a reflexão e discussão com informadores chaves, conferindo o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura EEECS.

Durante este percurso, tentou-se proceder às várias etapas constituintes do Planeamento em Saúde, não obstante, identificaram-se algumas dificuldades e limitações maioritariamente de ordem temporal, em grande parte associado à greve dos professores.

O balanço final do projeto foi positivo, tanto as escolas como os jovens demonstraram motivação e satisfação em integrar o projeto. De certa forma contribuimos para a capacitação

dos jovens alunos alvo de intervenção, com melhoria dos conhecimentos face ao tabaco e aumento na capacidade de recusa perante a oferta do cigarro.

Este é um projeto de baixos custos, requerendo na sua globalidade da parceria entre a USP e as escolas, sendo viável a sua continuidade.

Durante o estágio foi também possível compreender a dinâmica de uma USP, possibilitando a aquisição de competências do EEECS, mais especificamente a nível da vigilância epidemiológica, que devido às circunstâncias atuais da pandemia, imperava o grosso trabalho da unidade. No âmbito da saúde escolar, houve oportunidade de reunir com os professores coordenadores para a saúde identificando as necessidades das escolas, realização de sessões de educação para a saúde no âmbito das necessidades de saúde especiais e colaboração na realização de planos individuais de saúde.

Consideramos que todo o processo constituiu um grande desafio, promovendo a capacidade de análise, autoconhecimento e reflexão, saindo da área de conforto da mestranda, que exerce funções num contexto hospitalar, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional, para um agir consolidado nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Arrábida (2016). *Perfil Local de Saúde 2016* – ACES Arrábida. https://www.google.com/search?q=perfil+local+aces+arrabida&rlz=1C1SQJL_enPT885PT885&oq=perfil+local+aces+arrabida&aqs=chrome..69i57j33i160l2.13814j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- ACES Arrábida (2019). *Plano Local de Saúde Arrábida 2019-2023*
- Associação Portuguesa Para a Promoção da Saúde Pública [APPSP]. (2022, Nov 15). XXVI *Encontro Nacional - 2022: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as crises atuais*. Youtube. <https://www.youtube.com/@appsp4605>
- Boleo-Tome, J. P., Pamplona, P., Rosa, P., & Cordeiro, C. R. (2019). *The doctor, the smoking patient and the challenge of electronic cigarettes*. *Acta Medica Portuguesa*, 32(7-8), 477-482. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/12280/5708>
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica*. (2.^a ed.) Santos Editora.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). *A saúde e seus determinantes sociais*. *Physis: revista de saúde coletiva*, 17(1), 77-93 <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>
- Câmara Municipal de Setúbal. (2021). *Guia de Turismo Acessível – Baía de Setúbal para todos*. <https://www.mun-setubal.pt/wp-content/uploads/2021/04/GUIA-DE-TURISMO-ACESSIVEL.pdf>

- Carvalho, Á. C., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C. T. D., Abrantes, E., Mota, E. A., ... & Lima, R. M. (2017). Referencial de Educação para a Saúde. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31858/1/Referencial_educacao_saude_2016.pdf
- Codinach-Danés, E., Obradors-Rial, N., Mendioroz-Pena, J., Villalbí, J. R., Bosque-Prous, M., & Espelt, A. (2021). *Future intentions and beliefs about roll-your-own cigarettes in adolescents. Atencion Primaria*, 53(6), 102043. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656721000779?token=7B19D95BB05B2F6F6787EDAC59F62864BFC550B0BE1486E6B1695329292D7B8708303457F2D8EC1F5D3EF6946D0B78E6&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230505222805>
- Comissão Europeia, *Public Health* (2021). https://ec.europa.eu/health/tobacco/overview_pt
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Alteração do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, I série, n.º 157, 4147-4182. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Decreto-Lei nº 137/2013. *Diário da República*, 1ª série-Nº 193 – 7 de outubro de 2013, Artigo 12º.p. 6053. <https://files.dre.pt/1s/2013/10/19300/0605006061.pdf>
- Diegues & Carvalho (2014). *Escolas Sem Tabaco, Olhar a Promoção da Saúde (E – STOP´S)* - Projeto de Prevenção do Consumo de Tabaco. ACES Arrábida
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_ju_nho2017.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015a). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão 2020.*, <https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/03/PNS-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015b). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf

- Direção-Geral da Saúde (2021). *Programa Nacional para a Prevenção e controlo do Tabagismo 2020*. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1219790-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYSzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 – Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf
- DOS ENFERMEIROS, O.[OE] (2001) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- DOS ENFERMEIROS, O. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária de saúde pública*. Lisboa: OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>
- Ferreira, M., Chitas, V., Silva, S., & Silva, R. (2013). *Hábitos tabágicos dos jovens do 9.º ano: estereótipos sobre fumadores, fatores familiares, escolares e de pares e a relação com o consumo de tabaco*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.005>
- Fortin, M. F., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- FREESIS. FI. (s.d.) *TABACCOBODY*. [Tobacco body | Tobacco body](#)
- Fulmer, E., Rogers, T., Glasgow, L., Brown, S., & Kuiper, N. (2019). *Evaluating comprehensive state tobacco prevention and control programs using an outcome indicator framework*. *Health promotion practice*, 20(2), 214-222. <https://doi.org/10.1177/1524839918760557>

- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2021). *Tabagismo*. <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/tabagismo/>
- General, S. (2014). *The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the surgeon general*. In US Department of Health and Human Services. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21569/cdc_21569_DS1.pdf
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Obras avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Inquérito Nacional de Saúde 2019*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=414434213&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021*. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Área Metropolitana de Lisboa em números - 2021*. Disponível em www: [url:https://www.ine.pt/xurl/pub/66323279](https://www.ine.pt/xurl/pub/66323279)
- Instituto Politécnico de Portalegre [IPP] (2018). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. (2.ª versão). Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre.
- Lavado, E., & Calado, V. ECATD-CAD 2019. (2020). *Estudo sobre os Comportamentos de Consumo de Álcool, Tabaco Adolescent Health*, 37(1), 19-28. https://www.acibev.pt/multimedia/1/documentos/2244/ECATD%202019_Relatorio_Nacional.pdf
- Leite A, Machado A, Pinto S, et al. (2017). *Características sociodemográficas dos fumadores em Portugal Continental: análise comparativa dos Inquéritos Nacionais de Saúde (1987, 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 e 2014)*, Lisboa: Instituto Nacional de Saúde
- Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA) IP. Disponível em, http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4117/5/INSA_Relatorio-Consumo-de-tabaco_INS%201987-2014.pdf

- Loureiro, I. & Miranda, N. (2021). *Promover a Saúde Dos fundamentos à acção-3.*ª Edição Revista e Atualizada. Edições Almedina SA.
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., ... & Campbell, R. (2018). *Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. Cochrane database of systematic reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009927.pub2>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública* (1ª ed.). Lidel.
- Município participado de Setúbal. [União das Freguesias de Setúbal | Município de Setúbal \(mun-setubal.pt\)](http://uniao-setubal.pt)
- Néne, M & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (1ª Edição). Lidel
- Nunes, E. (2006). *Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(2), 225-44. Disponível em <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10231/9967>
- Nunes, L. (2013). *Desenvolvimento humano e enfermagem: horizontes da [nossa] ação. Conferência nas Comemorações do 101º aniversário da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.* <https://core.ac.uk/download/pdf/62691267.pdf>
- Ordem Enfermeiros (2020). *Anuário Estatístico 2019.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_AnuarioEstatisticos.pdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.* OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários.* OMS. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=%205

Organização Mundial de Saúde (2019). *Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco, 2019 – Oferecer ajuda para deixar de fumar.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325968/WHO-NMH-PND-2019.5-por.pdf?ua=1&ua=1>

Organização Mundial de Saúde. (2022). *World No Tabaco Day.*

<https://www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day/2022>

Pender, N. (2011). *The health promotion model: Manual.* University of Michigan Library. https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. (2014). *Health Promotion in Nursing Practice.* (6ª edição). Pearson New International Edition

PORDATA. (s.d.). *Conheça o seu município.* <https://www.pordata.pt/Municipios>

Precioso, J., Samorinha, A. C. C., & Macedo, M. (2016). *A prevenção do tabagismo em meio escolar: teoria e prática.*

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/53681/1/A%20preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20tabagismo%20em%20meio%20escolar-%20teoria%20e%20pr%C3%A1tica..pdf>

Pupulim, A. F., Sarris, A. B., Fernandes, L. G., Nakamura, M. C., De Camargo, T. V., & De Paula, J. B. (2015). *MECANISMOS DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO TABAGISMO: REVISÃO DA LITERATURA MECHANISMS OF CHEMICAL DEPENDENCY ON SMOKING:* A. Rev. Med. UFPR, 2(2), 74-78.

<https://core.ac.uk/download/pdf/328078721.pdf>

Regulamento 140/2019. Diário da República: II série, nº 26

Regulamento 348/2015. Diário da República: II série, nº 118

Regulamento 428/2018. Diário da República: II série, n.º 135.

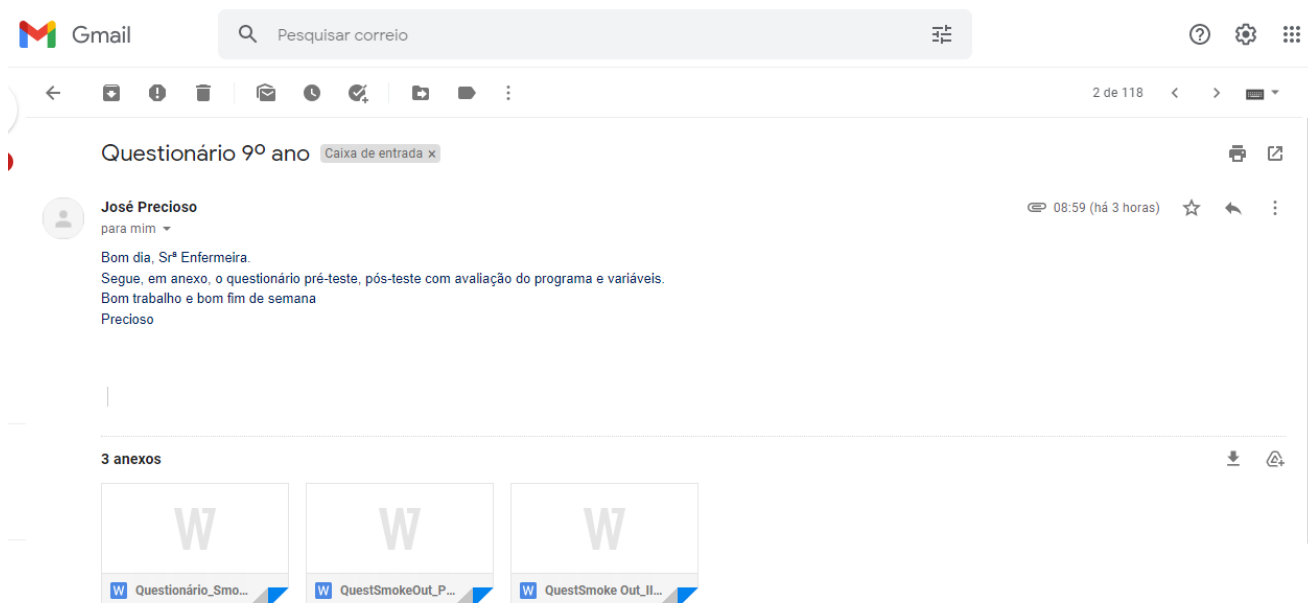
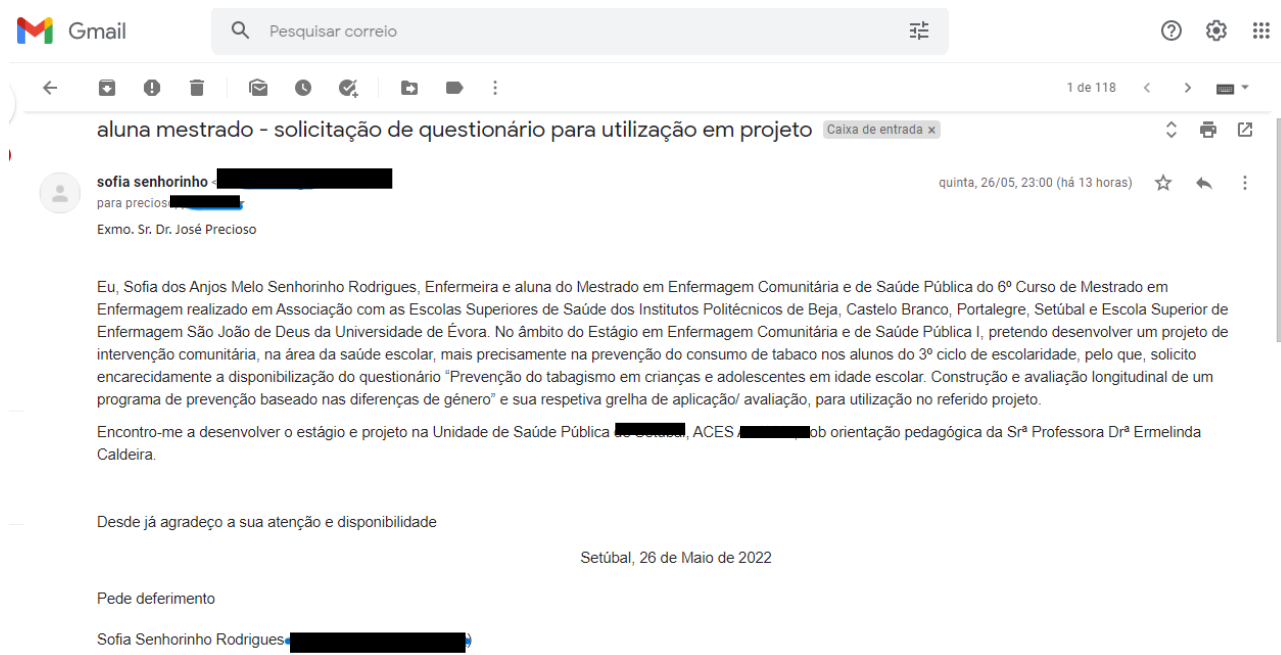
Rosemberg, J. (2006). *A história do tabaco.* Universidade de São Paulo.

- Sarmiento, K. K. F., de Medeiros, K. M., de Brito, Y. J. V., de Medeiros, K. M., & de Lima. (2019). C. A. P. O CONSUMO DE CIGARROS CAUSANDO A DEPENDÊNCIA DE NICOTINA. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17799/16138>
- Schreuders, M., Nuyts, P. A., van den Putte, B., & Kunst, A. E. (2017). *Understanding the impact of school tobacco policies on adolescent smoking behaviour: a realist review. Social Science & Medicine*, 183, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.031>
- Serviço Nacional de Saúde (s.d.). *Bilhete Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt>
- Serviço Nacional de Saúde (2022). *Distribuição das inscrições nos CSP*. Pirâmide etária dos utentes inscritos. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/3151322/Pages/default.aspx>
- Silva, R. M. A., Andrade, A. C. D. S., Caiaffa, W. T., & Bezerra, V. M. (2021). *Co-occurrence of health risk behaviors and the family context among Brazilian adolescents, National Survey of School Health (2015)*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24. <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/pfMvdnjqxJDbbPdDCnFbzSR/?lang=pt>
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2018). *Tabagismo na adolescência*. Youtube [Tabagismo na Adolescência - YouTube](#)
- Sousa, I. (2018). *Prevenção do tabagismo na escola: avaliação de um programa baseado no currículo*. [http://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/61143/1/Preven%c3%a7%c3%a3o%20do%20Tabagismo%20na%20Escola%20-%20Avalia%c3%a7%c3%a3o%20de%20um%20programa%20baseado%20no%20cu](http://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/61143/1/Preven%c3%a7%c3%a3o%20do%20Tabagismo%20na%20Escola%20-%20Avalia%c3%a7%c3%a3o%20de%20um%20programa%20baseado%20no%20curr%c3%adulo_2018.pdf)
[rr%c3%adulo_2018.pdf](http://repositorium.uminho.pt/bitstream/1822/61143/1/Preven%c3%a7%c3%a3o%20do%20Tabagismo%20na%20Escola%20-%20Avalia%c3%a7%c3%a3o%20de%20um%20programa%20baseado%20no%20curr%c3%adulo_2018.pdf)
- Sousa, M. I. P. D. (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*. <https://www.proquest.com/openview/a6184b5203439971f617539814cae0fb/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

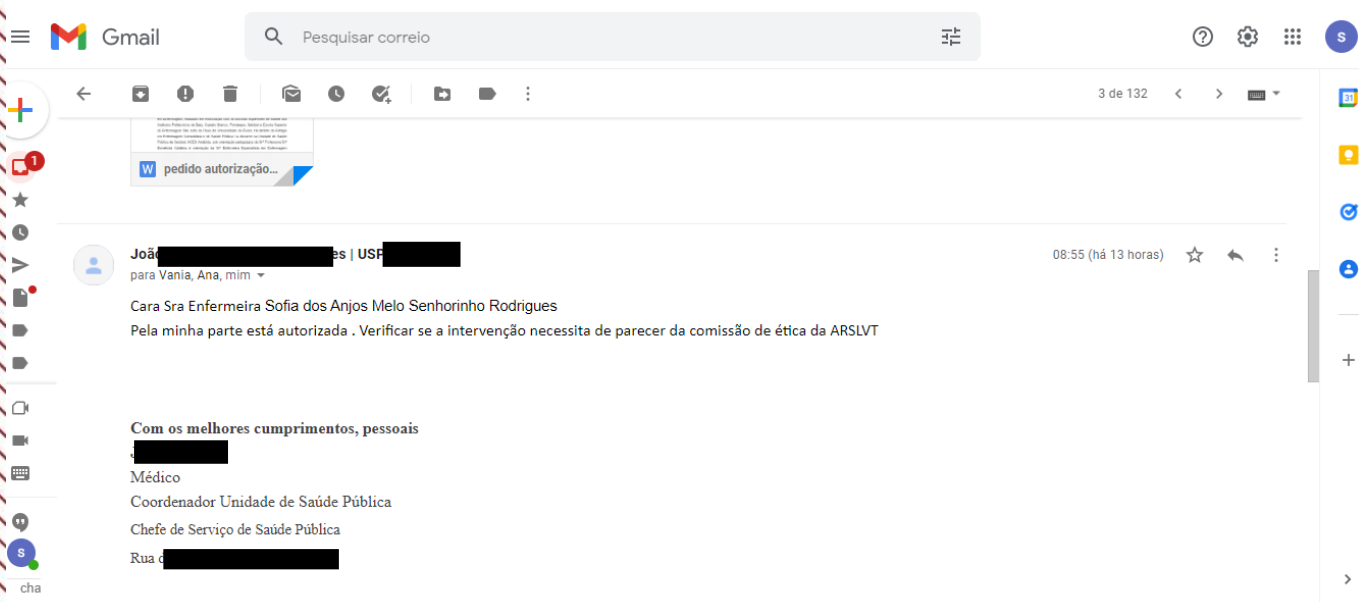
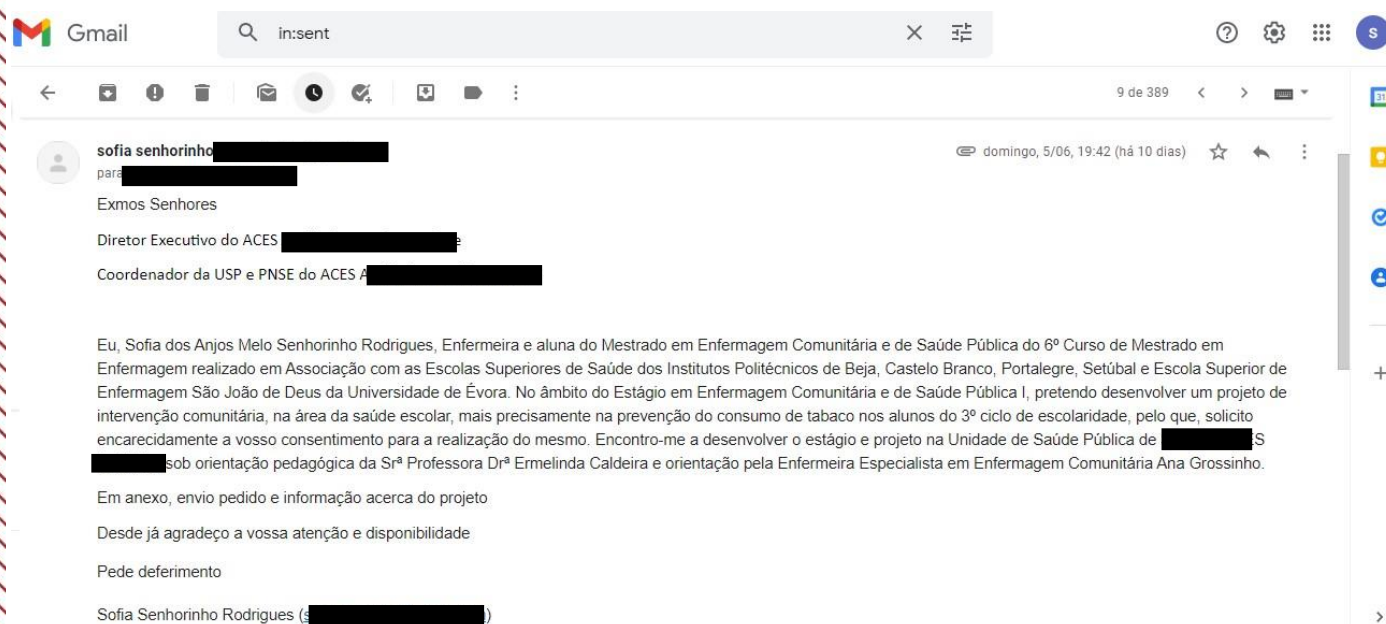
-
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (1.ª ed.). Lusodidacta.
- Tabacco Stops with Me (2023a). *A program of TSET. THE HISTORY OF TABACCO MARKETING: IT’S A SCARY HISTORY*. [The History Of Tobacco Marketing: It’s a Scary Story. | Tobacco Stops With Me](#)
- Tabacco Stops with Me (2023b). *A program of TSET. History of Tabacco Marketing*. [Oklahoma Tobacco Addiction Effects | Tobacco Marketing Facts | Tobacco Stops With Me](#)
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento da Saúde*. *Cadernos de Formação* nº 2. (2 ed). Ministério da Saúde.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência.
- World Health Organization. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Resumo*. Genebra: OMS.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42863/9241591248_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- World Health Organization. (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025*, third edition. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização para utilização do questionário



APÊNDICE II – Pedido e autorização ao Coordenador da USP/ Coordenador PNSE do ACES e do Diretor Executivo do ACES





SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Unidade 3 - Saúde do Cidadão

Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida

DECLARAÇÃO da DIREÇÃO EXECUTIVA

Eu, Luís Filipe Henriques Pombo, Diretor Executivo do Agrupamento [REDACTED] concordo com o estudo de investigação, através da utilização de questionário, intitulado “Prevenção do tabagismo em crianças e adolescentes em idade escolar. Construção e avaliação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças de género”, pela Investigadora Sofia dos Anjos Melo Senhorinho Rodrigues, Enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, realizado em Associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

Mais declaro que o [REDACTED] dispõe de recursos humanos e técnicos que permitem a realização do estudo de investigação melhor identificado em epígrafe.

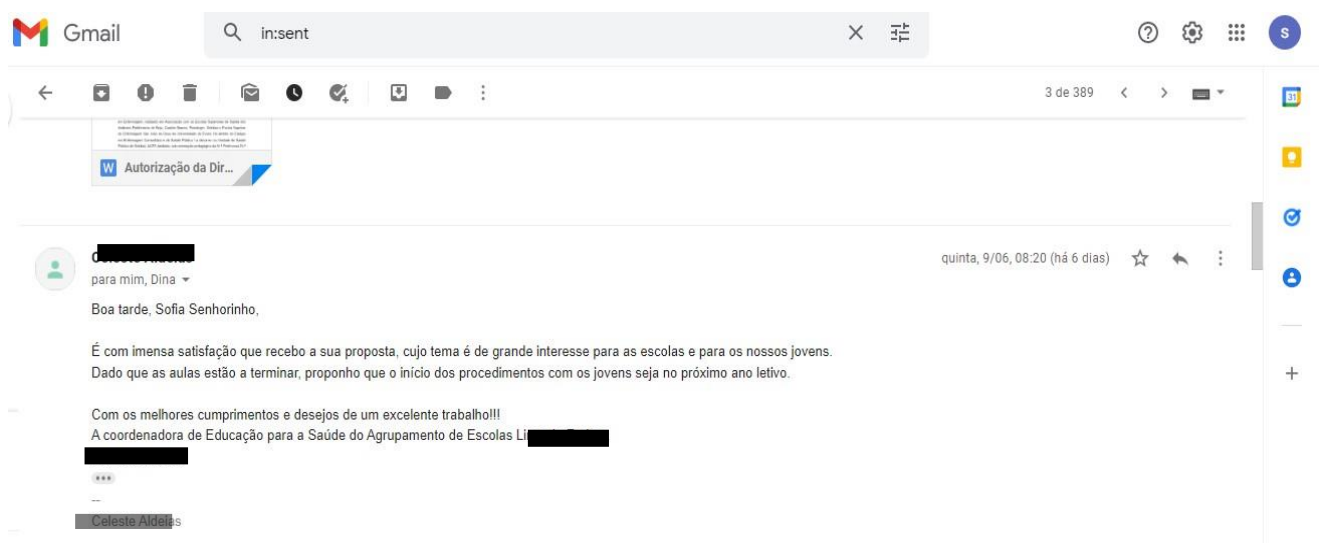
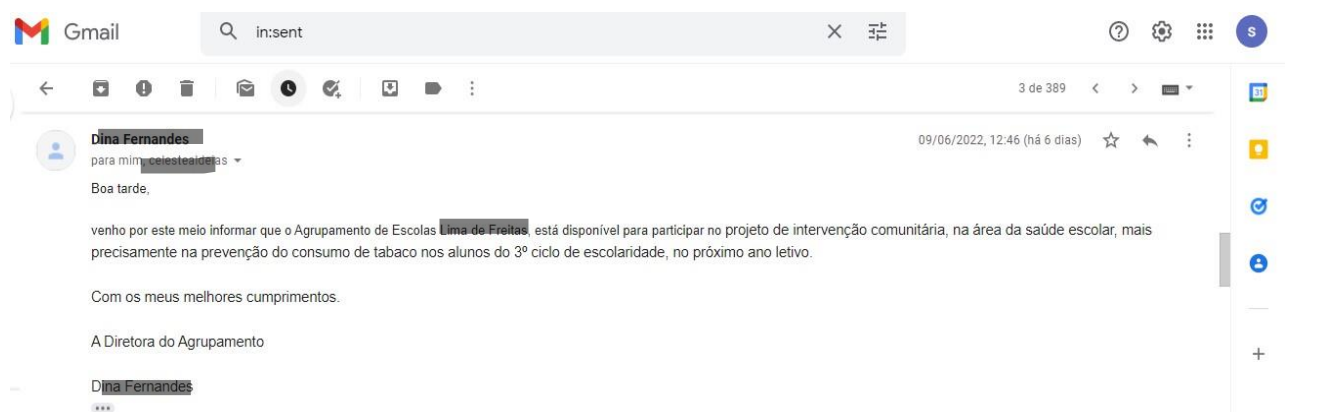
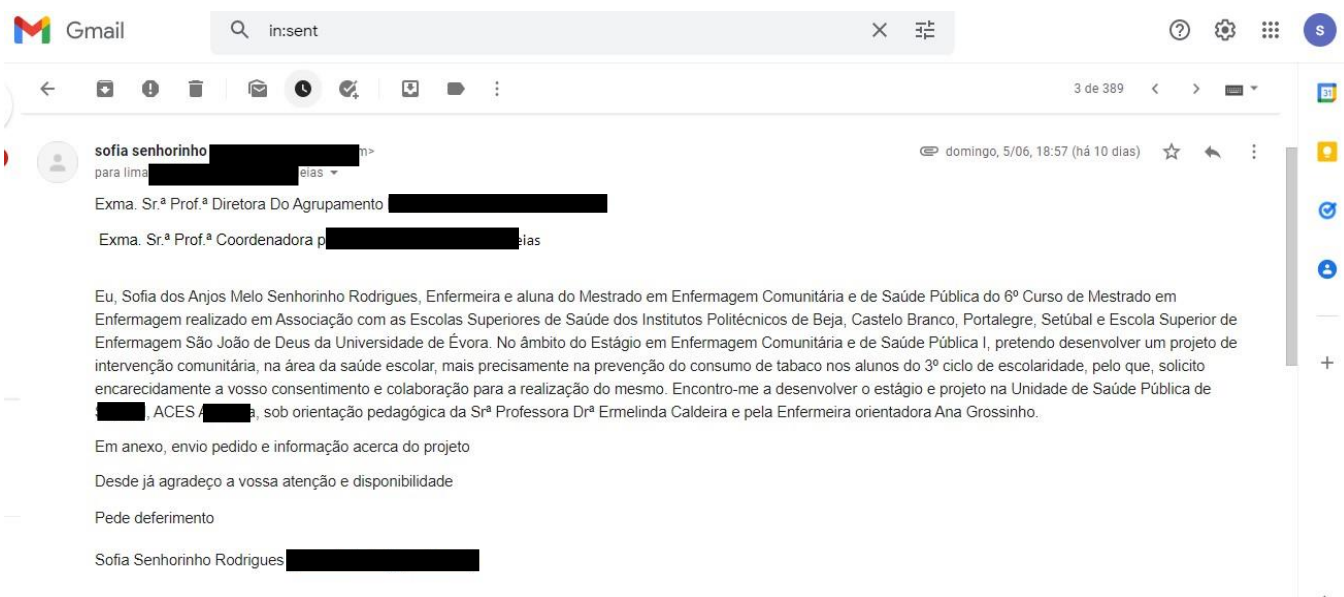
Setúbal, 01 de agosto, de 2022

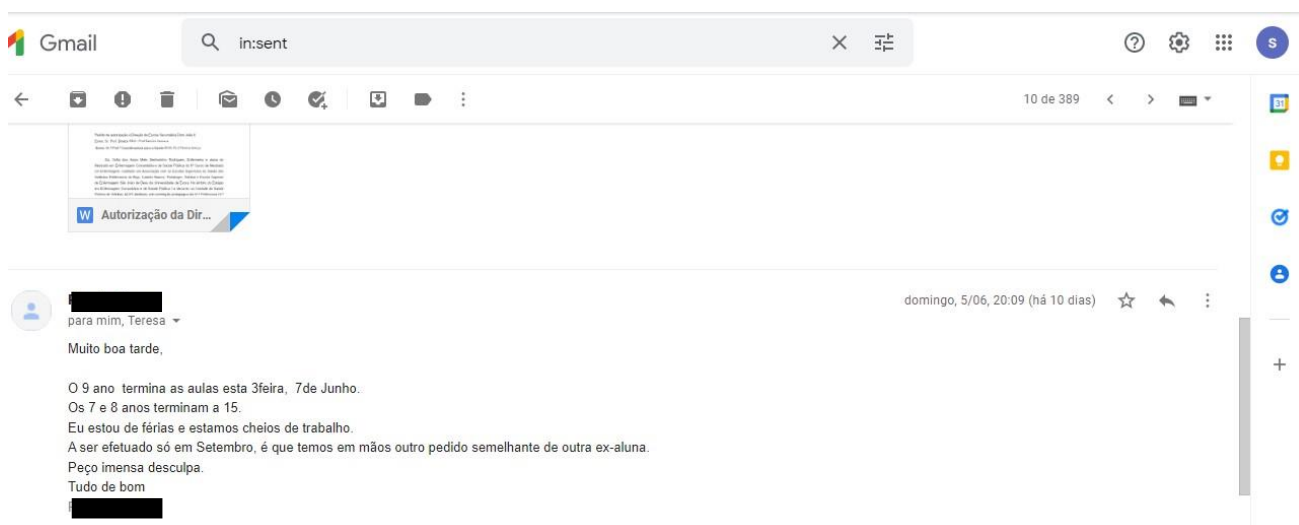
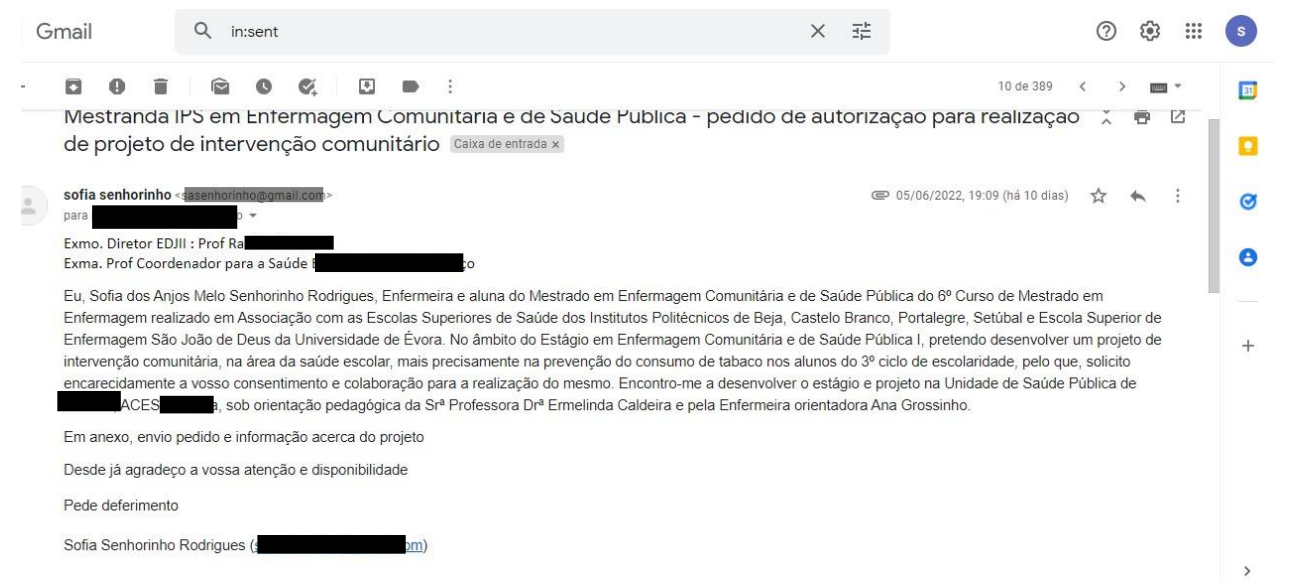
O Diretor Executivo

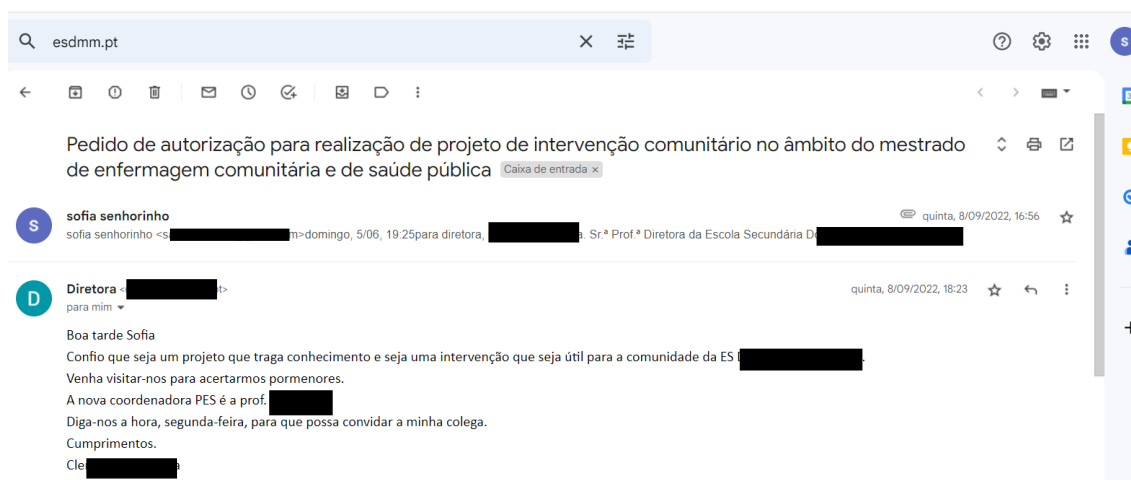
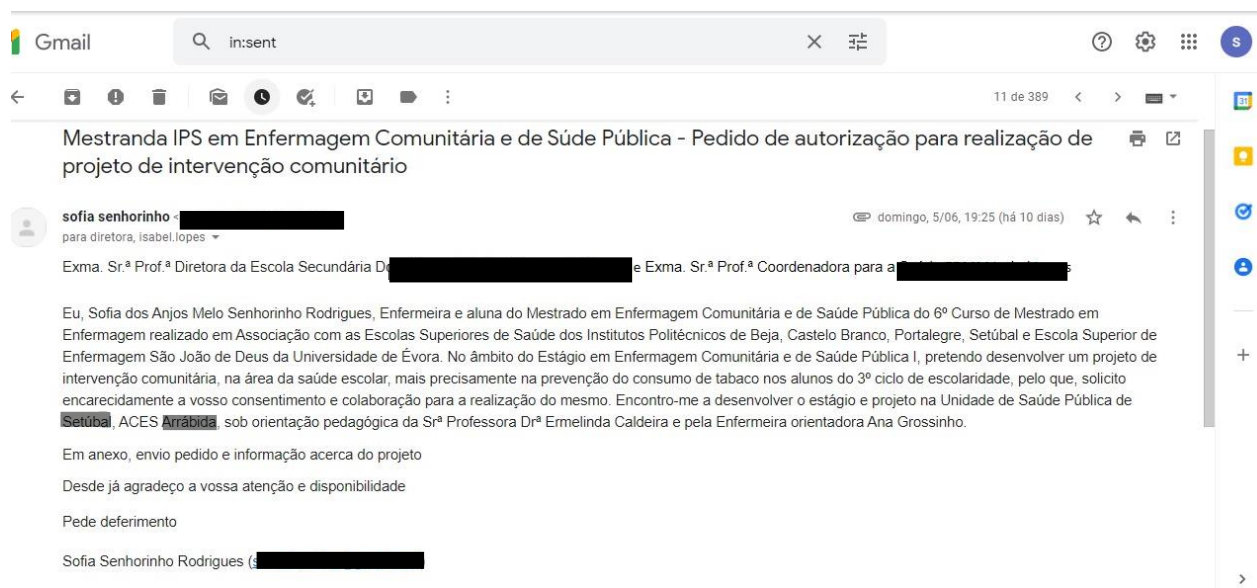
Assinado por [REDACTED]
Num. de Id. [REDACTED]
Data: 2022.08.01

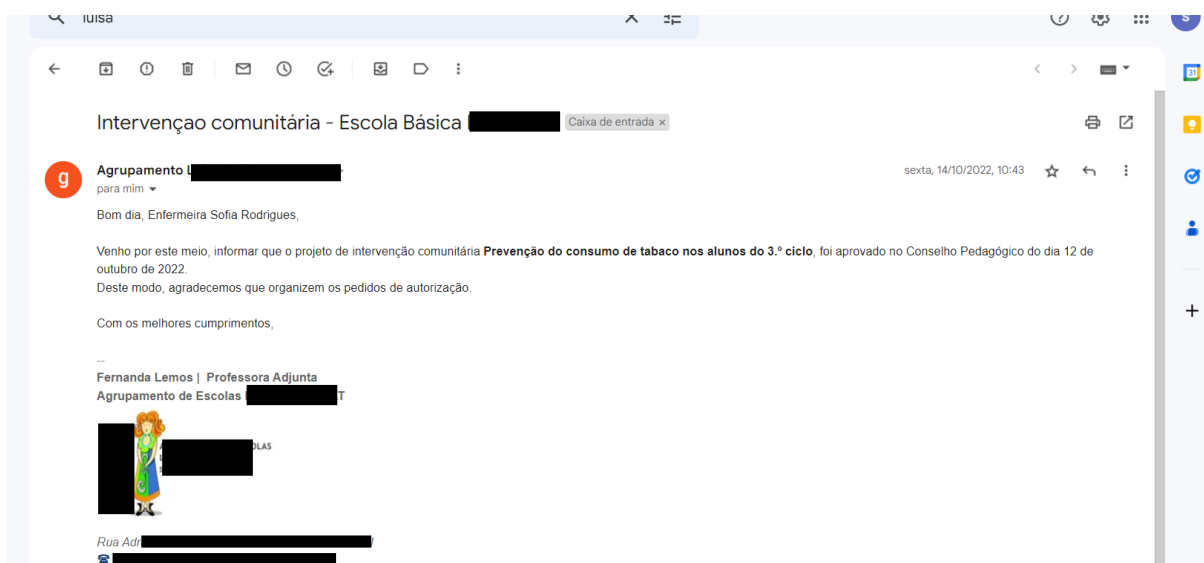
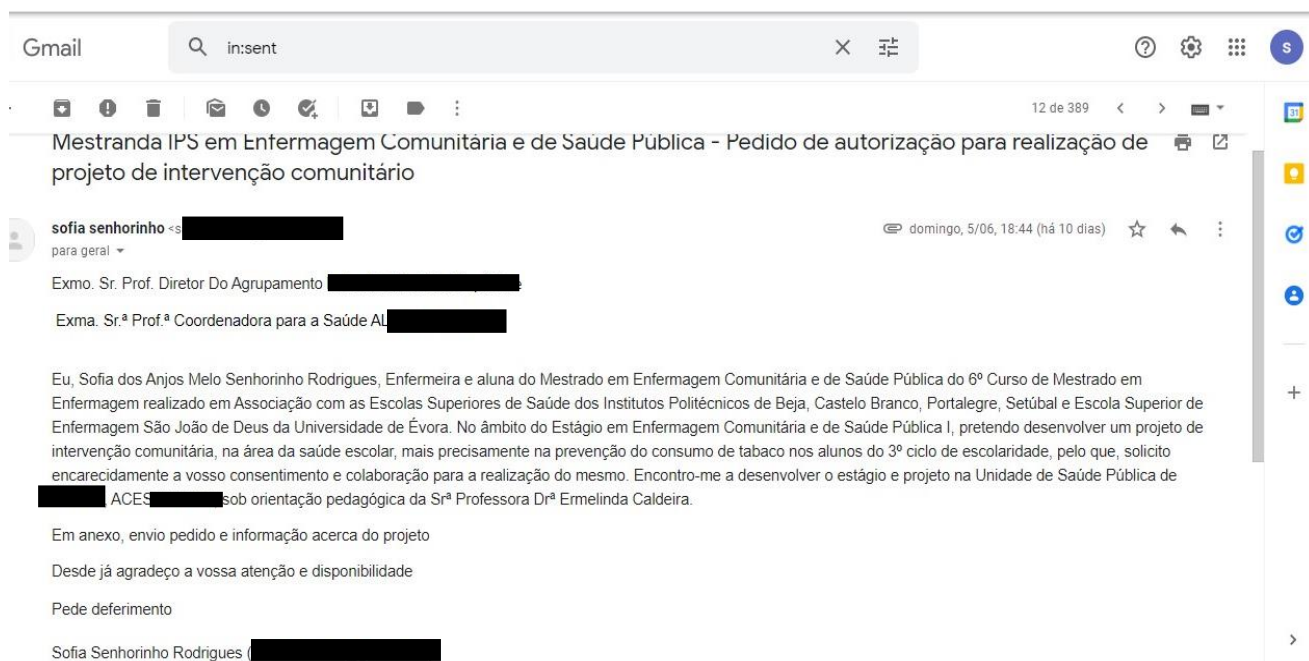


APÊNDICE III – Pedido de autorização aos Agrupamentos de Escolas respetivas respostas









APÊNDICE IV – Consentimento Informado Livre aos Encarregados de Educação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia³⁹ e a Convenção de Oviedo⁴⁰

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar 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 assinar este documento.

Título: “Prevenção do consumo de tabaco nos jovens do 3º Ciclo do Ensino Básico”

Eu, Sofia dos Anjos Melo Senhorinho Rodrigues, Enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, realizado em Associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a realizar Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I a decorrer na Unidade de Saúde Pública de [REDACTED], ACES [REDACTED]

Pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária integrado no Plano Local de Saúde e no Programa Nacional de Saúde Escolar, mais precisamente, a nível da prevenção do consumo de tabaco nos alunos do 3º ciclo do ensino básico, através da utilização de um questionário.

Segundo a Organização Mundial de Saúde o tabaco mata mais de 8 milhões de pessoas todos os anos. E em Portugal, 17% da população com idade igual ou superior a 15 anos era fumadora, dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2019.

O tabagismo constitui assim um problema de saúde pública e incidir na promoção da saúde a nível dos consumos aditivos – tabaco, na população do 3º ciclo é fundamental, com foco na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis.

Neste sentido, solicito a sua autorização, para que o seu educando participe no presente estudo.

A participação é de âmbito voluntário e anónimo, requer o preenchimento de um questionário que avalia o consumo, atitudes e conhecimentos face ao tabaco. Poderá desistir a qualquer momento, sem consequências associadas, bastando informar o investigador. É ainda garantida a confidencialidade dos dados extraídos e a sua utilização cinge-se apenas

³⁹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

⁴⁰ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

ao contexto do projeto. Para mais alguma informação considerada útil, encontro-me ao seu dispor.

Agradeço desde já a sua colaboração

Assinatura do investigador: Sofia Telosoferinha Rodrigues

Contacto eletrónico: [REDACTED]

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela (s) pessoa (s) que acima assina (m). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: _____

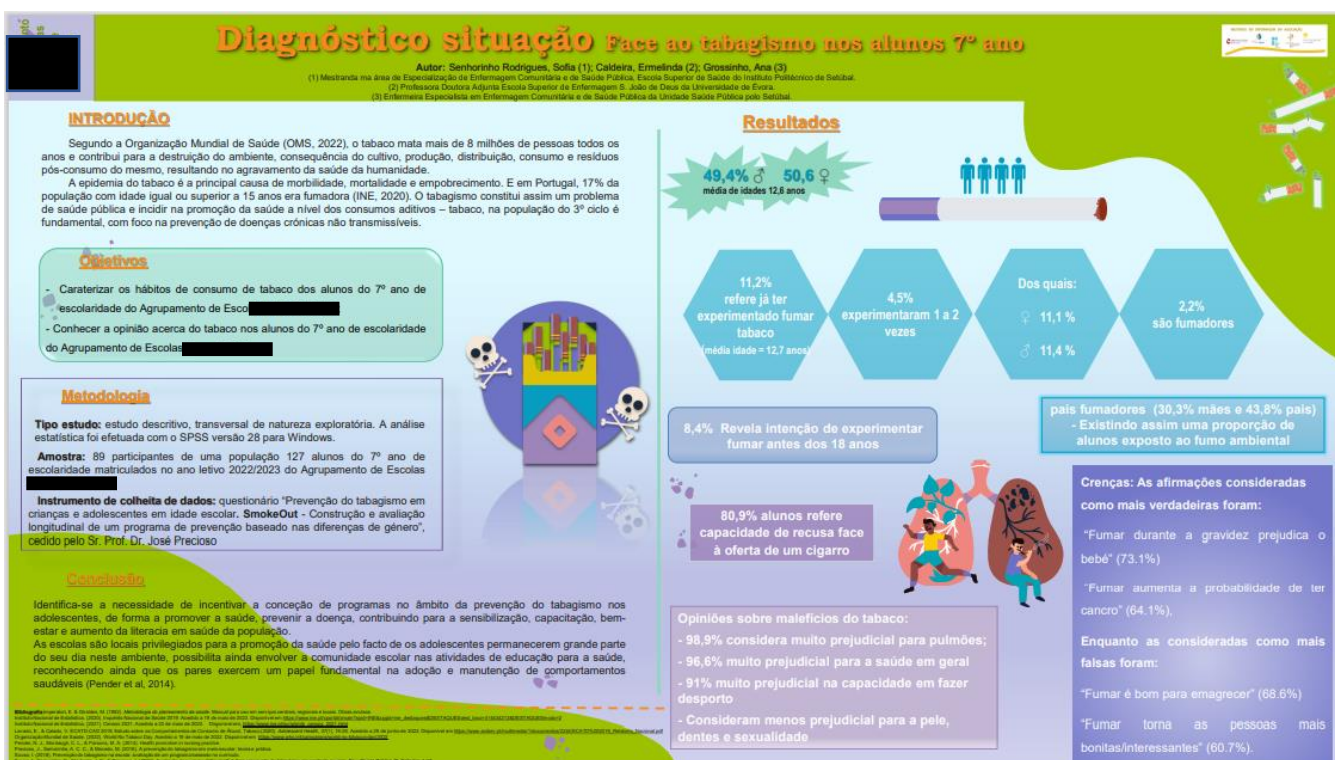
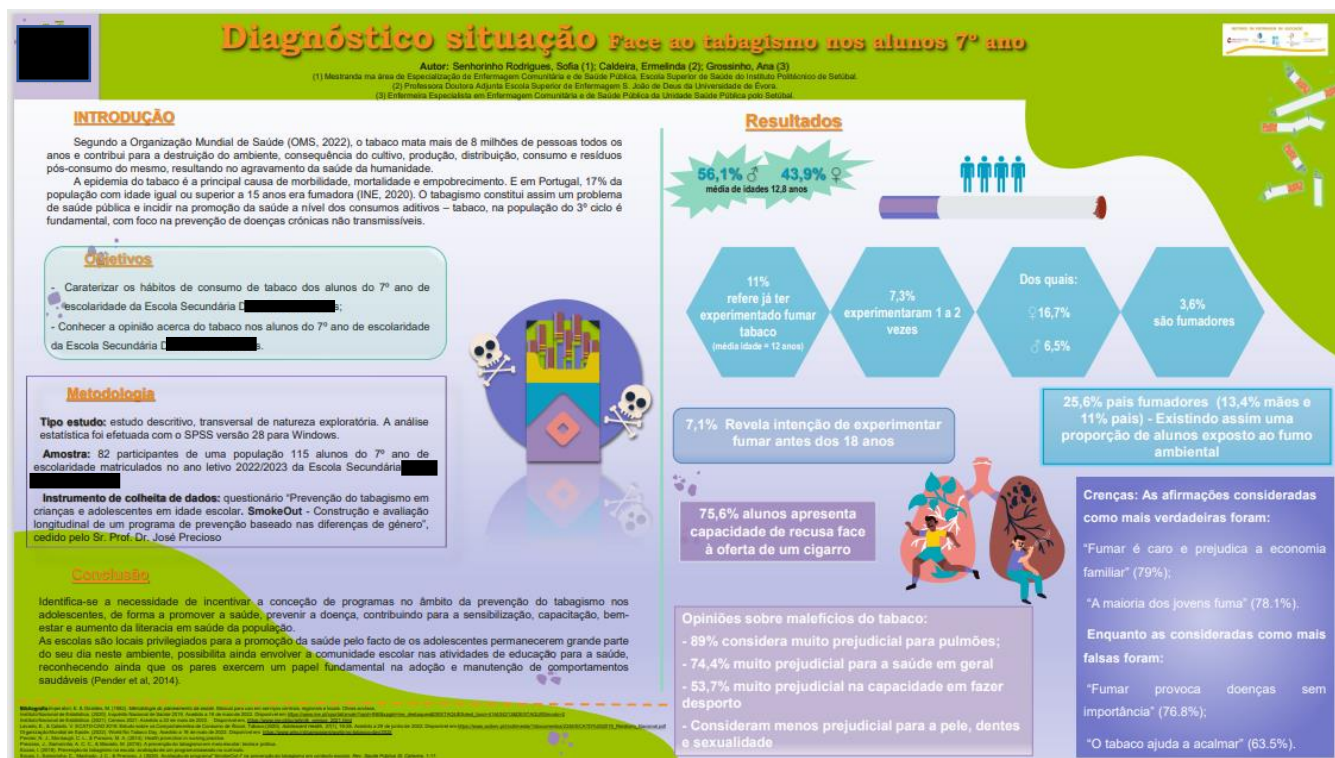
BI/CD Nº: _____. DATA OU VALIDADE: ____ / ____ / ____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

APÊNDICE V – Pósteres com Diagnóstico de Situação de cada escola





APÊNDICE VI – Planos das sessões de educação para a saúde

Plano da Sessão I				
Tema	Projeto Prevenção do consumo do tabaco nos jovens: “Vamos construir um pulmão”			
Destinatários	Alunos da uma turma de 7º ano			
Local	Agrupamento de escolas L – sala aula	Data 13/01/2023	Hora: 9h	Duração Prevista 45minutos
Formadores:	Aluna mestrandia Sofia Senhorinho Rodrigues			
Objetivo Geral	Construir um pulmão artificial			
Objetivos específicos	Promover a responsabilidade em relação à saúde: conceito de saúde; Identificar as estruturas constituintes do sistema respiratório e sua função; Reconhecer as doenças respiratórias associadas ao consumo de tabaco e sua prevenção.			

Etapas da Sessão	Conteúdos	Recursos Didáticos	Metodologias	Atividades	Avaliação	Tempo
Introdução	Acolhimento dos alunos; Quebra-gelo – apresentação: em que todos os elementos apresentam e enunciam uma característica ou hobby (alunos e aluna mestrandia e enf.^a orientadora), permitindo que se conheçam melhor; Apresentação dos resultados do diagnóstico poster; Apresentar os objetivos da sessão de educação para a saúde, conteúdos a abordar e avaliação.	Poster impresso em A3 com os resultados do diagnóstico de situação dos alunos 7º ano da escola L	Expositivo Interrogativo	Diálogo com os alunos; Exposição e apresentação do poster	Diagnóstica Colocação de questões Oralmente E identificar questões que os alunos colocam sobre o tema que possam posteriormente ser abordadas	10 min.
Desenvolvimento	Definir conceito de saúde e benefícios da adoção de hábitos de vida saudáveis; Fornecer material necessário a cada aluno e em conjunto construir as várias estruturas do aparelho respiratório; Enunciar a função de cada estrutura bem, como do mecanismo do próprio sistema respiratório.	Garrafa plástico; fita cola; 2 palhinhas; 3 balões; imagem sistema respiratório	Expositivo Participativo Interrogativo	Diálogo com os alunos; Promover que cada aluno siga passo a passo a construção do pulmão artificial e assim ir construindo o próprio; Colocar questões para que consigam eles próprios identificar as	Colocação de questões oralmente, para avaliar a compreensão dos conteúdos Verificar a correta construção do pulmão artificial	25 min.

	Explicar quais as principais doenças respiratórias associadas ao consumo de tabaco.			estruturas do sistema respiratório e sua função. Promover o debate sobre as principais doenças respiratórias associadas ao consumo de tabaco e explicar algumas das consequências para cada uma das estruturas.		
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Rever e reforçar as principais ideias a reter; Avaliação da sessão.	Questionário de satisfação da sessão	Expositivo Participativo	Diálogo com os alunos	Avaliação da sessão Aplicação do instrumento de avaliação	10 min.

Plano da Sessão II				
Tema	Projeto Prevenção do consumo do tabaco nos jovens: “vídeo sociedade portuguesa de pneumologia sobre o tabagismo nos jovens			
Destinatários	Alunos da uma turma de 7º ano			
Local	Agrupamento de escolas L – sala aula	Data 13/01/2023	Hora: 10h	Duração Prevista 45minutos
Formadores:	Aluna mestrandia Sofia Senhorinho Rodrigues			
Objetivo Geral	Compreender conceitos base sobre o consumo de tabaco nos jovens			
Objetivos específicos	Identificar a proporção de fumadores e número de mortes associadas ao tabaco; Conhecer as consequências para a saúde associadas ao consumo de tabaco; Analisar factos e crenças associadas ao tabaco; Compreender quais os fatores protetores da iniciação do consumo de tabaco; Percecionar a influência dos pares.			

Etapas da Sessão	Conteúdos	Recursos Didáticos	Metodologias	Atividades	Avaliação	Tempo
Introdução	Acolhimento dos alunos; Apresentar os objetivos da sessão de educação para a saúde, conteúdos a abordar e avaliação.	Computador Projektor Vídeo	Expositivo	Diálogo com os alunos;	Diagnóstica Colocação de questões oralmente	10 min.
Desenvolvimento	Breve apresentação epidemiológica do tema; Definir as várias consequências do tabaco na saúde individual e coletiva; Abordar fatores que promovem ou inibem o consumo de tabaco; Abordar conceito de risco e sua percepção,	Computador Projektor Vídeo Link: Tabagismo na Adolescência - YouTube	Expositivo Participativo Interrogativo	Visualização de vídeo da sociedade Portuguesa de Pneumologia que aborda de forma abrangente o tema do tabagismo nos jovens. O vídeo tem uma linguagem adequada a esta faixa etária e apresenta o tema de forma a captar a atenção dos alunos; Análise e debate com os alunos sobre os conteúdos abordados no vídeo;	Colocação de questões oralmente, para avaliar a compreensão dos conteúdos	25 min.

	assim como autoestima e assertividade para recusa do tabaco.					
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Rever e reforçar as principais ideias a reter; Avaliação da sessão.	Questionário de satisfação da sessão	Expositivo Interrogativo Participativo	Diálogo com os alunos e realização de questões oralmente; Promover que exponham dúvidas/ questões.	Avaliação da sessão Aplicação do questionário de avaliação	10 min.

Plano da Sessão III						
Tema	Projeto Prevenção do consumo do tabaco nos jovens: “experiência da garrafa”					
Destinatários	Alunos da uma turma de 7º ano					
Local	Agrupamento de escolas L – espaço exterior da escola	Data 20/01/2023	Hora: 8h	Duração Prevista 45minutos		
Formadores:	Aluna mestrandia Sofia Senhorinho Rodrigues					
Objetivo Geral	Compreender o processo que ocorre no pulmão quando se fuma um cigarro					
Objetivos específicos	Observar o volume de fumo inspirado por um fumador; Verificar a função do filtro do cigarro; Identificar algumas das substâncias toxicas constituintes do cigarro e seus efeitos no organismo; Perceber qual a poupança de não fumar, tanto para a saúde como monetariamente.					
Etapas da Sessão	Conteúdos	Recursos Didáticos	Metodologias	Atividades	Avaliação	Tempo
Introdução	Acolher os alunos; Apresentar os objetivos da sessão de educação para a saúde, conteúdos a abordar e avaliação.		Expositivo Interrogativo	Diálogo com os alunos;	Diagnóstica Colocação de questões oralmente	10 min.
Desenvolvimento	Quais as substâncias tóxicas constituintes do cigarro. Quais os efeitos das mesmas no organismo; Conceito de dependência de uma substância; Observar o que acontece ao pulmão quando se fuma um cigarro, assim como volume de fumo inspirado e coloração final do	Cartaz com composição do cigarro; Garrafa de plástico 1.5L; 1 bolinha de algodão; cigarro; Seringa e tampa; cola quente; água; isqueiro; bomba de	Expositivo Demonstrativo Participativo	Explicação de como construir o pulmão fumador; Realização da experiência através da queima do cigarro. Simular o mecanismo ao fumar o cigarro; Visualizar o que ocorre no sistema respiratório durante a inalação do fumo do	Colocar questões oralmente , para avaliar a compreensão dos conteúdos	25 min.

	algodão e água residual; Quais os benefícios de não fumar tanto a nível monetário como para a saúde;	ar manual; tesoura. ⁴¹		cigarro e na expiração. Apresentação do cartaz das substâncias tóxicas constituintes do cigarro e abordar os seus efeitos bem como qual o responsável pela dependência.		
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Rever e reforçar as principais ideias a reter Avaliação da sessão.	Questionário de satisfação da sessão	Expositivo Interrogativo Participativo	Diálogo com os alunos e colocar questões oralmente	Avaliação da sessão Aplicação do instrumento de avaliação	10 min.

⁴¹ Diegues & Carvalho (2014). Escolas Sem Tabaco, Olhar a Promoção da Saúde (E – STOP’S) - Projeto de Prevenção do Consumo de Tabaco. ACES Arrábida

Plano da Sessão IV						
Tema	Projeto Prevenção do consumo do tabaco nos jovens: Jogo roleta sem fumo					
Destinatários	Alunos da uma turma de 7º ano					
Local	Agrupamento de escolas L – sala aula	Data 20/01/2023	Hora: 10h		Duração Prevista 45minutos	
Formadores:	Aluna mestrandia Sofia Senhorinho Rodrigues					
Objetivo Geral	Conhecer os efeitos imediatos e a longo prazo do tabaco na saúde					
Objetivos específicos	Compreender quais os efeitos do tabaco por sistemas do corpo humano; Compreender os riscos de fumar na gravidez; Compreender os efeitos do tabaco na atividade física; Conhecer os benefícios de um ambiente sem fumo do tabaco.					
Etapas da Sessão	Conteúdos	Recursos Didáticos	Metodologias	Atividades	Avaliação	Tempo
Introdução	Acolhimento dos alunos; Apresentar os objetivos da sessão de educação para a saúde, os conteúdos a abordar, as regras do jogo e avaliação.	Jogo da roleta	Expositivo	Diálogo com os alunos; Exposição e apresentação do jogo da roleta	Colocar questões com o intuito de saber se compreendiam as regras do jogo	10 min.
Desenvolvimento	Quais os efeitos/malefícios do consumo de tabaco para cada sistema do corpo humano a curto e longo prazo; Quais os benefícios de não fumar.	Roleta Cartões com perguntas ⁴²	Dinâmica de grupo Participativo Interrogativo	Colocar a questão correspondente à imagem que saiu no jogo da roleta. São dadas 3 opções de resposta. Caso o participante não saiba a resposta, poderá solicitar ajuda dos colegas. Promover o debate sobre as principais doenças associadas ao consumo de tabaco e explicar algumas das consequências para cada um dos sistemas. Assim como, debater quais os	Colocação de questões oralmente, para avaliar a compreensão dos conteúdos	25 min.

⁴² <https://tobaccobody.fi/pt-pt/organ/o-cerebro/teste>

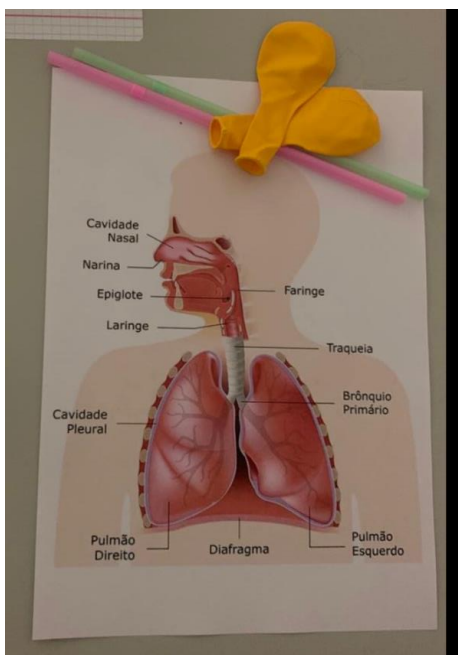
				benefícios de não fumar		
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Rever e reforçar as principais ideias a reter; Avaliação da sessão.	Questionário de satisfação da sessão	Expositivo Participativo	Diálogo com os alunos	Avaliação da sessão Aplicação do instrumento de avaliação	10 min.

	Plano da Sessão V					
Tema	Projeto Prevenção do consumo do tabaco nos jovens: Rolplay “O cigarro bizarro”					
Destinatários	Alunos da uma turma de 7º ano					
Local	Agrupamento de escolas L – sala aula	Data 23/01/2023	Hora: 8h		Duração Prevista 45minutos	
Formadores:	Aluna mestrandia Sofia Senhorinho Rodrigues					
Objetivo Geral	Contribuir para a autoeficácia no comportamento de recusar o cigarro					
Objetivos específicos	Compreender o conceito de comportamento assertivo; Desenvolver competências de recusa face à oferta de tabaco; Desenvolver competências para resistir à pressão dos pares					
Etapas da Sessão	Conteúdos	Recursos Didáticos	Metodologias	Atividades	Avaliação	Tempo
Introdução	Acolhimento dos alunos;		Expositivo	Diálogo com os alunos;	Colocar questões com o intuito de perceber se compreendiam a atividade que vão realizar	10 min.
	Apresentar os objetivos da sessão de educação para a saúde, os conteúdos a abordar, e avaliação.			Solicitar voluntários para participar no rolplay e definir qual o papel de cada elemento		
Desenvolvimento	O que significa assertividade.	Poema que será utilizado para o rolplay	Dinâmica de grupo Participativo Interrogativo	Depois de selecionados os elementos que vão participar, fornecer o poema e definir os papeis para que possam representar para os restantes colegas da turma. No final promover a discussão e debate, perceber como se sentiram em cada papel representado.	Colocação de questões oralmente, para avaliar a compreensão dos conteúdos	25 min.
	Estratégias de como dizer não; Perceber porque se dá início ao consumo: pressão partes; querer demonstrar autonomia; curiosidade e arriscar; Comportamentos assertivos e promotores da saúde.					
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Rever e reforçar as principais ideias a reter; Avaliação da sessão.	Questionário de satisfação da sessão	Expositivo Participativo	Diálogo com os alunos	Avaliação da sessão Aplicação do instrumento de avaliação	10 min.

	Plano da Sessão VI					
Tema	Projeto Prevenção do consumo do tabaco nos jovens: Cartaz passa a palavra					
Destinatários	Alunos da uma turma de 7º ano					
Local	Agrupamento de escolas L – sala aula	Data 23/01/2023	Hora: 9h		Duração Prevista 45minutos	
Formadores:	Aluna mestrandia Sofia Senhorinho Rodrigues					
Objetivo Geral	Reconhecer os conhecimentos adquiridos sobre o tema ao longo das sessões					
Objetivos específicos	Descrever conhecimentos sobre os malefícios do tabaco e benefícios de não fumar; Reconhecer comportamentos assertivos e tomada de decisão em saúde; Compreender a influencia positiva dos pares.					
Etapas da Sessão	Conteúdos	Recursos Didáticos	Metodologias	Atividades	Avaliação	Tempo
Introdução	Acolhimento dos alunos e quebra-gelo;	Cartões	Expositivo	Diálogo com os alunos;	Colocar questões com o intuito de perceber se compreenderam a atividade	10 min.
	Apresentar os objetivos da sessão de educação para a saúde e avaliação.			Solicitado que cada aluno escreva uma frase pela positiva ou pela negativa sobre o tabagismo nos jovens		
Desenvolvimento	Mobilizar conhecimentos adquiridos nas sessões anteriores	Cartolina; Imagens sobre o tema; Cartões com as frases dos alunos; Cola	Dinâmica de grupo Participativo Interrogativo	Afixar a cartolina na sala e em grupo elaborar um cartaz com as frases de cada um e escolher imagens sobre o tema para colocar no cartaz. Promover o debate sobre as frases que cada um escreveu e perceberem a influência/impacto que o cartaz poderá ter nos colegas da escola.	Colocação de questões oralmente, para avaliar a compreensão dos conteúdos	25 min.
	Influencia dos pares de forma positiva			Reconhecer os conhecimentos adquiridos através do conteúdo das frases		
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Rever e reforçar as principais ideias a reter; Síntese dos conteúdos abordados nas sessões; Avaliação da sessão.	Questionário de satisfação da sessão Oferta de autocolante com slogan do projeto	Expositivo Participativo	Diálogo com os alunos; Afixar cartaz na escola em local estratégico	Avaliação da sessão Aplicação do instrumento de avaliação	10 min.

APÊNDICE VII – Material utilizado nas sessões de educação para a saúde

sessão I – Imagem aparelho respiratório e elaboração de pulmão artificial



Sessão II – diapositivos para projeção de vídeo



1



2

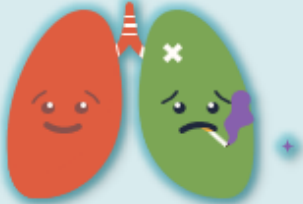


3

Sessão III – Experiência da garrafa e cartaz utilizado



Composição do cigarro



Alguns exemplos:

- Causa Dependência**
nicotina
Extraída da planta do tabaco
- Substâncias radioativas:**
Polónio 210 e Carbono 14
- Monóxido carbono**
Ocupa o lugar do oxigénio, intoxicando o organismo
- Alcatrão**
altamente cancerígeno
- Metais pesados: chumbo e cádmio**
Que se concentram no fígado, rins e pulmões

Fonte: <https://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/tabagismo/>



Sessão IV – Roleta sem fumo e cartões com as questões



Achas que a nicotina te ajuda a concentrar?

- A** - Sim, porque a nicotina aumenta o tamanho do cérebro.
- B** - Sim, porque a nicotina melhora a circulação sanguínea a nível do cérebro.
- C** - Não máximo, evita os sintomas de abstinência.



1

A nicotina causa dificuldade de concentração. De facto, os efeitos possíveis, dependendo da dose, na verdade, apenas a afetação dos sintomas de abstinência para quem já consumia habitualmente.

Quando não fumas, acabas a esquecer-te de te concentrar para aprender coisas novas. A nicotina é a principal substância da tabaco que causa dependência física. Quando se para de fumar, os sintomas de abstinência são muito desagradáveis.

Um cérebro jovem não funciona com facilidade, o que pode levar a uma abstinência que tenha um efeito. O uso frequente aumenta a tolerância e a nicotina começa a agir no cérebro com mais frequência, reduzindo a qualidade da vida e a dificuldade de concentração e os sintomas de abstinência.

Um fumador de longa data, tem um risco aumentado de Alzheimer, na circulação sanguínea cerebral e doenças que afetem a memória.

Deixar de fumar pode causar sintomas de abstinência como por exemplo, aumento do apetite ou insónia. Infelizmente, a maioria dos fumadores tem a capacidade de superar em 2-4 semanas.



2

O Acne é bastante comum nos jovens, qual a relação entre fumar e o acne?

- A** - Fumar pode aumentar o risco de acne.
- B** - Fumar pode piorar o acne e dificultar o tratamento.
- C** - Ambas as afirmações anteriores estão corretas.



3

O fumo afeta a pele de várias formas. Se não fumar a pele não sofre, a pele sofre devido à nicotina, a nicotina reduz a produção de colágeno e a pele fica mais fina e mais vulnerável a danos. Se não fumar a pele não sofre, a pele sofre devido à nicotina, a nicotina reduz a produção de colágeno e a pele fica mais fina e mais vulnerável a danos.

Quando se para de fumar, a pele sofre a pele fica mais fina e mais vulnerável a danos. Se não fumar a pele não sofre, a pele sofre devido à nicotina, a nicotina reduz a produção de colágeno e a pele fica mais fina e mais vulnerável a danos.

A pele sofre devido ao fumo devido ao aumento da produção de sebo e da inflamação da pele. Se não fumar a pele não sofre, a pele sofre devido à nicotina, a nicotina reduz a produção de colágeno e a pele fica mais fina e mais vulnerável a danos.

A longo prazo, a pele sofre devido à nicotina e a pele fica mais fina e mais vulnerável a danos. Se não fumar a pele não sofre, a pele sofre devido à nicotina, a nicotina reduz a produção de colágeno e a pele fica mais fina e mais vulnerável a danos.



4

Quais as consequências do tabaco a nível oral?

- A** - A mucosa oral torna-se fina e arrugada.
- B** - O alarido do dente machuca os dentes e causa mau hálito.
- C** - Ambas as afirmações estão corretas.



5

O tabaco provoca alterações, incluindo a alteração da cor da mucosa oral.

Também acontece a alteração da cor da mucosa oral, uma vez que a nicotina reduz a produção de colágeno e a pele fica mais fina e mais vulnerável a danos. Se não fumar a pele não sofre, a pele sofre devido à nicotina, a nicotina reduz a produção de colágeno e a pele fica mais fina e mais vulnerável a danos.

O alarido do dente machuca os dentes e causa mau hálito. Se não fumar a pele não sofre, a pele sofre devido à nicotina, a nicotina reduz a produção de colágeno e a pele fica mais fina e mais vulnerável a danos.

O risco de desenvolver doenças orais, na boca, dentes e gástricas.

O risco de cancro na boca aumenta.



6

O que acontece ao coração de um fumador?

- A** O coração fica sobrecarregado, porque tem de trabalhar mais.
- B** Fumar não afeta a atividade do coração.
- C** O coração relaxa, à medida que a nicotina aumenta a circulação sanguínea.



7

Não se trata de o coração se enfiar a trabalhar e a produção de oxigénio. A capacidade máxima do coração de produzir oxigénio já está limitada, mas a capacidade de trabalhar mais, mesmo quando a pessoa está saudável, não está.

Os vasos sanguíneos também sofrem, dificultando o transporte de oxigénio.

E a nicotina aumenta a taxa de batimentos.

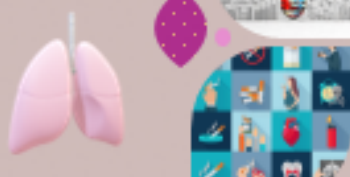
À medida que o coração trabalha mais, os vasos sanguíneos que levam o sangue ao coração começam a estreitar-se, o que causa mais bloqueio no fluxo sanguíneo, assim como, produção de oxigénio e aumento dos batimentos. Ou seja, aumenta a pressão arterial e o aumento da taxa de batimentos cardíacos aumenta a frequência cardíaca, que pode levar a uma angina de peito.



8

Para que serve a nicotina, para além da produção de cigarros?

- A** Pesticidas.
- B** Desengrenas.
- C** Medicamentos para as dores.
- D** Fertilizantes agrícolas.



9

A nicotina é uma substância tóxica que tem sido usada como inseticida, entre outros, culturas.

Fumar ou usar um produto que contenha nicotina, leva a um aumento da taxa de batimentos cardíacos e consequentemente a uma maior dificuldade de respirar. A nicotina é muito tóxica e também lesiona os pulmões. O pulmão deixa de funcionar e a taxa de batimentos cardíacos aumenta, o que causa uma doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e cancro do pulmão.

A nicotina também dificulta o transporte de oxigénio no corpo (angina de peito).



10

Fumar afeta o Sistema digestivo?

- A** Sim.
- B** Não.
- C** Às vezes.



11

O fumo do tabaco afeta a mucosa do esófago e a mucosa do estômago. Com o consumo, mais e mais, a taxa de batimentos cardíacos aumenta.

A taxa de batimentos cardíacos aumenta, por isso a circulação sanguínea no estômago e no intestino é afetada e os alimentos não são digeridos adequadamente.

Assim, a taxa de batimentos cardíacos aumenta, o que causa uma doença inflamatória intestinal que se torna muito comum.



12

13

14

15

16

Porquê é que os dedos das mãos ficam frios e amarelados?

- A-** Fumar reduz temporariamente a temperatura do corpo.
- B-** Fumar diminui a circulação sanguínea periférica.
- C-** O calor do cigarro faz parecer com que o ar em redor esteja mais frio.



19

A circulação sanguínea periférica refere-se à circulação sanguínea nos membros das mãos e dos pés. O fumo reduz temporariamente a temperatura do corpo, diminuindo a circulação sanguínea periférica.

O amarelo e a vermelhidão são os sinais de que o fumo está a reduzir a circulação sanguínea periférica.

Fumar reduz a circulação sanguínea periférica, tornando as mãos e os pés frios. O fumo também faz com que o corpo se sinta mais quente, mas isso é apenas uma ilusão.



20

Quais são os benefícios para os jovens de parar de fumar?

- A-** Mantém um adequado desenvolvimento pulmonar.
- B-** Mantém uma boa condição física, resistência e melhor desempenho desportivo.
- C-** No caso de serem fumadores, têm menos crises e contêm melhor a doença.
- D-** Todas as opções anteriores estão corretas.



21

Para os jovens, a prevenção da redução do fumo e do fumo é a chave para a prevenção da doença, porque a maioria dos jovens abandonam o tabaco antes da probabilidade de se tornarem fumadores adultos.

Os adolescentes que fumam apresentam uma maior probabilidade de serem fumadores adultos e de terem problemas de saúde.



22

Quais são os benefícios para a grávida de parar de fumar?

- A-** Diminui a probabilidade de ter um parto normal.
- B-** Aumenta o risco de mortalidade fetal e perinatal.
- C-** O bebé nasce mais saudável e deixa de estar exposto às substâncias tóxicas existentes no fumo do tabaco.



23

Grávida gestante, parar de fumar tem benefícios para si e para o bebé.

- reduz a probabilidade de um parto normal
- o bebé nasce mais saudável e deixa de estar exposto às substâncias tóxicas existentes no fumo do tabaco
- reduz o risco de o bebé nascer morto, com ou sem problemas de saúde
- reduz o risco de problemas de saúde e de um parto normal, prolongando o período de gestação
- reduz a probabilidade de ter um parto normal e de o bebé nascer saudável
- reduz o risco de mortalidade fetal e perinatal



24

Sessão V – Rollplay

O CIGARRO BIZARRO

Era um Cigarro diferente / pois não queria ser fumado / e por ser assim consciente / era,
entre os seus, criticado //

Os cigarros seus vizinhos / partilhando o mesmo espaço / achavam que era mesquinho / e
correram-no do maço! //

Mas o Cigarro só queria / ver feliz o pessoal / porque aquilo que ele ouvia / é que o cigarro
faz mal //

Falou então com o Sorriso / pois não queria acreditar / que fumar traz prejuízo / à saúde e
ao bem estar //

E logo o Sorriso aberto / que não vira coisa assim / disse ao Cigarro, estás certo, / vou
explicar-te, vai por mim! //

Ter fumo dentro de nós / desde o nariz ao pulmão / afeta o cheiro e a voz / e mesmo a
respiração.//

Mesmo o que fica no ar, / do tabaco já fumado / é mau para respirar / e o ambiente é
castigado! //

Cheirar flores, cheirar o ar / o nosso cão, um perfume, / ou o cheiro que vem do mar, / é
mais real se não fumo! //

Sentirmos a Natureza / como ela é, tal e qual, / podemos ter a certeza / que é um prazer
sem igual! //

Se quiseres crescer saudável / correr, saltar e sonhar, / ter uma vida agradável, / o melhor é
não fumar! //

Tornou-se então mensageiro / quer da Paz, quer do Bem Estar / sentiu este, um verdadeiro
/ motivo para lutar! //

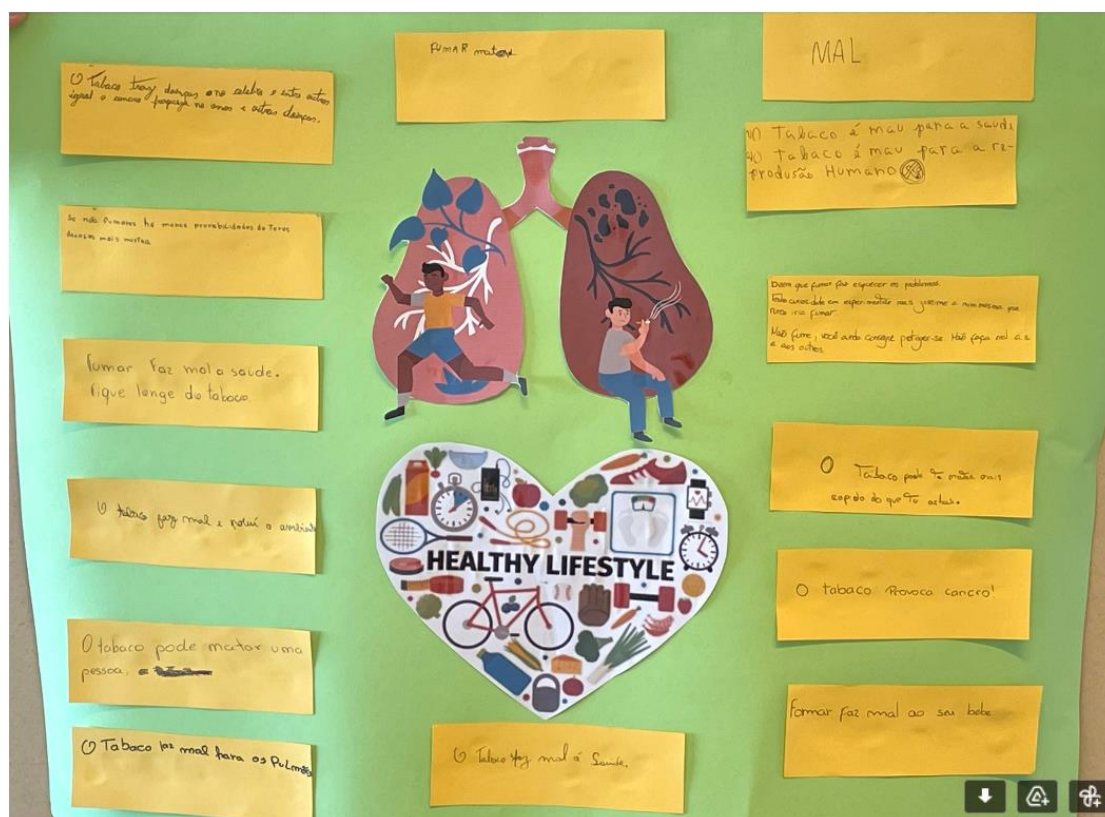
E o Cigarro corajoso / que nunca quis ser fumado / tornou-se forte e famoso / e foi muito
festejado! //

Assim, de então em diante / ficaram todos felizes; / a começar pelo ambiente / e acabando
nos narizes!!! //



M. Conceição Areias

Sessão VI – cartaz realizado pelos alunos e autocolante do projeto



APÊNDICE VIII – Resumo artigo original:

“HÁBITOS, COMPORTAMENTOS E CRENÇAS DOS JOVENS FACE AO CONSUMO DE TABACO EM CONTEXTO ESCOLAR”

RESUMO¶

Objetivos: Caraterizar os hábitos de consumo de tabaco, bem como saber a opinião face ao mesmo nos adolescentes do 7º ano de uma escola secundária integrada numa USP da região de Lisboa e Vale do Tejo.¶

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, transversal de natureza exploratória. Os dados foram analisados com *Statistical Package for the Social Sciences* versão 28 para Windows. A amostra foi constituída por 82 alunos a frequentar o 7º ano de escolaridade do ano letivo de 2022/2023. Foram avaliadas as seguintes variáveis: socioeconómicas; prevalência do consumo de tabaco; a intenção de experimentação; a intenção de cessação; a exposição ao fumo ambiental do tabaco; quais os conhecimentos sobre os malefícios; a capacidade de recusa; crenças e atitudes face ao tabaco.¶

Resultados: A média de idades dos participantes é de 12,8 anos, 56,1% do sexo masculino e 43,9% do sexo feminino. Dos inquiridos, 11% refere já ter experimentado fumar tabaco. A percentagem de fumadores cifra-se em 3,6%. Face à oferta de tabaco, 75,6% refere que recusaria. A nível de conhecimentos, a maioria refere que o tabaco é prejudicial para os Pulmões (89%), saúde em geral (74.4%) e para a capacidade de fazer desporto (53.7%).¶

Conclusão: Identifica-se a necessidade de incentivar a conceção de programas no âmbito da prevenção do tabagismo nos jovens, de forma a promover a saúde, prevenir a doença, contribuindo para a sensibilização, capacitação e aumento da literacia em saúde, sendo a escola um local privilegiados para este tipo de intervenção comunitária.¶

Descritores: Tabaco, adolescentes, prevenção do tabagismo, promoção da saúde; enfermagem.¶

APÊNDICE IX – Questionário de Satisfação das ações educativas e seus resultados

Questionário de avaliação de satisfação da sessão de educação para a saúde

A tua opinião sobre esta sessão de educação para a saúde é muito importante, pelo que agradeço que preenchas este questionário.

Escolhe a opção que consideras ser a tua opinião em relação a cada uma das seguintes questões.

As respostas são individuais, anónimas e confidenciais.

Obrigada pela tua colaboração!

***Obrigatório**

1. Estás satisfeito com o tema e conteúdos abordados na sessão? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito satisfeito
☐ Satisfeito
☐ Pouco satisfeito

2. De um modo geral, achas que a sessão foi útil e que contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito satisfeito
☐ Satisfeito
☐ Pouco Satisfeito

3. O formador utilizou linguagem acessível e foi capaz de motivar para os conteúdos e temas abordados na sessão? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito satisfeito
☐ Satisfeito
☐ Pouco satisfeito

4. A duração da sessão foi adequada? *

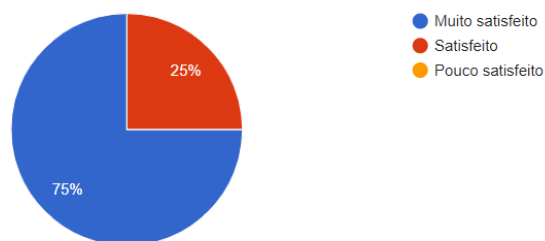
Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito satisfeito
☐ Satisfeito
☐ Pouco satisfeito

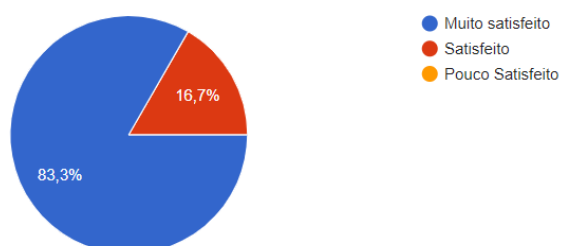
Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

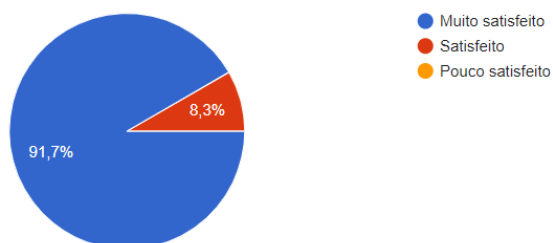
1.Estás satisfeito com o tema e conteúdos abordados na sessão?



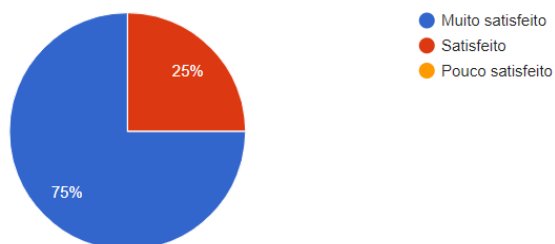
2.De um modo geral, achas que a sessão foi útil e que contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos?



3.O formador utilizou linguagem acessível e foi capaz de motivar para os conteúdos e temas abordados na sessão?



4.A duração da sessão foi adequada?



ANEXOS

ANEXO I – Questionário Aplicado



Universidade do Minho
Instituto de Educação



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.

QUESTIONÁRIO

Não escrever neste espaço.

Local de aplicação _____

I.D. _____

Ano: ____ Turma ____ Data ____/____/____

Muito Obrigado por participares!

Este questionário serve para estudar o consumo de tabaco em adolescentes escolarizados em Portugal.

Assinala com uma cruz o quadrado correspondente à resposta que está mais de acordo com a tua opinião ou escreve a tua resposta na linha que surge a seguir à pergunta. As questões em que podes escolher mais do que uma resposta estão assinaladas. Se te enganares risca completamente o quadrado “errado” e assinala o quadrado que escolheste com uma cruz.

Antes de responder, tem em atenção:

1. As tuas respostas **não** serão vistas pelos teus pais nem pelos teus professores.
2. Isto **não é um teste**. A resposta certa é a que corresponde à tua opinião.

É muito importante que respondas a todas as perguntas!

1. Qual é a tua data de nascimento? ____/____/____
(dia / mês / ano)

2. És... ☐ Rapaz ☐ Rapariga

3. Peso: ____ Kg Altura: ____ m

4. Em que freguesia moras?

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

a) Pai..... ☐¹

b) Padrasto ou companheiro da tua mãe..... ☐²

- c) Mãe..... ☐³
 d) Madrasta ou companheira do teu pai ☐⁴
 e) Irmão/s..... ☐⁵
 f) Irmã/s..... ☐⁶
 g) Avós..... ☐⁷
 h) Outras pessoas..... ☐⁸ Quem?

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	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶	☐ ⁷
Mãe	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶	☐ 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?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
No próximo ano?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Antes dos 18 anos?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Depois dos 18 anos?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ 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.....☐¹
- b) Menos de um cigarro por semana.....☐²
- c) Menos de 1 cigarro por dia.....☐³
- d) Entre 1 a 5 cigarros por dia.....☐⁴
- e) Entre 6 a 10 cigarros por dia.....☐⁵
- f) Entre 11 a 20 cigarros por dia.....☐⁶
- g) Mais de 20 cigarros por dia.....☐⁷

10. Já tentaste deixar de fumar?

- a) Sim ☐¹
- b) Não ☐²
- c) Não fumo ☐³

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

- a)1 a 2 vezes ☐¹
- b) 3 a 10 vezes ☐²
- c) mais de 10 vezes ☐³

11. Achas que vais deixar de fumar?

	De certeza que sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	De certeza que não
No próximo mês?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
No próximo ano?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Antes dos 18 anos?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Depois dos 18 anos?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴

12. As seguintes pessoas fumam? (Escolhe apenas uma)

	Fuma	Não fuma	Não sei	Não tenho
--	------	----------	---------	-----------

opção para cada pessoa)

Pai	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Mãe	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Irmão(s) /Irmã(s)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Namorado(a)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

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	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
A tua mãe (ou senhora responsável por ti)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
O teu pai (ou senhor responsável por ti)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Irmão(s)/Irmã(s)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Outra(s) pessoa(s) com quem vives: <i>(Indica quem)</i>	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Outra pessoa que vá à tua casa	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

14. Considera as pessoas que vivem na casa ondes 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)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Mãe (ou senhora responsável por ti)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Irmã(o)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Melhor amigo(a)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Namorado(a)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

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)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Mãe (ou senhora responsável por ti)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Irmã(s) / Irmão(s)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Amigo(s)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Professore(s)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Médico(s) / Enfermeiro(s)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

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

a) De certeza que recusava o cigarro..... ☐1

- b) Provavelmente recusava o cigarro..... ☐²
 c) Não sei..... ☐³
 d) Provavelmente aceitava o cigarro..... ☐⁴
 e) De certeza que aceitava o cigarro..... ☐⁵

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

	Nada prejudicial	Pouco prejudicial	Prejudicial	Muito prejudicial
Pulmões	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Coração	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Pele	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Dentes	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Sexualidade	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Capacidade de fazer desporto	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
A saúde no geral	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴

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

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

20. Como te sentes em relação à escola?

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

21. Gostavas de saber mais sobre o tabaco?

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

- a) Sim, porque quero saber mais ☐¹
 b) Sim, porque sei poucas coisas sobre o tema... ☐²
 c) Sim, 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	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
O tabaco ajuda a acalmar	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Quem fuma tem uma pele envelhecida	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Não é prejudicial para a saúde estar numa sala com fumadores	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
A maioria dos adultos fuma	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Os fumadores têm mais amigos	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Os médicos exageram quando falam dos malefícios do tabaco	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
As raparigas são mais sensíveis ao fumo do tabaco	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
O tabaco é uma droga muito viciante	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
A maioria dos jovens fuma	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Fumar só tem consequências negativas na saúde se se fumar durante muitos anos	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
É prejudicial para a saúde estar ao lado de alguém que está a fumar ao ar livre	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Fumar durante a gravidez prejudica o bebé	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Fumar é caro e prejudica a economia familiar	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Fumar é uma boa maneira dos jovens mostrarem que são independentes	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Fumar alivia a tristeza	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Fumar torna as pessoas mais bonitas/interessantes	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Fumar provoca doenças sem importância	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Fumar aumenta a probabilidade de ter cancro	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

23. Qual a frequência com que ouves ou vês referidos assuntos relacionados com tabaco?	Muitas Vezes	Várias vezes	Algumas vezes	Nunca
Televisão	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Rádio	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Internet	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Locais de convívio com amigos	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Escola	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴
Centro de Saúde / Hospital	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴

Esta foi a última pergunta.

Muito obrigado(a) pela tua colaboração! 😊

Este trabalho é financiado por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto FCOMP-01-0124-FEDER-029392.



ANEXO II – Parecer da Comissão Ética para a Saúde



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Sofia Senhorinho

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

5182/CES/2022

Assunto: Prevenção do consumo de tabaco nos jovens do 3º Ciclo do Ensino Básico.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou, o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável condicionado 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, desde que resolvido o que está mencionado no parecer.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo
[Assinatura]
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estad

geral@

ANEXO III – Resposta da Direção Geral da Educação: monitorização de inquéritos em meio escolar



sofia senhorinho <sasenhorinho@gmail.com>

Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0841100001

1 mensagem

mime.noreply@min-educ.pt <[REDACTED]>

23 de agosto de 2022 às 14:58

Para: [REDACTED]

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

O pedido de autorização do inquérito n.º 0841100001, com a designação *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”*, cedido pelo Sr. Prof. Dr. José Precioso, registado em 22-07-2022, foi rejeitado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Sofia dos anjos Melo Senhorinho Rodrigues
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar não pode ser aprovado uma vez que, submetido a análise, não cumpre os requisitos conforme se explicita nas observações.
Com os melhores cumprimentos
[REDACTED]
Diretor Geral
DGE

Observações:

a) Na sequência da rejeição anterior de 22-7-2022 e das observações aduzidas, reitera-se que, como se refere: (...) Construção e avaliação longitudinal de um programa de prevenção baseado nas diferenças de género; O presente projeto de intervenção comunitária encontra-se assente na Metodologia do Planeamento em Saúde constituído pelas várias etapas; pretende-se desenvolver as intervenções associadas, sensibilizar os alunos do 7º ano de escolaridade dos agrupamentos de escolas integrados na USP setúbal, para os malefícios/consequências do consumo do tabaco para a saúde, até janeiro 2023; Aumentar os conhecimentos dos alunos do 7º ano de escolaridade dos agrupamentos de escolas integrados na USP [REDACTED] face aos riscos associados ao consumo do tabaco, até janeiro 2023. Capacitar os alunos do 7º ano de escolaridade dos agrupamentos de escolas integrados na USP [REDACTED] para a capacidade de recusa perante a oferta de tabaco, até janeiro 2023. (...) De acordo com o Despacho n.º 15847/2007, de 23 de julho e atual legislação consolidada em matéria de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário, informa-se que a Direção-Geral da Educação não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/ programas de intervenção / formação /sensibilização/capacitação/workshops, ateliers, em meio escolar, dadas a autonomia e competências da Escola não Agrupada/Agrupamentos de Escolas nos domínios da organização pedagógica, da organização e planificação curricular, da gestão e planificação estratégica, entre outras. Os órgãos de gestão pedagógica e educativa, (a Direção, o Conselho Pedagógico) melhor decidirão sobre estes casos de figura e subsequentes ações, também de inquirição/avaliação.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço [REDACTED] Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Pode também reformular este pedido de autorização de inquérito, seguindo eventuais indicações dadas na Avaliação e nas Observações.

Para tal aceda aos detalhes deste pedido e escolha a opção *Editar*. Deste modo será efetuada uma nova avaliação, cuja decisão será comunicada via e-mail.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=09fa6166fe&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1741964390505272561&siml=msg-f%3A1741964...> 1/1

ANEXO IV – Declaração de presença no XXVI Encontro Nacional promovido pela APPSP



APPSP
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA
PROMOÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, se declara que:

Sofia dos Anjos Melo Senhorinho Rodrigues

esteve presente no **XXVI ENCONTRO NACIONAL**, dedicado ao tema
“**Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as Crises Atuais**”,
promovido pela Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde
Pública e realizado nos dias **14 (modelo híbrido) e no dia 15**
(presencial) de novembro 2022, na Fundação Calouste Gulbenkian,
em Lisboa, num total de 12 horas.

Lisboa, 2022-11-15

A Presidente da Direção

