



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

Instituto Politécnico de Santarém
2015

Prevenção do Tabagismo nos Alunos do 9º ano das
escolas dos concelhos de Loures e Odivelas

Filipa Caetano

**Prevenção do Tabagismo
nos Alunos do 9º ano das
escolas dos concelhos de
Loures e Odivelas**

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre na
área de Enfermagem Comunitária

Filipa Alexandra Costa Caetano

Orientadoras

Professora Doutora Irene Santos

Mestre Maria do Carmo Figueiredo

2015, Março

Pensamento

“ Sem sonhos, a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais ...”

Augusto Cury

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que me ajudaram a concretizar este sonho e objetivo pessoal.

Em especial ao João pelo grande apoio, ao meu pai pelo seu testemunho valioso, à Enfermeira Josefina Chemela e às Professoras Maria Irene Santos e Maria do Carmo Figueiredo pela orientação e disponibilidade.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – American Cancer Society

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

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

E.B. – Escola Básica

H – Hora

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

LST– Life Skills Training

Km. – Quilómetro

n.º– Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization.

RESUMO

“Vida Sem Tabaco é Mais Vida”

O tabagismo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX e estima-se que mate quase 6 milhões de pessoas a cada ano (OMS,2014). Este é um grave problema de saúde pública que necessita de intervenção de enfermagem.

Com apoio na teoria das Transições de Meleis, e com recurso à metodologia de planeamento em saúde foi elaborado o presente projeto - “Vida Sem Tabaco é Mais Vida” - que visou a prevenção do tabagismo ao nível dos alunos do 9º ano das escolas dos concelhos de Loures e Odivelas.

O empoderamento dos jovens com habilidades de treino na tomada de decisão e recusa, juntamente com as abordagens multidimensionais dirigidas à família e à comunidade, parecem ser as intervenções mais eficazes na redução da prevalência do tabagismo; identificadas por meio da revisão sistemática da literatura através da metodologia PI[C]O.

Palavras-chave: enfermagem; adolescentes; educação para a saúde; prevenção; tabagismo.

ABSTRACT

"Life Without Tobacco is More Life"

According to the World Health Organization (WHO), tobacco killed 100 million people in the XX century and kills nearly 6 million people each year (WHO, 2014).

It is a serious problem of public health that needs nursing intervention using innovative and individualized programs for each person and population.

This project - " Life Without Tobacco is More Life " - focused on the tobacco prevention at the 9th graders of schools from Loures and Odivelas. It was done according to the Meleis theory and using the health planning methodology.

The empowerment of young people with social skills decision-making and multidimensional approaches directed to the family and community seem to be the most effective interventions to reduce the prevalence of smoking; identified through the systematic literature review based on PI[C]O methodology.

Keywords: nursing; adolescent; health education; prevention; smoking.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	13
1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONCELHOS DE LOURES E ODIVELAS	13
1.2 UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO ACES DE LOURES E ODIVELAS	14
2 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS	16
3 PROJETO “VIDA SEM TABACO É MAIS VIDA”	19
4 PLANEAMENTO EM SAÚDE	21
4.1 POPULAÇÃO EM ESTUDO	21
4.2 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	22
4.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	22
4.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	26
4.5 PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO	27
4.6 IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO	28
4.7 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	30
5 A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	34
5.1 ARTIGOS CIENTÍFICOS ENCONTRADOS PARA DAR RESPOSTA À PERGUNTA PI[C]O	36
5.2 ANÁLISE REFLEXIVA	40
6 CONCLUSÃO	45
ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO	51
ANEXO II – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	70
ANEXO III – PROJETO DA USP DO ACES DE LOURES E ODIVELAS	72
ANEXO IV – GUIA ORIENTADOR PARA A ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA AOS INFORMANTES CHAVE	81
ANEXO V – PLANO DE SESSÃO	83
ANEXO VI – SLIDES DA APRESENTAÇÃO	85
ANEXO VII – DINÂMICA DE GRUPO	91
ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ALUNOS	93

ANEXO IX – FOLHETO	96
ANEXO X – CARTAZ	99
ANEXO XI – PROGRAMA DO SEMINÁRIO “VIDA SEM TABACO É MAIS VIDA”	101
ANEXO XII – APRESENTAÇÃO REALIZADA PELA FORMANDA NO SEMINÁRIO “VIDA SEM TABACO É MAIS VIDA”	103
ANEXO XIII – APRESENTAÇÃO REALIZADA POR PEDRO CAETANO NO SEMINÁRIO.....	109
“VIDA SEM TABACO É MAIS VIDA”	109
ANEXO XIV – ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO NO JORNAL “NOTÍCIAS DE LOURES”	112
ANEXO XV – ARTIGOS RESULTANTES DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	114

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Reorganização das Freguesias de Loures e Odivelas	14
Quadro 2 – Elaboração de diagnóstico de enfermagem em linguagem CIPE® versão 2.....	27
Quadro 3 – Objetivos, indicadores e metas	28
Quadro 4 – Frases elaboradas pelos alunos	31
Quadro 5 – Objetivo, Indicadores e Metas Alcançadas.....	33
Quadro 6 – Critérios utilizados para a formulação da pergunta em formato PI[C]O	34
Quadro 7 – Limitadores da pesquisa	35
Quadro 8 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos.....	35
Quadro 9 – Resultados obtidos após realizar as conjugações possíveis entre os descritores	36
Quadro 10 – Principais ideias dos 5 artigos científicos encontrados.....	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos alunos por idades.....	23
Gráfico 2 – Percentagem de alunos que já experimentaram fumar	24
Gráfico 3 – Idade do primeiro contacto com o tabaco	24
Gráfico 4 – Nº de dias em que os alunos fumadores consumiram tabaco nos últimos 30 dias	25
Gráfico 5 – Percentagem de alunos com familiares fumadores	25
Gráfico 6 – Consumo de tabaco por parte dos familiares dos alunos nos domicílios	26
Gráfico 7 – Grau de satisfação dos alunos em relação à sessão apresentada	30
Gráfico 8 – Temas sugeridos para a realização de sessões de educação para a saúde	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria das transições de Meleis	17
--	----

INTRODUÇÃO

Com a conclusão do Estágio II do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, surge o presente relatório que visa documentar todo o trabalho desenvolvido ao longo deste período pela mestranda, sendo os objetivos estabelecidos para o estágio:

- Demonstrar capacidades de análise das situações de saúde/doença com impacto comunitário;
- Diagnosticar necessidades/problemas em cuidados especializados em enfermagem comunitária;
- Planear um projeto de intervenção em cuidados especializados em enfermagem comunitária no âmbito da saúde escolar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

E os estabelecidos para o relatório:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar as competências desenvolvidas em ação, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

O presente estágio foi desenvolvido na USP do ACES de Loures e Odivelas desde o dia 10/03/2014 a 25/07/2014. O projeto de estágio (anexo I), que foi validado com a enfermeira cooperante e a professora orientadora, constituiu-se como o guia orientador das atividades a desenvolver para atingir os objetivos estipulados, respeitando as metas temporais estabelecidas.

Fumar contribui para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial e é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, (WHO, 2008). Este consumo tem impacto na mortalidade a nível mundial, e na morbilidade das populações contribuindo para a incapacidade e a diminuição de anos de vida saudável.

Segundo os dados revelados pela Direção de Serviços de Informação e Análise: Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2014, em 2012, mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos era consumidora de tabaco. A grande maioria dos fumadores portugueses iniciou o consumo entre os 12 e os 20 anos de idade, em grande parte devido à influência dos amigos ou por curiosidade e vontade de experimentar. Dados recentes parecem revelar um aumento do consumo de tabaco entre os jovens escolarizados. Cerca de 86% dos fumadores portugueses dos 15 aos 64 anos declararam ter baixa motivação para parar de fumar

(Balsa et al, 2014). A cessação tabágica é frequentemente um processo difícil e sujeito a recaídas. Em 2010, segundo dados do Inquérito Nacional sobre Asma (INAsma), foi encontrada uma prevalência de exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa de 26,6%; as crianças e os adultos jovens foram os mais expostos (39,0%) (Pereira et al, 2013). Estes factos confirmam ser essencial continuar a investir na prevenção e controle deste importante e grave problema de saúde pública.

Assim, ao longo do período de estágio foi elaborado e operacionalizado o projeto “*Vida Sem Tabaco é Mais Vida*”, que visou a prevenção do tabagismo dos alunos do 9º ano das escolas dos concelhos de Loures e Odivelas.

A teoria das transições de Meleis serviu de referencial teórico para o desenvolvimento deste trabalho, uma vez que os adolescentes se encontram numa situação de transição, nomeadamente de transição desenvolvimental. Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos (Meleis et al, 2000). Assim, a compreensão do processo de transição pode ajudar a evitar os riscos inerentes ao consumo de substâncias nocivas à saúde como: risco de abuso e uso de tabaco por parte dos adolescentes. Segundo a CIPE® versão 2, a definição de abuso de tabaco refere-se ao uso inadequado do mesmo.

O uso e abuso de substâncias psicoativas, como o tabaco, pelos adolescentes e jovens têm vindo a aumentar, expondo-os a elevados riscos e comprometendo o processo de desenvolvimento nesta etapa da vida. Assim, o diagnóstico de enfermagem a este nível revela-se de grande importância, tendo como objetivo uma intervenção para a prevenção, redução e paragem do consumo de tabaco (DGS,2014).

A elaboração deste relatório, pretende portanto sistematizar e refletir criticamente as atividades desenvolvidas durante o estágio, assim como as aprendizagens ocorridas tendo em vista a especialização na área do conhecimento de enfermagem comunitária. Será apresentada inicialmente a caracterização do contexto de estágio, o modelo teórico de referência (Teoria das Transições de Meleis), e posteriormente descrita a operacionalização do planeamento em saúde realizada e por último, será realizada a discussão de cinco artigos científicos, selecionados com recurso à revisão sistemática da literatura, enquanto suporte à prática baseada na evidência.

1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

A USP de Loures e Odivelas integra o ACES de Loures e Odivelas. Este ACES surgiu em Novembro de 2012, no âmbito da reorganização dos Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) e resultou da fusão dos antigos ACES da Grande Lisboa V - Odivelas e ACES da Grande Lisboa VI-Loures. Assim, este ACES serve as populações dos concelhos de Loures e Odivelas. Estes são concelhos com características peculiares pela sua grande proximidade com a capital de Portugal, Lisboa, que embora sejam maioritariamente urbanos, ainda possuem algumas características de ruralidade e também assimetrias populacionais. Como referem Imperatori e Giraldes (1993), a identificação dos principais problemas e necessidades de saúde de uma dada comunidade orientam para o conhecimento da sua situação de saúde - diagnóstico de saúde. Assim surge a necessidade de conhecer e caracterizar os concelhos indicados.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONCELHOS DE LOURES E ODIVELAS

O concelho de Loures com 160,31 Km² de área e 205 054 habitantes (2011). Tem na sua constituição duas cidades, Loures e Sacavém e sete vilas. Foi criado em 1886 e nos anos 80 era constituído por 25 freguesias, passando a 18 aquando da criação do concelho de Odivelas. Atualmente tem 10 freguesias, após a entrada em vigor da reforma administrativa de 2013. Loures, sede de concelho, agrupa então as freguesias de: Bucelas, Fanhões, Loures, Lousa, União das Freguesias de Camarate, Unhos e Apelação, União das Freguesias de Moscavide e Portela, União das Freguesias de Sacavém e Prior Velho, União das Freguesias de Santa Iria da Azoia, Bobadela e São João da Talha, União das Freguesias de Santo Antão e São Julião do Tojal e finalmente a União de Freguesias de Santo António dos Cavaleiros e Frielas. Nele podemos encontrar uma área rural a norte, uma área urbana a sul e ainda uma industrializada a oriente.

O concelho de Odivelas surgiu em 1998, em consequência da união das sete freguesias da então zona sudoeste do concelho de Loures. Este município tem apenas 25,13 Km² de área e 144 549 habitantes (2011). Atualmente as freguesias que fazem parte deste município são a União de Freguesias de Ramada e Caneças, Odivelas, a União de Freguesias da Pontinha e Famões e a União de Freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto. Este concelho possui uma ligação a Lisboa através da linha de metropolitano, possuindo as estações de Senhor Roubado e Odivelas deste 27 de Março de 2004.

Quadro 1 – Reorganização das Freguesias de Loures e Odivelas

Concelho	Designação de Freguesia (de acordo com Coluna D, do Anexo I, Lei 11-A/2013 de 28 de Janeiro)	Freguesia com Designação Simplificada	População Residente	ACES (%)
LOURES	Bucelas	Bucelas	4663	1,3%
	União das freguesias de Camarate, Unhos e Apelação	Camarate, Unhos e Apelação	34943	10,0%
	Fanhões	Fanhões	2801	0,8%
	Loures	Loures	27362	7,8%
	Lousa	Lousa	3169	0,9%
	União das freguesias de Moscavide e Portela	Moscavide e Portela	26075	7,5%
	União das freguesias de Sacavém e Prior Velho	Sacavém e Prior Velho	25605	7,3%
	União das freguesias de Santa Iria de Azoia, São João da Talha e Bobadela	Santa Iria da Azóia, São João da Talha e Bobadela	44331	12,7%
	União das freguesias de Santo Antão e São Julião do Tojal	Santo Antão e São Julião do Tojal	8053	2,3%
	União das freguesias de Santo António dos Cavaleiros e Frielas	Santo António dos Cavaleiros e Frielas	28052	8,0%
ODIVELAS	Odivelas	Odivelas	59559	17,0%
	União das freguesias de Pontinha e Famões	Pontinha e Famões	34136	9,8%
	União das freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival de Basto	Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto	18873	5,4%
	União das freguesias de Ramada e Caneças	Ramada e Caneças	31981	9,1%
			349603	100,0%

Fonte: Plano de Atividades USP 2013-2016

1.2 UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO ACES DE LOURES E ODIVELAS

A USP do ACES Loures – Odivelas tem a sua localização em Santo António dos Cavaleiros. Tem por missão promover a utilização de todos os recursos ao seu alcance, incluindo os Serviços de Saúde do ACES Loures – Odivelas e os da comunidade, com o fim de atingir um elevado nível da saúde para a população, usando como meios para defender, proteger e promover a saúde, a investigação e vigilância epidemiológica, o planeamento em saúde, a avaliação do impacto das intervenções no nível de saúde da comunidade, a autoridade de saúde e outros

instrumentos técnico-científicos da área da saúde pública, posicionando-se como elemento catalisador de parcerias e estratégias intersectoriais.

Esta USP é constituída por uma equipa técnica multidisciplinar composta por 6 médicos de saúde pública, 5 enfermeiras com formação em saúde pública ou em saúde comunitária, 10 técnicos de saúde ambiental, 5 assistentes técnicos e 1 assistente operacional, podendo também integrar temporariamente, outros profissionais que sejam considerados necessários na área da saúde pública, nomeadamente, médicos dentista, técnicos do serviço social, psicólogos clínicos, estatistas, juristas, enfermeiros especialistas em saúde mental, higienistas orais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, informáticos e motoristas.

Os objetivos a atingir pela USP no período de tempo de 2013-2016 são:

- Proceder à vigilância epidemiológica;
- Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- Desenvolver as diversas atividades de planeamento em saúde, incluindo a identificação das necessidades de saúde da população, propor e/ou implementar as necessárias intervenções e proceder à avaliação do impacto em saúde das mesmas;
- Colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde;
- Integrar as competências inerentes ao exercício das funções de autoridade de saúde exercidas pelo delegado de saúde e delegados de saúde adjuntos do ACES Loures – Odivelas,
- Desenvolver a formação dos diversos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua, bem como a investigação.

Estão previstos ainda no Plano de Atividades da USP do ACES de Loures Odivelas 2013-2016, a realização de vários projetos, um dos quais é o “Programa Nacional de Saúde Escolar no ACES de Loures-Odivelas 2013-2014 (anexo II), que serviu de base para a realização deste trabalho. Neste projeto foi identificada a necessidade da implementação de um projeto estruturado de prevenção e controlo do tabagismo de âmbito populacional, em estabelecimentos de educação e ensino que lecionem o 9º ano (o planeamento da intervenção tendo como grupo alvo os alunos do 9º ano, por parte da equipa da USP do ACES de Loures e Odivelas, teve em consideração o facto deste grupo de alunos terminar, neste ano letivo, o ensino básico).

2 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

Meleis desenvolveu uma teoria que descreve os processos de transição que orientam as intervenções de enfermagem. Transição é a passagem de um estado, de condição ou lugar para outro. Pode ser também a mudança de situação de saúde, no ambiente em que se relaciona, nas expectativas ou habilidades da pessoa. Todas as pessoas podem vivenciar mais do que uma transição simultaneamente e assim os enfermeiros devem ter em consideração o tipo, os padrões e as propriedades das mesmas assim como as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta presentes nos diferentes processos de transição. Existem quatro tipos de transições fundamentais, vividas por cada pessoa ou pelas famílias:

- desenvolvimental (associadas a mudanças no ciclo vital);
- saúde/doença;
- situacional (relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis);
- organizacional (Meleis et al, 2000).

A adolescência é considerada uma fase de transição entre a infância e a vida adulta que ocorre entre os 10 e os 19 anos segundo a OMS. Nesta etapa de vida ocorre uma transição do tipo desenvolvimental (Meleis, 1997). O corpo da pessoa transforma-se, o pensamento modifica-se na forma de abordar a realidade, ocorre o desejo de emancipação parental e a procura novas relações sociais. As mudanças acontecem também ao nível da representação que o indivíduo tem de si, isto é, caracteriza-se por uma fase de transição, marcada essencialmente por mudanças físicas, psicossocio-culturais e cognitivas (Cordeiro, 2006).

Cada transição caracteriza-se por ser única, pelas suas complexidades e múltiplas dimensões. A teoria das transições de Meleis facilita uma visão mais aprofundada sobre as transições, proporcionando diretrizes de intervenção para a prática de enfermagem. Assim o enfermeiro deve ter conhecimento não só de um tipo específico de transição, mas sim dos padrões de todas as transições significativas na vida individual ou familiar. Os padrões de transição dão-nos conhecimento sobre cada situação e incluem transições únicas e múltiplas. As transições múltiplas podem ocorrer ao mesmo tempo ou de uma forma sequencial. As transições podem dividir-se então em simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas e não relacionadas.

As transições são complexas e possuem várias dimensões, expondo propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos. É muito importante que a pessoa em transição esteja atenta às mudanças que estão a passar-se de forma a compreendê-las e participar nelas, e o enfermeiro têm um papel crucial ao poder favorecer que tal aconteça.

A consciencialização das transições relaciona-se com a percepção, o conhecimento e a consciência da experiência vivenciada (Meleis et al, 2000). Esta é uma característica intrínseca da transição, e a ausência desta poderá indicar que um indivíduo não iniciou a experiência de transição. O nível de percepção da transição vai influenciar o nível de envolvimento, pois a pessoa só pode integrar este processo depois de ter noção da mudança. O envolvimento de uma pessoa numa transição, depende do reconhecimento das mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, que podem acontecer. As pessoas envolvem-se na mudança quando, por exemplo, vão em busca de informação e recorrem a modelos. A preparação e o conhecimento antecipado sobre o que se pode esperar e os recursos a mobilizar na gestão da situação, são positivos para a transição. A preparação para a transição leva a que ela aconteça de forma saudável. As condições que facilitam ou dificultam as transições e que podem influenciá-las são também: pessoais (significados, crenças e atitudes, status socioeconómico, preparação e conhecimento), da comunidade e da sociedade (Meleis et al, 2000).

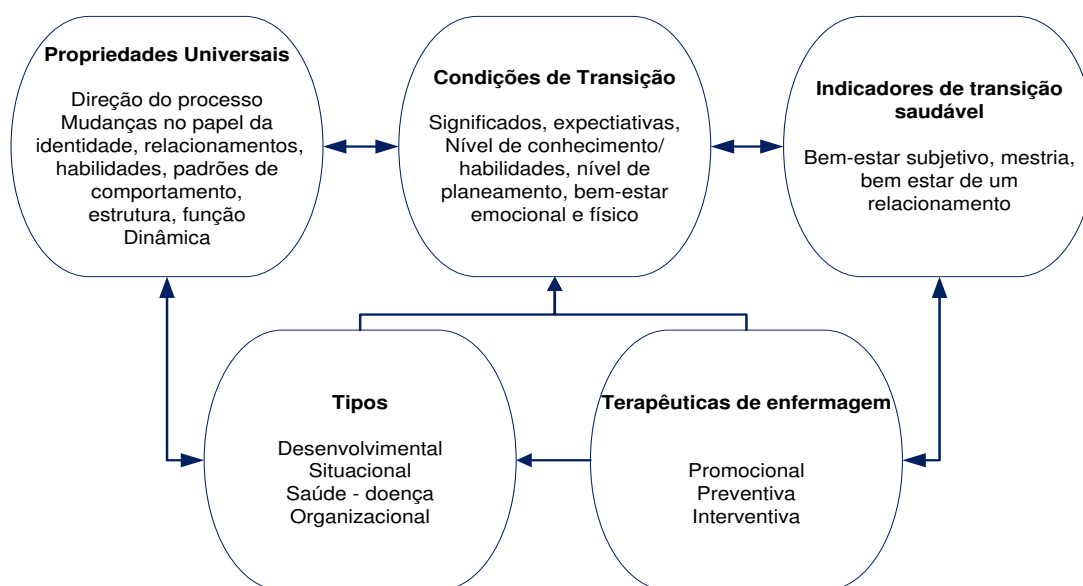


Figura 1 – Teoria das transições de Meleis

Fonte: Meleis – Theoretical Nursing: Development & Progress (1997).

As transições são caracterizadas também pelo espaço de tempo, ou seja, pelo fluxo ao longo do tempo em que decorrem; e estão relacionadas com episódios de mudança. O conhecimento da mudança inclui a natureza, temporalidade, importância ou gravidade atribuída e as expectativas pessoais, familiares e sociais associadas. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos, rutura nas relações, rotinas, ideias, percepções e identidades; e os recursos da comunidade (suporte familiar, informação, modelos) e as condições da sociedade podem também dificultar ou facilitar a vivência da transição (Meleis et al, 2000).

Os padrões de resposta das pessoas às transições podem ser de dois tipos: indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores processo incluem: sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado e desenvolver confiança e coping. O sentimento de ligação,

nomeadamente aos profissionais de saúde, aos quais se podem fazer questões e esclarecer dúvidas são um indicador importante de uma experiência positiva.

A interação entre os diversos elementos envolvidos no processo de transição facilita um contexto harmonioso, efetivo de auxílio e colaboração, tornando-se tal interação um indicador para uma transição saudável. O localizar-se e estar situado no tempo, espaço e relações é fundamental na maioria das transições. A comparação é muito importante pois é através da qual que se critica o porquê da situação. O desenvolvimento de confiança e coping permite o aumento da confiança nas pessoas, manifestando-se pela sua compreensão dos diferentes processos em que se envolveu. O recurso a mecanismos de coping eficazes permite uma melhor adaptação ao novo contexto de saúde (Meleis et al, 2000).

3 PROJETO “VIDA SEM TABACO É MAIS VIDA”

O tabagismo após o desenvolvimento industrial do século XX, e a massificação da produção de cigarros, tornou-se um grave problema de saúde pública e atualmente é uma das principais causas de morte evitáveis em todo o mundo. O tabagismo e a inoculação de fumo ambiental é transversal a toda a população portuguesa, incluindo o grupo dos jovens e adolescentes, e hoje são unanimemente reconhecidos os malefícios do tabaco para a saúde das pessoas.

O seu consumo está relacionado com o aparecimento de doenças respiratórias, cardiovasculares, oncológicas, entre outras. Fumar é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos contribuindo para as 6 das 8 primeiras causas de morte a nível mundial (WHO, 2008).

É importante e urgente intervir cada vez mais no sentido da prevenção do consumo do tabaco. Pela complexidade relacionada com este consumo, a sua prevenção ao nível de toda a população e especialmente, em grupos etários de adolescentes e jovens, deverá ter em conta diferentes determinantes quer sejam, sociais, culturais, comportamentais, genéticos e mesmo económicos. Uma abordagem holística do problema é desejável, integrada por diversas medidas e iniciativas, centradas em especial na prevenção à iniciação do consumo, e na promoção da cessação tabágica, na promoção da exposição ao fumo e na própria criação de um ambiente económico, cultural e social propício à escolha dos cidadãos pela adoção de estilos de vida saudáveis (WHO, 2008).

A intervenção dirigida aos adolescentes e jovens constitui desde há muito tempo uma preocupação séria de saúde pública a nível mundial, da União Europeia e em Portugal. O Programa Nacional Para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) elegeu três eixos onde as estratégias de promoção da saúde e a prevenção e controlo do consumo de tabaco devem ter o seu pilar: prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens; promover e apoiar a cessação tabágica e proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco.

A implementação de estratégias que visam a prevenção tabágica ao nível das camadas mais jovens da população requer a colaboração da escola e das unidades de saúde locais, onde as USP se incluem. Para o desenvolvimento deste projeto, foram também consultadas as orientações da Direção Geral de Saúde para a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar, no ano letivo 2013/2014. Assim, foi proposto nestas orientações para o ano letivo 2013/2014, que a intervenção de saúde escolar levasse à execução de atividades na área da promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente privilegiando os projetos de promoção de saúde em meio escolar que contribuíssem para a promoção da saúde mental e a melhoria dos

determinantes de saúde, como a prevenção do início do consumo do tabaco e álcool, a educação sexual em meio escolar, entre outras.

A promoção da saúde em meio escolar é atualmente e cada vez mais, uma preocupação dos enfermeiros comunitários. Um dos contributos dos enfermeiros especialista em enfermagem comunitária que favorecem a elevação dos níveis de saúde e da qualidade de vida das comunidades, é a educação para a saúde e a capacitação das pessoas no sentido de protegerem e promoverem a sua própria saúde. Onega, L. e Devers, E. (2011) dizem-nos que a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde exigem que os clientes de enfermagem comunitária recebam informação compreensível relacionada com a saúde, sendo por isso a educação para a saúde essencial em enfermagem. Segundo a Carta de Ottawa, a promoção da saúde combina estratégias ao nível do indivíduo e da comunidade, incluindo a construção de políticas de saúde pública saudáveis, permitindo a construção de ambientes de suporte, enriquecendo a ação da comunidade, desenvolvendo as capacidades pessoais e reorientando os serviços de saúde (Brach, 1990, citado por Stanhope e Lancaster, 2011).

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária pretendem levar a população a atingir níveis ótimos de saúde, prevenir problemas de saúde e minimizar a incapacidade (prevenção primária, secundária e terciária, respetivamente). Através da operacionalização das suas competências específicas, que lhes permitem avaliar a multicausalidade envolvida nos principais problemas de saúde pública existentes nas comunidades - como é o caso do tabagismo – são capazes de desenvolver programas e projetos de intervenção comunitária que possam conduzir à capacitação das comunidades para a promoção da saúde. Assim, foi elaborado o presente projeto de intervenção “*Vida Sem Tabaco é Mais Vida*”.

É função do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, promover o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia nas intervenções (OE, 2010), tendo sido portanto envolvidas neste projeto as instituições escolares dos alunos alvo de intervenção. A intervenção relativamente à prevenção do tabagismo recaiu ao nível os alunos do 9º ano das escolas dos concelhos de Loures e Odivelas, uma vez que este era um problema de saúde já identificado pela USP do ACES de Loures e Odivelas. Este problema de saúde foi ainda reforçado através das entrevistas realizadas aos informantes-chave. Neste caso constituíram-se informantes chave os professores responsáveis pelas direção das diferentes escolas e os professores responsáveis pela saúde escolar das mesmas.

4 PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde consiste na racionalização e utilização de recursos existentes com vista a atingir os objetivos propostos, no sentido da redução ou resolução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos. Este processo integra diversas etapas sendo a primeira o diagnóstico de saúde, consistindo este num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes de saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades permitindo obter um conhecimento dos mesmos (Imperatori e Giraldes, 1993).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) 2010 é papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

O planeamento efetuado teve por base teórica a Teoria das Transições de Meleis pois esta oferece ao profissional de Enfermagem uma melhor compreensão dos processos de transição que ocorrem na adolescência. Os adolescentes vivenciam, por exemplo, transições ao nível desenvolvimental e situacional. As transições desenvolvimentais estão relacionadas com processos de maturação desde o nascimento até à morte e as transições situacionais consistem em acontecimentos, esperados ou não, que provocam alterações e que levam a pessoa a encarar e a adaptar-se à nova situação que desencadeou a mudança. Uma das transições mais significativa é a desenvolvimental pois pode estar associada a problemas de saúde (psíquicos ou físicos), como no caso da transição da infância para a adolescência (com problemas associados ao consumo de substâncias, gravidez, infeções sexualmente transmissíveis, entre outros), (Meleis, 1997). A adolescência é um período caracterizado por mudanças, físicas e psicológicas, marcado por conflitos e transformações perante si próprio e os múltiplos contextos sociais em que se encontra inserido. Caracteriza-se por uma procura de autonomia, identidade, prazer, onde ocorre o confronto com a mudança de estatuto ao deixar de ser criança. Só com uma visão mais completa e aprofundada das transições, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo colocar em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face ao que é vivenciado (Meleis et al, 2000).

4.1 POPULAÇÃO EM ESTUDO

As características da população e os seus problemas de saúde definem o tipo de intervenção a realizar. Tendo em conta os critérios previamente estabelecidos pela USP do ACES de Loures e Odivelas (anexo II), foi planeada pela equipa de enfermagem desta unidade, em concordância com a formanda, a intervenção nas escolas que lecionem o 9º ano das escolas dos concelhos de Loures e Odivelas (Anexo I).

4.2 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

No sentido de caracterizar este grupo populacional foram realizadas entrevistas semi estruturadas (anexo IV), aos informantes chave (responsáveis da direção de cada escola e professores responsáveis pela saúde escolar); com vista ao conhecimento da percepção que os docentes têm relativamente a esta problemática nas diferentes escolas. No Artigo 8º do Decreto-Lei N.º161/96 que relativamente às dimensões éticas da prática de enfermagem, refere que no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito dos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. Assim, foi efetuado previamente o agendamento por telefone de cada entrevista com os diferentes informantes chave. Foi esclarecido o âmbito em que mesmas se inseriam e a sua finalidade.

Para uma melhor caracterização desta população e dos seus hábitos tabágicos, que será apresentada seguidamente, foi também solicitado aos alunos alvo de intervenção o preenchimento de um questionário anónimo adaptado da versão 3.0 de maio de 2013 Pesquisa Mundial sobre o Tabagismo entre os Jovens (GYTS) aplicado pela Direção Geral da Saúde e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (anexo VIII). A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nos estudos (Fortin, 1999). Assim, é de salientar que para a aplicação do mesmo, foi enviado antecipadamente por e-mail a todas as escolas, um pedido de aplicação do mesmo aos alunos – solicitando o conhecimento e autorização dos encarregados de educação para o efeito – e foi ainda salvaguardado o direito de anonimato de cada aluno e ainda a sua total liberdade de preenchimento ou não do mesmo, de acordo com a sua vontade.

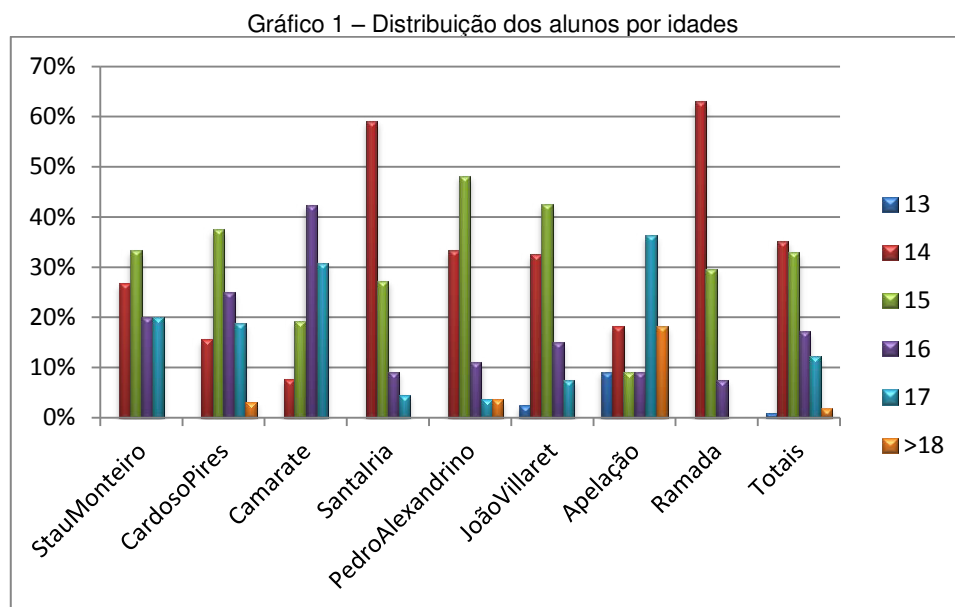
4.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Com a análise das entrevistas aos informantes chave, foi perceptível que este era um problema transversal a todas as escolas, existindo em todas as escolas alunos fumadores. No entanto por não ser permitido o consumo de tabaco nas diferentes escolas, os professores consideram não ter uma noção fidedigna do número de alunos fumadores (nem a quantidade em média de cigarros que são fumados por estes), uma vez que o fazem fora destes estabelecimentos. O consumo do tabaco foi relacionado em todas as escolas, aos alunos mais velhos, nomeadamente entre os alunos do 9º ano e entre os alunos do 10º ao 12º ano de escolaridade, nas escolas que também lecionam o ensino secundário. E especialmente atribuído o consumo também aos alunos das turmas que visam o desenvolvimento profissional (nas escolas onde existe este tipo de oferta de formação), e não tanto aos alunos que frequentam no ensino regular normal. Em relação aos consumos efetuados por rapazes e raparigas não foi identificada diferença entre os sexos, embora seja reconhecido o aumento do consumo de tabaco pelas raparigas ao longo dos tempos.

Todas as escolas mostraram no entanto muita vontade e disponibilidade para o desenvolvimento de projetos que visam a prevenção do tabagismo nas suas instalações e tendo os respetivos alunos como alvo de intervenção.

Dos 222 alunos do 9º ano, aos quais foi aplicado o questionário e realizada intervenção, 44% eram do sexo masculino e 56% do sexo feminino.

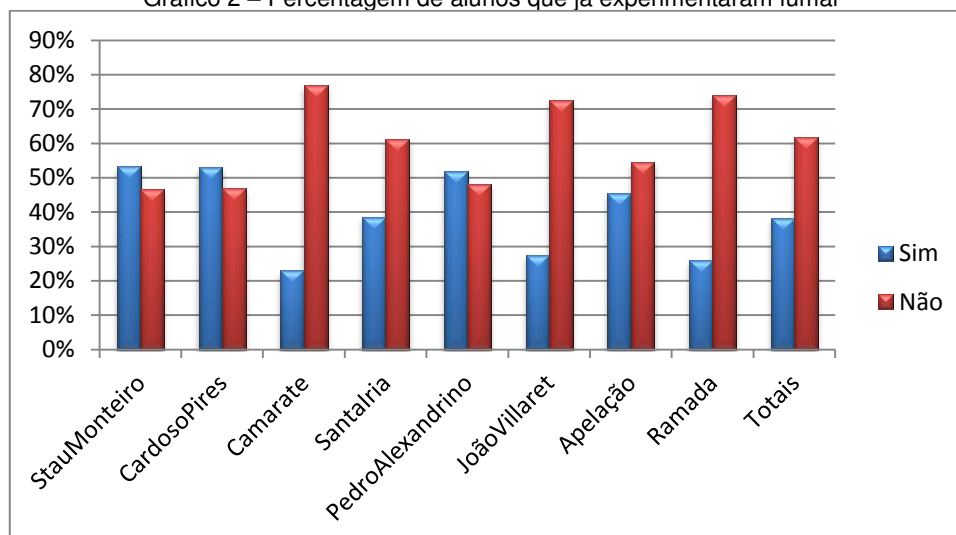
Tinham idades compreendidas entre os 13 e os 18 ou mais anos e a maioria dos alunos encontrava-se com 14 (35%) e 15 anos (33%).



Relativamente ao consumo de tabaco pelos alunos alvo de intervenção: 85 alunos(38%) já terão tido contacto com o tabaco enquanto 127 (62%) dos alunos ainda não o tinham feito. Do total de alunos que já tiveram o seu primeiro contacto com tabaco, 25% fumaram nos últimos 30 dias.

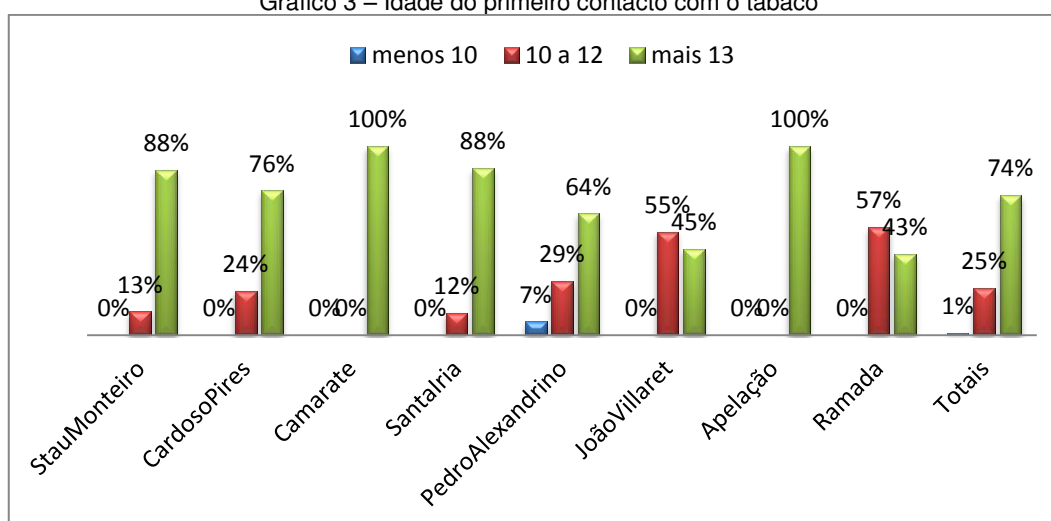
Era expectável que existissem alunos que já tivessem experimentado fumar uma vez que a fase do ciclo de vida com maior probabilidade de ocorrência de problemas relacionados com o uso de substâncias e onde ocorrem as primeiras experiências de consumos é na adolescência. Nesta transição desenvolvimental de criança para adulto, o indivíduo encontra-se instável emocionalmente e com polarização de sentimentos (Meleis,1997). Tem necessidade de criar a sua própria identidade, de se diferenciar através da transgressão à norma e de ter como principal modelo de referência o grupo de pares. Por outro lado, o risco de abuso de tabaco acontece pela associação estabelecida entre o uso de substâncias e a diversão e ainda pelo facto do consumo de substâncias entre pares também se assumir como uma via do adolescente se integrar no grupo, de reafirmar a sua identidade e sentir-se adulto (Naia et al 2008).

Gráfico 2 – Percentagem de alunos que já experimentaram fumar



Em relação à idade em que o primeiro contacto com o tabaco aconteceu, foi com 13 ou mais anos em 74% dos alunos, enquanto 25% refere que tal tenha acontecido entre os 10 e 12 anos de idade. Apenas 1% teve o seu primeiro contacto com o tabaco com menos de 10 anos. Esta é uma tendência da maioria das escolas. Contudo na escola E. B. I. de Apelação e na E.B. 2,3 Francisco Sá Carneiro de Camarate, todos os alunos referiram ter tido contactado com o tabaco com 13 ou mais anos.

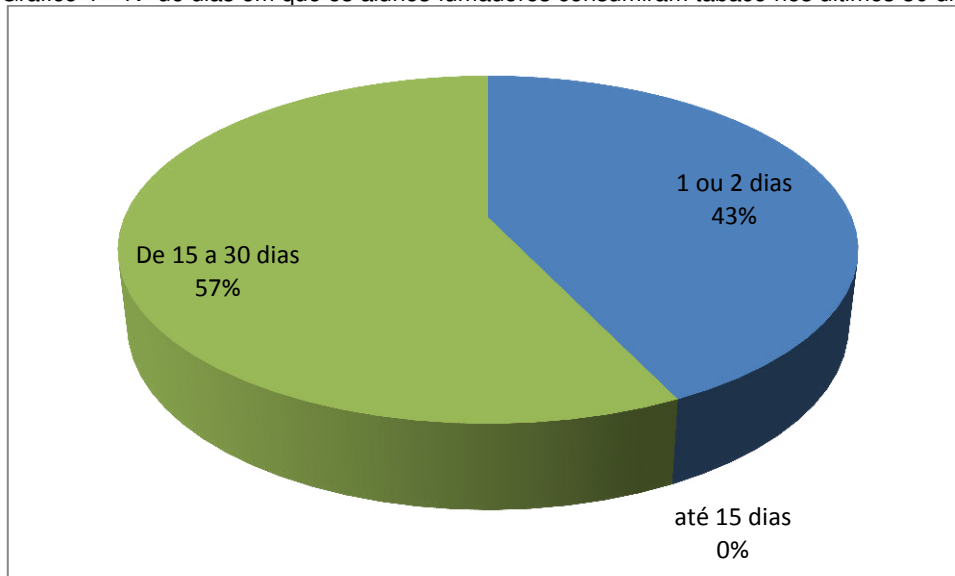
Gráfico 3 – Idade do primeiro contacto com o tabaco



Nos últimos 30 dias apenas 21 alunos referiram ter fumado e destes 9 disseram ter fumado em 1 ou 2 dias neste período de tempo. 12 destes alunos dizem ter fumado com mais regularidade, isto é, de 15 a 30 dias. Pode assim afirmar-se que no universo dos 222 alunos 5% fumam em metade ao mais dias num mês. Os resultados apresentados em 2006, no estudo da Health Behaviour in Shool-aged Children (HBSC), concluíram que apesar de se ter notado uma

redução no consumo de tabaco, ainda 5% dos adolescentes portugueses afirmaram fumar todos os dias e que 32,8% já tinham experimentado fumar (Matos et al, 2006).

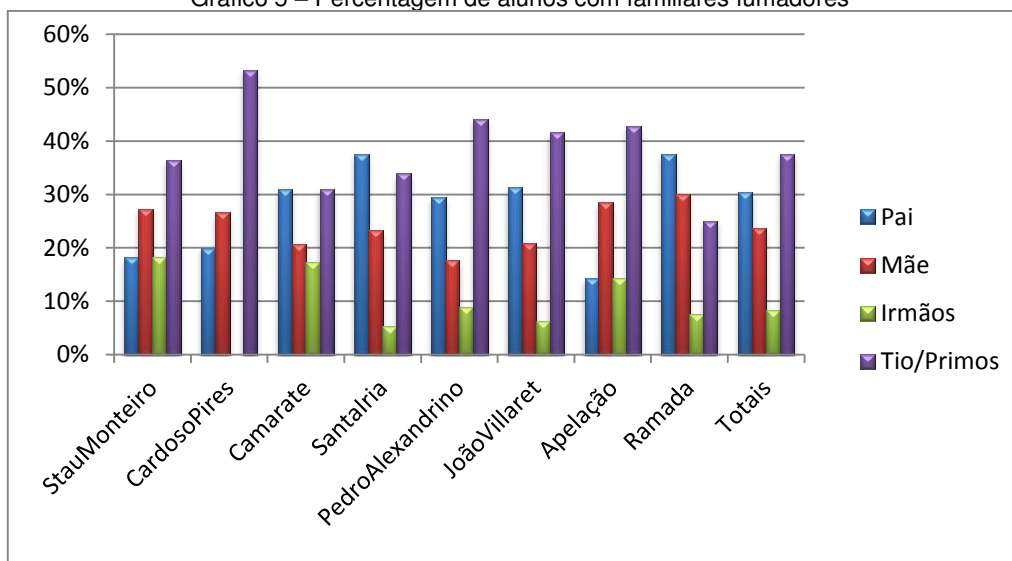
Gráfico 4 – Nº de dias em que os alunos fumadores consumiram tabaco nos últimos 30 dias



Quando questionados relativamente à forma como obtiveram os cigarros 55% disse tê-los comprado, 41% disse que lhos foram dados e 4% disse tê-los conseguido de outra forma.

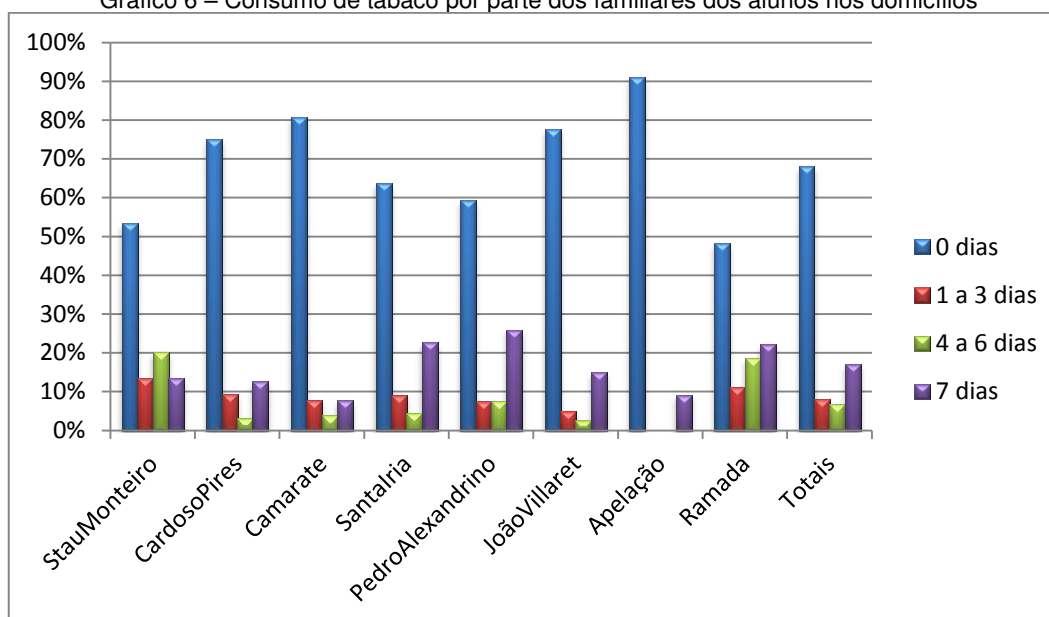
Relativamente aos consumos no seio da família e por parte de familiares, 30% dos alunos tem um pai fumador, 24% a mãe fumadora, 8% os irmãos fumadores. A grande maioria tem também tios e primos fumadores.

Gráfico 5 – Percentagem de alunos com familiares fumadores



Nos últimos 7 dias que antecederam a aplicação dos questionários, a maioria dos alunos não teve nenhum familiar a fumar em suas casas (68%). Contudo 17% dos alunos tiveram alguém a fumar todos os dias em casa, 8% dos alunos referiram que algum familiar fumou em sua casa entre 1 a 3 dias e 7% entre 4 a 6 dias. Problemas relacionados com qualidade das relações entre os membros da família (disfunção familiar, comunicação ineficaz, monitorização e supervisão parental ineficientes) associada a atitudes favoráveis dos progenitores face ao consumo de substâncias psicoativas e a sentimentos de fraca vinculação familiar constituem fatores de risco para o consumo de tabaco (Jessor, 1997).

Gráfico 6 – Consumo de tabaco por parte dos familiares dos alunos nos domicílios



4.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O diagnóstico em saúde na comunidade identifica e caracteriza uma situação específica. Diagnosticar é analisar uma dada realidade com vista a desenhar um quadro de necessidades e soluções. O diagnóstico é o ponto de partida, ao qual se irá voltar para se poder perceber a melhoria face à intervenção. Para se poder proceder a qualquer intervenção deverá existir um diagnóstico da situação que seja fiável e atualizado, pois a não ser assim, o resultado da intervenção poderá ser desadequado e insuficiente (Imperatori et al, 1993).

A prevenção do tabagismo em meio escolar é uma necessidade sentida pela USP do ACES de Loures - Odiveelas que dispõe do Programa de Nacional de Saúde Escolar para o ACES de Loures- Odiveelas 2013-2014 (anexo III) e pelos informantes chave, confirmada ainda pela aplicação dos questionários aplicados aos alunos.

Relativamente ao consumo de tabaco pelos alunos alvo de intervenção: 38% já terão tido contacto com o tabaco enquanto 62% dos alunos ainda não o tinham feito. Existe uma tendência nas diferentes escolas para que a maior parte dos alunos ainda não tivessem experimentado esta

substância, havendo no entanto três escolas em que o contrário acontece, isto é, nas escolas Stau Monteiro, Cardoso Pires e Escola Secundária Pedro Alexandrino, em que nas quais a maioria dos alunos já fumaram nem que fosse apenas uma vez. É de salientar então a pertinência desta intervenção pelos dados aqui apresentados uma vez que três em cada cinco jovens que experimentam fumar tornam-se fumadores regulares, e destes metade virão a morrer prematuramente devido a doenças provocadas pelo tabaco (WHO, 2000).

Assim, partindo destes pressupostos foi elaborado o seguinte diagnóstico de enfermagem (CIPE® versão 2.0):

Quadro 2 – Elaboração de diagnóstico de enfermagem em linguagem CIPE® versão 2

Cliente	Problema	Dados que fundamentam o problema	Diagnóstico de Enfermagem Comunitária (CIPE®)
Grupo populacional dos alunos do 9º ano das escolas dos concelhos de Loures e Odivelas	Existência de casos de alunos fumadores nas escolas que lecionam o 9º ano nos Agrupamentos de escolas dos concelhos de Loures e Odivelas	Existência do Programa de Saúde Escolar para o ACES de Loures- Odivelas 2013-2014	Abuso de tabaco Risco de abuso de tabaco
		Perceção da existência de alunos fumadores por parte dos professores (Dados resultantes da entrevistas efetuadas aos informantes chave). 38% dos alunos já terão experimentado tabaco (Dados resultantes da análise dos questionários aplicados aos alunos).	

4.5 PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

O planeamento de saúde comunitária tem o seu enfoque na população e tem por finalidade reduzir o efeito de, ou eliminar, um ou mais problemas de saúde - neste caso prevenir o abuso e risco de abuso de tabaco por parte dos alunos do 9º ano das escolas dos concelhos de Loures e Odivelas. O planeamento prevê que sejam selecionadas uma série de atividades, que permitam assegurar que os serviços de cuidados de saúde são aceitáveis, equitativos, eficientes e eficazes, isto é, organizados no sentido dos objetivos a atingir através do fornecimento de um esquema de coordenação (Glick, D.; Stanhope, M., 2011).

Com a elaboração do diagnóstico de situação, perante o qual é necessário intervir, surge então a necessidade de traçar objetivos a atingir, num determinado período de tempo. Assim como definir indicadores e traçar metas a atingir.

Quadro 3 – Objetivos, indicadores e metas

Objetivo	Indicadores	Meta
Promover a capacitação na tomada de decisão em relação ao tabaco nos alunos do 9º ano dos Agrupamentos de Escolas dos Concelhos de Loures e Odivelas	Nº total de agrupamentos alvo de intervenção/ Nº total de escolas que lecionam o 9º ano x 100	25% Junho 2014
	Nº total de sessões de educação para a saúde realizadas/ nº total de sessões de educação para a saúde planeadas x 100	100% Maio 2014
	Elaboração de frases pelos alunos	30 frases
	Elaboração de panfleto	1 panfleto

Do total das escolas que lecionam o 9º ano, foram selecionadas para a implementação do projeto 25% das mesmas pela equipa da USP do ACES de Loures e Odivelas. O objetivo foi fixado em 25% tendo em conta o período temporal reduzido que existia até ao final do ano letivo 2013/2014, pelas necessidades encontradas pela USP do ACES de Loures e Odivelas (as escolas selecionadas tinham pouca oferta de saúde escolar devido à falta de recursos humanos por parte das equipas de saúde) e pela conveniência e facilidade de comunicação com o conselho executivo e professores responsáveis pela saúde escolar das mesmas.

Assim, a intervenção consistiu no planeamento da realização de sessões de educação para a saúde, nas diferentes escolas alvo de intervenção, e elaboração de material de apoio para a realização das mesmas: folhetos e apresentação “power-point”. Foi ainda planeada a realização de um seminário, aberto a toda comunidade escolar e de entrada gratuita, no dia 6 de Junho no Auditório da Escola Secundária Pedro Alexandrino na Póvoa de Santo Adrião.

4.6 IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Partindo dos diagnósticos de enfermagem comunitária segundo a CIPE® versão 2, foi planeada a intervenção junto dos alunos do 9º ano das escolas dos concelhos de Loures e Odivelas. A implementação da intervenção pretendeu levar os adolescentes a explorar as transições que vivenciam, com recurso às suas experiências, a identificar os acontecimentos stressantes já por si vivenciados, a compreender como os suportes pessoais e externos podem

favorecer vantagens e desvantagens à transição e fundamentalmente, a enfrentar a assimilação da transição, excluindo neste caso comportamentos de risco como é o caso do tabagismo.

A primeira etapa desta intervenção ocorreu com o agendamento das diferentes sessões nas escolas selecionadas. Devido ao finalizar do ano letivo, existiram vários condicionantes para a implementação destas intervenções, nomeadamente a escassez de tempos letivos para a realização de sessões de educação sobre prevenção do tabagismo. Assim, foi deixado ao critério das escolas a seleção de uma ou duas turmas do 9º ano, relativamente às quais fosse possível enquadrar no horário letivo uma sessão deste âmbito de 90 minutos.

As sessões de educação para a saúde foram planeadas no sentido de decorrerem num período de 90 minutos (plano de sessão: anexo V).

Os diapositivos que serviram de apoio à apresentação realizada em 'power-point', para sustentar visualmente o que foi transmitido, encontram-se no anexo VI, assim como o documento da dinâmica de grupo desenvolvida com os alunos no anexo VII e o panfleto que resume o conteúdo da sessão no anexo IX. Foi também visionado um filme no final de cada sessão, que permitiu transmitir imagens alusivas a consequências para a saúde relacionadas com o consumo do tabaco e serviu também como resumo e conclusão da mesma. Com o culminar das sessões e após a discussão do que foi transmitido ao longo dos 90 minutos, foi pedido aos alunos para que elaborassem frases alusivas à prevenção do tabagismo. Estas foram afixadas posteriormente nas diferentes escolas, tendo sido possível transmitir a mensagem anti tabágica pela comunidade escolar de cada estabelecimento alvo de intervenção. Nos dias 28 e 29 de Maio foram deixadas em todas as escolas, para além das frases elaboradas pelos respetivos alunos, o cartaz e elaborado pela mestrandia (anexo X).

No sentido de comemorar o dia 31 de Maio – Dia Mundial Sem Tabaco – e na tentativa fazer chegar a mensagem anti tabágica à restante comunidade escolar (toda a comunidade com ensino básico do parque escolar dos concelhos de Loures e Odivelas foi convidada), foi realizado no dia 6 de Junho de 2014, no auditório da Escola Secundária Pedro Alexandrino, um seminário com o tema *“Vida Sem Tabaco É Mais Vida”*, no qual participou como oradora a formanda, a enfermeira Fátima Borrego da USP do ACES de Loures e Odivelas, o médico responsável pela consulta anti tabágica do centro de saúde de Odivelas Dr. José Belo Vieira, e dois testemunhos de histórias verídicas de ex fumadores: Pedro Caetano e Cecília Brito. Em anexo encontra-se o programa do mesmo (anexo XI), a apresentação realizada pela formanda (anexo XII) e a apresentação realizada por Pedro Caetano (anexo XIII).

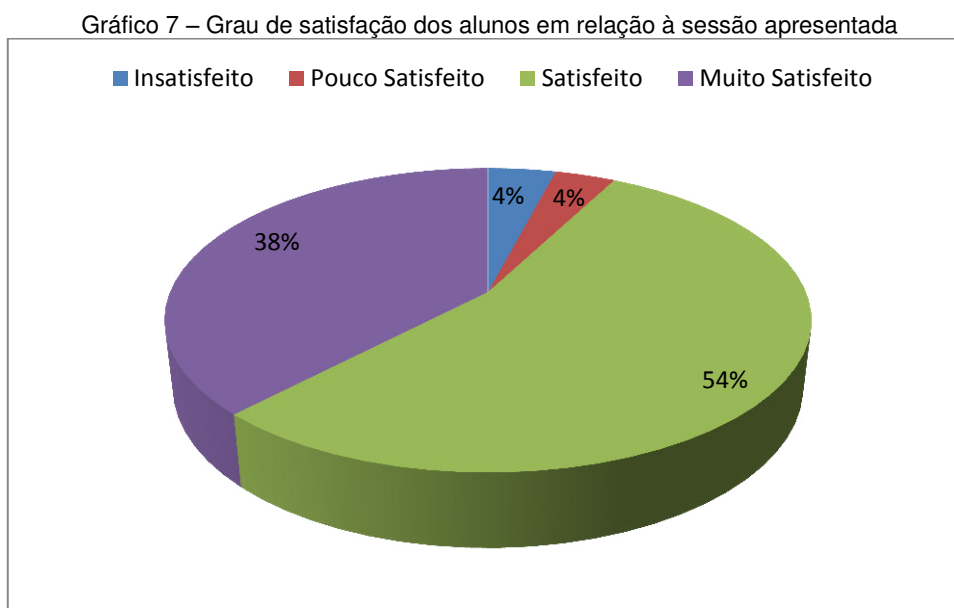
Dado que não foi possível a realização de intervenção junto dos pais dos alunos (pelo elevado número de escolas, dispersão a nível territorial e limitação temporal), como é sugerido na revisão sistemática da literatura, que mais à frente se apresenta, e nas orientações do PNPCT, foi elaborado um artigo que se espera ser publicado numa das próximas edições do jornal de “Notícias de Loures” (anexo XIV).

4.7 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A avaliação da intervenção permite aferir se os objetivos foram atingidos, se metas definidas e as atividades planeadas foram alcançadas. Promove também o perceber de aspetos de melhoria e de continuidade ou não das mesmas. É um processo contínuo que tem início com o planeamento das intervenções (Glick, D.; Stanhope, M.; 2011).

Foram realizadas um total de 9 sessões de educação para a saúde, isto é, todas aquelas que foram planeadas, tendo participado nelas um total de 11 turmas, das 8 escolas selecionadas, e 222 alunos. As intervenções foram realizadas em 8 estabelecimentos de ensino e assim foi cumprida a meta da intervenção em 25% do número total de estabelecimentos de ensino que lecionam o 9º ano, pertencentes ao parque escolar de Loures e Odivelas (ver quadro 5).

No que diz respeito à avaliação das diferentes sessões 54% dos alunos disse encontrar-se satisfeito com a apresentação da sessão, 38% muito satisfeito e 4% pouco satisfeito e também 4% insatisfeito. É de salientar que a grande maioria 92% fizeram uma avaliação positiva da sessão de educação para a saúde realizada.



Quanto à aquisição de novos conhecimentos 82% pensa tê-los adquirido enquanto 18% não pensa ter aprendido coisas novas.

Um resultado semelhante foi encontrado em relação à questão relacionada com a exploração ou não de um tema de interesse durante a sessão: 82% considera que sim, foi explorado um assunto interessante, enquanto 18% considera que não.

Das atividades realizadas durante as sessões de educação para a saúde 38% dos alunos preferiram o visionamento do filme, 35% a discussão promovida no final da sessão, 22% o jogo/dinâmica de grupo e 5% a exposição realizada oralmente sobre o tema. O visionamento do filme constitui-se um momento nas sessões realizadas muito cativante para os alunos. Através

dele os alunos puderam ter visualmente contacto com algumas das mais importantes consequências negativas do consumo do tabaco para a saúde. Todas as imagens e frases que constituíram o filme pareceram ter sensibilizado os alunos a não fumar, o que foi percebido na discussão do mesmo com os alunos. Todos os aspetos que poderiam resultar na degradação da imagem da pessoa, em consequência do consumo do tabaco, pareceram impressionar os alunos, nomeadamente as consequências para a pele e dentes.

O resultado destas sessões pode traduzir-se nas diferentes frases elaboradas pelos alunos de uma forma muito criativa, que demonstram resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Exemplo de frases elaboradas são:

Quadro 4 – Frases elaboradas pelos alunos

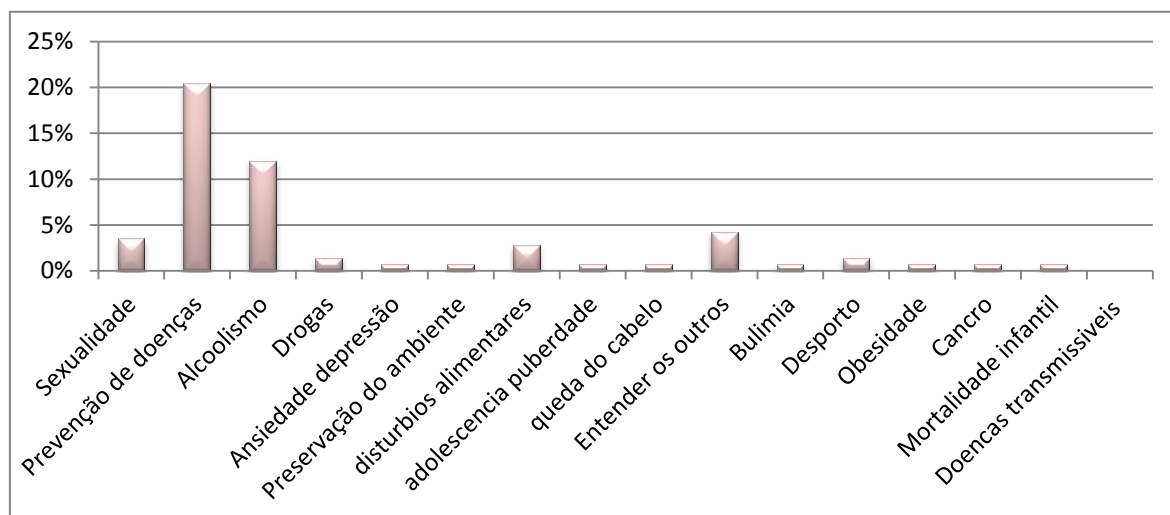
Frases
“Não digas não, diz não obrigado!”
“Não fumes a tua vida!”
“Para a tua vida acabar, basta fumar!”
“Cigarro consumido, tempo de vida perdido!”
“Fumar é bom ninguém duvida, mas qualquer dia pode estragar a tua vida!”
“Começar a fumar é como uma queda de paraquedas. Se não prestas atenção vais acabar em queda livre.”
“Não fumes, salva a tua vida!”
“Yolo (You only live once!) so don’t waste it by smoking!”
“Roses are red, Violets are blue, If you smoke You gonna die, it’s so true!”

Durante a dinâmica de grupo e a colocação dos alunos em diferentes papéis foram promovidas discussões interessantes sobre o tabagismo. A maioria dos alunos achava por bem que os pais e professores falassem abertamente sobre o consumo do tabaco com os alunos. Considerava também, a maioria, que a pena de suspensão da escola, devido ao consumo de tabaco, era exagerada e que seria preferível realizar trabalho comunitário. No que diz respeito à informação relativamente ao tema, quando colocados no papel de associação de estudantes, realçavam a importância de realizar campanhas na escola anti tabágicas e a pertinência da divulgação das mesmas na escola, assim como referiram a importância dos docentes e não docentes também não fumarem – especialmente nos estabelecimentos de ensino. Este momento de discussão e colocação dos alunos em diferentes papéis foi também enriquecedor, pelas posições adotadas pelos diferentes alunos, favorecendo o treino das habilidades pessoais e treino de competências para a escolha de opções saudáveis para as suas vidas.

Quando foram questionados relativamente ao facto da possibilidade de voltar a ter sessões de educação para a saúde sobre este tema 64% dos alunos responderam que gostariam de as receber enquanto, 36% responderam que não.

Foi ainda questionado aos alunos se gostariam de receber sessões de educação para a saúde sobre outro tema. Em caso afirmativo foi solicitada a informação relativamente ao tema que gostariam que fosse debatido. Assim também 64% dos alunos responderam que sim e 36% dos alunos responderam que não. Dos que responderam que sim e deram sugestão sobre o tema a abordar, 20% gostariam de ouvir falar mais sobre prevenção de doenças, 12% sobre alcoolismo e 4% sobre sexualidade.

Gráfico 8 – Temas sugeridos para a realização de sessões de educação para a saúde



Os padrões de resposta dos adolescentes manifestam-se pela mestria e pela integração fluida da identidade. A mestria revela um progresso nas capacidades e competências do indivíduo, que lhe permitem viver a transição com sucesso. São exemplos de mestria a aquisição de informação, a procura de sistemas de suporte social, a manutenção ou desenvolvimento de relações sólidas com outros indivíduos e aprendizagem de formas de adaptação à mudança através da consciência do self. A integração fluida da identidade está relacionada com a forma como o indivíduo incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridos, para uma melhor adaptação à realidade após a transição (Meleis et al, 2000). Assim fica planeada a aplicação do questionário que visou a caracterização dos hábitos tabágicos por parte dos alunos alvo de intervenção no próximo ano letivo, na tentativa de perceber se ocorreram mudanças nas questões que se referem aos consumos de tabaco. A nova aplicação deste questionário permitirá, assim fazer uma avaliação das intervenções agora realizadas.

O Seminário “*Vida Sem Tabaco é Mais Vida*” que decorreu no dia 6 de Junho de 2014 no auditório da Escola Secundária Pedro Alexandrino contou com a presença de alunos desta escola, e apesar do convite alargado a toda a comunidade escolar não foi possível a presença de elementos de outras escolas. Este apeto parece estar relacionado com o facto de este se ter realizado no último dia de aulas para alguns alunos e muito próximo do final do ano letivo para outros. Aspetos que se prendem com avaliações finais e exames nacionais, pareciam ocupar bastante tempo e atenção aos estudantes. Contudo esta data foi escolhida pela conjugação das

disponibilidades de todas as pessoas que realizaram comunicações no mesmo, e ainda pela preocupação de ser próximo do dia 31 de Maio – Dia Mundial Sem Tabaco, simbolizando assim a celebração do mesmo.

Quadro 5 – Objetivo, Indicadores e Metas Alcançadas

Objetivo	Indicadores	Meta Alcançadas
Promover a capacitação na tomada de decisão em relação ao consumo tabaco nos alunos do 9º ano dos Agrupamentos de Escolas dos Concelhos de Loures e Odivelas	Nº total de agrupamentos alvo de intervenção/ Nº total de escolas que lecionam o 9º ano x 100	$= \frac{8}{30} \times 100 = 27\%$ 25% Junho 2014
	Nº total de sessões de educação para a saúde realizadas/ nº total de sessões de sessões de educação para a saúde planeadas x 100	$= \frac{9}{9} \times 100 = 100\%$ 100% Maio 2014
	Elaboração de frases pelos alunos	30 frases 34 frases
	Elaboração de panfleto	1 panfleto

Durante o seminário os alunos que participaram nele, mostraram-se atentos e ao longo do mesmo colocaram algumas questões sobre o tema. Parece ter sido muito significativo para estes, o testemunho real de Pedro Caetano, que comunicou abertamente a sua história de consumo de tabaco e as consequências negativas que o mesmo trouxe para a sua saúde. Nomeadamente um carcinoma na laringe e cordas vocais que provocou, após várias intervenções cirúrgicas a necessidade de construir uma traqueostomia (a fala é possível atualmente pela capacidade de produzir voz esofágica). Os alunos mostraram-se muito sensibilizados com este testemunho, chegando mesmo alguns deles a falar pessoalmente no final do seminário com o senhor Pedro Caetano tirando dúvidas e fotografias com o mesmo. Todas as restantes comunicações foram também muito ricas nos conteúdos transmitidos nomeadamente a da formanda visou essencialmente transmitir aos alunos alguns dos resultados obtidos e o trabalho desenvolvido com o projeto “Vida Sem Tabaco É Mais Vida”, a enfermeira Cecília Brito deu o seu contributo testemunhando enquanto não fumadora, que parou o seu consumo a tempo de não sofrer consequências negativas para a saúde causadas pelo tabaco. O médico Dr. José Belo Vieira centralizou a sua intervenção nos motivos que levam os jovens a fumar e nos efeitos adversos para a saúde resultante do tabaco. A enfermeira Fátima Borrego falou da sua experiência enquanto enfermeira comunitária e de saúde escolar. Todas as intervenções se complementaram e a mensagem anti tabágica foi passada para os alunos e professores que compareceram a este evento.

5 A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A prática baseada na evidência em enfermagem permite o conhecimento da evidência disponível proveniente de uma série de fontes, incluindo estudos de investigação e resultados da sistematização das melhores práticas adotadas por enfermeiros. Assim é possível adotar a investigação para apoiar a prática, ao invés de outras fontes menos fiáveis, como a intuição, tentativa e erro, tradição, autoridade e experiência clínica.

Depois de escolhida e fundamentada a sua pertinência, a temática é aprofundada com recurso à revisão sistemática da literatura, sendo então definido o protocolo, que inclui: a formulação de uma questão PI[C]O, a definição de termos ou palavras-chave; a estratégia de busca; a definição das bases de dados e outras fontes de informação a serem pesquisadas. Para este trabalho foram analisados cinco artigos, para sustentar com validade científica o trabalho realizado em contexto de estágio, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos e adiante apresentados.

Este tipo de pesquisa vai ao encontro daquilo que a Ordem dos Enfermeiros pretende que um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assuma, que é um conhecimento aprofundado sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma grande capacidade para responder adequadamente às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (OE, 2010, p. 1)

Foi então definida a seguinte pergunta em formato PI[C]O: **A educação para a saúde realizada por enfermeiros comunitários a adolescentes permite a prevenção do tabagismo?**

Quadro 6 – Critérios utilizados para a formulação da pergunta em formato PI[C]O

		Conceitos	Palavras-chave
Participantes	Quem foi estudado?	Adolescente	- Adolescent
Intervenção	O que foi feito?	Educação para a saúde	-Health Education - Nurs*
Comparação	Podem existir ou não	(campo não foi abordado)	
Outcomes	Respostas/ efeitos/ consequências	Prevenção do tabagismo	- Smoking prevention
A educação para a saúde realizada por enfermeiros comunitários a adolescentes permite a prevenção do tabagismo?			

Após a formulação da pergunta em formato PI[C]O e identificação das palavras-chave, procedeu-se à validação destas enquanto descritores na base internacional MeSHBrowser (MEDICAL SUBJECTS HEADINGS, 2013) para garantir que os autores estão a considerar os mesmos conceitos relativamente aos termos a pesquisar.

Após a validação dos descritores, foi efetuada uma pesquisa na plataforma EBSCO, nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text e Nursing Allied Health Collection: Basic.

Para esta revisão sistemática da literatura foram definidos limitadores de pesquisa nas diferentes bases de dados, critérios de inclusão e exclusão para a seleção do artigo e foram também pesquisados os descritores nas combinações possíveis.

A pesquisa foi realizada no dia 11 de Junho de 2014. É de salientar que a presente pesquisa foi realizada apenas nesta altura devido à necessidade da mestranda intervir quase de imediato após o início do seu estágio na USP do ACES de Loures e Odivelas, não havendo tempo útil disponível para aplicação do protocolo e análise dos textos. Tal deveu-se a aspetos que se prenderam com férias letivas no período da páscoa dos alunos alvo de intervenção, da própria formanda (que não foram coincidentes) e ainda pelo curto espaço temporal que existia até ao final do ano letivo de 2013/2014. Os limitadores de pesquisa definidos para as bases de dados seleccionadas foram os seguintes:

Quadro 7 – Limitadores da pesquisa

Bases de dados	Limitadores
	- Junho de 2010 até junho de 2014- - Texto completo
CINAHL Plus with Full Text	- Resumo disponível - Qualquer autor é enfermeira - Texto completo em PDF
MEDLINE with Full Text	- Resumo disponível
Nursing & Allied Collection: Comprehensive	- Texto completo em PDF

Os critérios pré-definidos de inclusão e exclusão dos artigos são os seguintes:

Quadro 8 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

Critério de Inclusão	Critérios de Exclusão
Incluídos artigos publicados entre junho de 2010 e junho de 2014.	Excluídos artigos publicados fora do limite temporal indicado.
Incluídos artigos cuja população alvo sejam alunos.	Excluídos artigos publicados cuja população alvo se encontre fora do contexto escolar.
Incluídos artigos que abordem a educação para a saúde, relacionado com a prevenção do tabagismo.	Excluídos artigos que não abordem a intervenção de enfermagem, nomeadamente educação para a saúde em relação à prevenção do tabagismo.

Para melhor esquematizar a pesquisa efetuada, foi atribuído um número a cada descritor selecionado, de acordo com a hierarquização dos mesmos. Desta forma, as correspondências são as seguintes:

1 – nurs* 2 – health education 3 – adolescent 4 – prevention 5 – smoking

Quadro 9 – Resultados obtidos após realizar as conjugações possíveis entre os descritores

Conjugação dos descritores	N.º de Artigos
1+2	2436
1+3	6308
1+4	12837
1+5	1375
2+3	1786
2+4	2902
2+5	495
3+4	18671
3+5	4951
1+2+3	278
1+2+4	654
1+2+5	84
1+3+4	1378
1+3+5	264
2+3+4	906
2+3+5	154
1+2+3+4	125
1+2+3+5	17
1+2+3+4+5	15

Dos 15 artigos resultantes da pesquisa de acordo com o protocolo definido, apenas 5 se cumpriam os critérios de inclusão definidos.

5.1 ARTIGOS CIENTÍFICOS ENCONTRADOS PARA DAR RESPOSTA À PERGUNTA PI[C]O

Em seguida será apresentado um quadro resumo com as principais ideias encontradas nos artigos resultantes da pesquisa realizada nas bases de dados científicas já indicadas.

Quadro 10 – Principais ideias dos 5 artigos científicos encontrados

Título	“SCHOOL NURSES’ OPINIONS ABOUT THE PREVENTION OF TOBACCO USE”
Autores	Bonita Reinert, Vivien Carver, Lillian M. Range
Ano	2005
País	Estados Unidos da América
Resumo	<ul style="list-style-type: none"> • Este artigo refere-se à opinião dos enfermeiros que realizam saúde escolar relativamente às políticas anti tabágicas nos Estados Unidos da América. • Os enfermeiros que realizam saúde escolar concordam com a proibição, por exemplo, dos jovens vestirem roupas com publicidade de tabaqueiras na escola, discordam da publicidade no geral ao consumo do tabaco e concordam com fortes penalizações que possam ser aplicadas a restaurantes e bares onde é permitido fumar. Na opinião dos autores, os enfermeiros e os professores devem abster-se de fumar em frente aos jovens. • Os enfermeiros devem organizar programas e projetos bem estruturados de educação e prevenção do tabagismo nas escolas, explicitando o impacto negativo que o tabaco tem na saúde e as estratégias que a indústria do tabaco utiliza para publicitar os seus produtos. • Neste artigo é considerado ainda que os enfermeiros que realizam saúde escolar têm uma posição privilegiada e espaço para intervir junto dos adolescentes, pois são membros de confiança da comunidade escolar e têm um acesso exclusivo aos grupos mais vulneráveis. • No entanto salienta-se, que a formação base dos enfermeiros, conta pouco com programas dirigidos para técnicas de cessação do tabagismo e existe pouco ou nenhum treino nestas áreas na formação em enfermagem.
Título	“SMOKING INITIATION PREVENTION AMONG YOUTHS: IMPLICATIONS FOR COMMUNITY HEALTH NURSING PRACTICE”
Autores	Kerada Krainuwat
Ano	2005
País	Estados Unidos da América
Resumo	<ul style="list-style-type: none"> • Uma série de estudos têm documentado que a iniciação do consumo do tabaco ocorre principalmente entre a infância tardia e a adolescência jovem. A idade média dos inícios é de 12,3 anos de idade (Harrel et al, 1998 citado por Krainuwat, K. 2005), e por volta dos 18 anos de idade, cerca de dois terços dos jovens já experimentaram cigarros (Johnston et al, 1996 citado por Krainuwat, K. 2005). Atualmente mais de 3 milhões de jovens fumam cigarros. Cerca de 4400 jovens experimentaram o seu primeiro cigarro, e há 2000 novos casos de fumadores jovens todos os dias (CDC, 2003 citado por Krainuwat, K., 2005). Se esta tendência continuar, um terço dos jovens que se tornam fumadores vão morrer prematuramente de doenças relacionadas com o fumo. Relatórios recentes também demonstram que a

idade do início do consumo diminuiu de 17 para 12 anos de idade (CDC, 1994 citado por Krainuwat, K., 2005).

- A evidência mostra que a prevenção da iniciação do tabagismo entre os jovens é lógica e imperativa, pois em primeiro lugar, todos os fumadores passaram pelo processo de iniciação. O início precoce do comportamento de fumar na infância é um forte preditor de fumo regular mais tarde na adolescência.
- As ações de sensibilização em relação ao tabagismo devem começar cedo e deve incluir e visar todos os níveis da sociedade, individualmente, ao nível familiar e na comunidade.
- É de salientar ainda que o tabagismo tem sido identificado como uma porta de entrada para o uso de outras substâncias, tais como o álcool, canábis e cocaína. Para além disso, o início precoce do hábito de fumar também foi associado a outros comportamentos de risco, incluindo a violência e a atividade sexual desprotegida.

Título “TRAINING SCHOOL NURSES: SCREENING AND BRIEF INTERVENTION OF TOBACCO USE

Autores Joan B. Castleman, Maureen A. Novak, Venila J. Sposetti

Ano 2005

País Estados Unidos da América

Resumo

- Este trabalho foi centrado ao nível da formação dos enfermeiros, dando orientações e recursos necessários para intervir ao nível da prevenção do tabagismo.
- As enfermeiras que realizam saúde escolar foram identificadas como tendo uma posição única para trabalhar as questões da prevenção do tabagismo junto dos jovens.

Título “PREVENTING TOBACCO AND DRUG AMONG THAI HIGH SCHOOL STUDENTS THROUGH LIFE SKILLS TRAINING”

Autores Nuananong Seal

Ano 2006

País Estados Unidos da América

Resumo

- O tabaco constitui-se como uma das drogas lícitas mais comumente disponíveis com efeito semelhante ao narcótico, podendo o seu consumo resultar em dependência. O uso de drogas ilícitas, como a cocaína e a canábis, é precedido muitas vezes pelo uso do tabaco. Pesquisas realizadas indicam que a maioria dos fumadores começa a fumar antes dos 14 anos de idade (Centros de Controle e Prevenção, 2004 adaptado por Seal, 2006).
- Os comportamentos de risco, como o tabaco e uso de drogas, que são estabelecidos durante a infância e adolescência podem ser difíceis de alterar na idade adulta. Portanto, um programa de saúde escolar eficaz antes do início do consumo de tabaco e outras drogas pode prevenir a dependência destes consumos. Este tipo de programas de intervenção devem ter por base a escola, como local ideal para o treino

de habilidades pessoais.

- O programa de treino de habilidade de vida LST (Life Skills Training) é um programa de intervenção em meio escolar que visa reduzir a prevalência de tabaco, drogas e álcool os jovens (Botcin et al, 1980 citado por Seal, N., 2006). O programa de LST foi desenvolvido para ter um efeito positivo sobre as atitudes que os jovens tomam em relação à prevenção do tabagismo e uso de drogas, no desenvolvimento de mecanismos de recusa destas substâncias e na tomada de decisão informada e livre.
- Um maior conhecimento das consequências para a saúde do tabaco e uso de drogas, aumenta a consciência por parte dos alunos sobre os perigos que correm ao consumirem tabaco. Além disso, os conhecimentos adquiridos podem ajudar na valorização dos problemas sociais associados aos consumos, contribuindo isto também para a aquisição de comportamentos saudáveis.

Título “EVALUATION OF A TOBACCO PREVENTION PROGRAM OF CHILDREN: ToPIC”

Autores Teresita Maria Smith, Brenda Talley, Mandy Hubbard, Carla Winn

Ano 2008

País Estados Unidos da América

Resumo

- A maioria das pesquisas relacionadas com a prevenção do uso do tabaco tem vindo a centrar-se principalmente ao nível dos adolescentes. No entanto as pesquisas têm demonstrado que, intervindo numa idade mais precoce, é possível influenciar a decisão da criança em relação a consumir ou não tabaco na adolescência.
- Ensinar as crianças menores que 12 anos sobre os efeitos nocivos do tabaco permite aumentar a compreensão destas sobre os malefícios do tabaco para a saúde.
- De uma forma geral, existe uma relação positiva entre o ensino sobre a prevenção do tabagismo em idades precoces e a diminuição da incidência do consumo de tabaco na adolescência.

5.2 ANÁLISE REFLEXIVA

O tabagismo entre os jovens é considerado nos diferentes artigos como um problema de saúde pública associado a doenças, a incapacidade e morte prematura. Fumar é um comportamento de risco que gera consequências negativas sobre a saúde, tanto a curto como a longo prazo. A curto prazo as consequências para a saúde são o aparecimento de mau hálito, dificuldade respiratória, tosse, náuseas, tonturas, irritação nos olhos e garganta, taquicardia e hipertensão arterial. As consequências a longo prazo incluem redução da capacidade máxima da função pulmonar e diminuição da função imunitária, entre outras. Devido a estas consequências para a saúde, os jovens que fumam são menos aptos fisicamente e adoecem mais facilmente em comparação com os pares não fumadores. Se os jovens fumadores mantiverem estes hábitos, aumentaram o risco de desenvolver muitas doenças e distúrbios quando forem mais velhos, como por exemplo, doença coronária, hipertensão, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crónica, enfisema, suscetibilidade a hemófilos influenza e pneumonia estreptocócica e a ainda a mutação genética pré-cancerígena. De acordo com (2005) o relatório da American Cancer Society (ACS), o tabagismo é responsável por 30% de todas as mortes de cancro e 87% das mortes causadas por cancro do pulmão. As taxas de mortalidade por cancro de pulmão são cerca de 22 vezes mais para fumadores do sexo masculino e 12 vezes mais para as fumadoras do sexo feminino. Além disso, fumar causa mais de 20% dos casos de doença cardíaca e é responsável por 80% a 90% dos casos enfisema pulmonar. Estas consequências para a saúde surgem em função da duração e da intensidade do consumo de tabaco. Assim, o início precoce do consumo do tabaco propicia o aparecimento de uma doença e intensifica o risco de consequências prejudiciais para a saúde na vida adulta. De facto, o tabagismo tem um impacto não só na saúde, mas também sobre a economia nacional. As despesas atribuídas aos fumadores são elevadas assim como os gastos com têm sido estimados para tratar doenças relacionadas com tabaco. Uma série de estudos têm documentado que a iniciação do consumo do tabaco ocorre principalmente entre a infância tardia e a adolescência jovem. A idade média dos inícios é de 12,3 anos de idade (Harrel et al, 1998 citado por Krainuwat, K. 2005), e por volta dos 18 anos de idade, cerca de dois terços dos jovens já experimentaram cigarros (Johnston et al, 1996 citado por Krainuwat, K. 2005). Atualmente mais de 3 milhões de jovens fumam cigarros. Cerca de 4400 jovens experimentaram o seu primeiro cigarro, e há 2000 novos casos de fumadores jovens todos os dias (CDC, 2003 citado por Krainuwat, K., 2005). Se esta tendência continuar, um terço dos jovens que se tornam fumadores vão morrer prematuramente de doenças associadas ao tabagismo. Relatórios recentes também demonstram que a idade do início do consumo diminuiu de 17 para 12 anos de idade (CDC, 1994 citado por Krainuwat, K., 2005). Os alunos 9º ano alvo de intervenção tiveram o seu primeiro contacto com um cigarro, aos 13 ou mais anos (74% dos alunos) enquanto 25% referiram que tal tenha acontecido entre os 10 e 12 anos de idade. Apenas 1% teve o sua primeira experiência com o tabaco com menos de 10 anos. Esta é uma tendência da maioria das escolas. Contudo na Escola da E. B. I. de Apelação e Escola E.B. 2,3 Francisco Sá

Carneiro de Camarate, todos os alunos referiram ter contactado com o tabaco com 13 ou mais anos.

Em recentes dados apresentados em Portugal, e de acordo com os dados do II Inquérito Nacional de Substâncias Psicoativas na população geral, Portugal 2012, em amostra representativa nacional, dos 15 aos 64 anos, conclui-se que 88 % dos fumadores declararam ter iniciado o consumo entre os 12 e os 20 anos. A maioria (81%) iniciou o consumo regular entre os 14 e os 20 anos de idade. O primeiro cigarro é fumado em média aos 16 anos (Balsa, et al 2014). Os motivos que levaram ao iniciar do consumo de tabaco, mais referidos pelas pessoas inquiridas, foram a influência dos amigos (44,9%), a curiosidade/vontade de experimentar (43,8%) e os momentos festivos (8,7%) (Balsa, et al 2014).

O precoce consumo de tabaco entre as camadas mais jovens da população, trouxe a necessidade de consciencialização dos enfermeiros de saúde comunitária para encontrar programas eficazes para combater a iniciação do consumo do tabaco para reduzir a incidência da iniciação do tabagismo entre os jovens. A evidência mostra que a prevenção da iniciação do tabagismo é lógica, pois em primeiro lugar, todos os fumadores passaram pelo processo de iniciação. O início precoce do comportamento de fumar na infância é um forte preditor de fumo regular mais tarde na adolescência.

A maioria das pesquisas relacionadas com a prevenção do uso do tabaco tem vindo a centrar-se principalmente nos adolescentes. No entanto a pesquisa mostra que, intervindo numa idade mais jovem, é possível influenciar a decisão da criança em relação a consumir ou não tabaco na adolescência. Ensinar as crianças menores que 12 anos sobre os efeitos nocivos do tabaco tem sido demonstrado que permite aumentar a compreensão de que os cigarros são realmente prejudiciais para a saúde. De uma forma geral, existe uma relação positiva entre o ensino sobre a prevenção do tabagismo em idades precoces e a diminuição da incidência do consumo de tabaco na adolescência (Freeman et al, 2005 citado por Smith, T. et al 2008). Portanto, a realização de intervenção relativamente à temática em questão deve iniciar-se mais cedo, assim a equipa de enfermagem da USP do ACES de Loures e Odivelas iniciará no próximo ano letivo a intervenção junto dos alunos 7º ano de escolaridade, encontrando-se à data da elaboração deste relatório a realizar-se já contatos com os representantes das escolas para a operacionalização do mesmo no ano letivo de 2014/2015.

Uma vez que a iniciação do tabagismo ocorre, as hipóteses da pessoa se tornar fumadora são intensificadas quatro a seis vezes em comparação com aqueles que nunca tentaram fumar (MCGee et al, 2002 citado por Krainuwat, K., 2005). Os estudos realizados demonstram que os jovens que experimentaram fumar tornam-se muito mais vulneráveis a se tornar fumadores. Portanto, os esforços de prevenção devem ter como objetivo desencorajar os jovens de tentar experimentar um cigarro, mesmo que apenas uma passa. Em segundo lugar, os especialistas que estudam a dependência da nicotina admitem que é melhor prevenir a iniciação dos jovens que ajudá-los a parar de fumar. Se os jovens experimentarem o primeiro cigarro e gostarem da experiência e ultrapassando os efeitos incómodos, como a tosse e a sensação de irritação na garganta, estes vão provavelmente voltar a tentar fumar. Consequentemente, eles estarão mais

propensos a desenvolver fisiologicamente e psicologicamente a dependência da nicotina. De facto, tem sido demonstrado que a nicotina pode ser mais viciante do que a cocaína ou o álcool. Aproximadamente 1 em cada 6 pessoas que experimentam cocaína torna-se viciado e 1 em 10 que consomem álcool torna-se viciado, enquanto 9 em 10 que fumam cigarros tornam-se viciados (USDHHS, 1994 citado por Krainuwat, K., 2005). As pesquisas têm vindo a ser realizadas mostram que os jovens viciados em nicotina, são mais propensos a fumar na vida adulta e vão fumar cerca de pelo menos 16 a 20 anos (Brownson, et al 1990; Fergusson et al 1995 citados por Krainuwat, K., 2005).

A taxa de abandono do consumo do tabaco é baixa entre os jovens por causa da menor motivação que sentem para lidar com os sintomas de abstinência, incluindo irritabilidade, ansiedade, vontade de fumar, depressão, dificuldade de concentração, agitação e ansiedade (Kozlowski et al 2001 citado por Krainuwat, K., 2005). Estes dois últimos fatores são fortes suficientemente para manter os jovens fumadores (Engel et al, 1998 citado por Krainuwat, K., 2005). Como resultado disto o impacto na saúde pode ocorrer, mais tarde nas suas vidas.

É de salientar ainda que o tabagismo tem sido identificado como uma porta de entrada para o uso de outras substâncias, tais como o álcool, canábis e cocaína (Johnson et al 2000 citado por Krainuwat, K., 2005). Os jovens fumadores são 3 vezes mais propensos do que os não fumadores ao uso de álcool, e 8 vezes mais propensos a usar canábis e 22 vezes mais propensos a usar cocaína (CDC, 1998 citado por Krainuwat, K., 2005). Para além disso, o início precoce do hábito de fumar também foi associado a outros comportamentos de risco, incluindo a violência e a atividade sexual desprotegida (Durante et al, 1999 citado por Krainuwat, K., 2005).

Com base nas evidências anteriormente citadas, a intervenção precoce para prevenir o consumo de tabaco é imperativa. A educação para a saúde em relação ao tabagismo devem começar cedo e deve incluir e visar todos os níveis da sociedade, individualmente, ao nível familiar e na comunidade (Andrews e Duncan, 1998 citado por Krainuwat, K., 2005).

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública podem e devem então liderar, cada vez mais, projetos de promoção da saúde e prevenção do consumo do tabaco, em parceria com as escolas, com o objetivo do desenvolvimento de intervenções que visam a prevenção do tabagismo; idealmente envolvendo também os pais dos alunos e da restante comunidade educativa. Estes projetos, tal como foi feito com o projeto "*Vida Sem Tabaco é Mais Vida*" devem valorizar a aquisição de conhecimentos e o reforço de competências, para uma adequada autogestão da saúde. O ambiente escolar, físico e social, deve favorecer a saúde. Os profissionais de saúde, o pessoal docente e não docente devem ainda abster-se de fumar na presença dos alunos. Esta última afirmação é inteiramente reconhecida pelos alunos do 9º ano alvos de intervenção do projeto referido anteriormente, uma vez que aquando da realização da dinâmica de grupo (durante as sessões de educação para a saúde realizadas), tal foi sempre referido pelos alunos e algumas vezes com desagrado por parte dos mesmos.

Existem programas de prevenção do tabagismo que têm sido amplamente implementados em ambientes como a escola, e nestes os alunos são a principal população alvo. As intervenções na escola concentram-se geralmente no fortalecimento de conhecimentos sobre os riscos para a

saúde e as consequências negativas do tabagismo, nas atitudes, nas normas relacionadas com o tabagismo, na construção de habilidades sociais em termos de tomadas de decisão, comunicação, gestão de conflitos, habilidades e recusa. Os resultados das avaliações e meta análise têm mostrado que trabalhar as habilidades sociais dos alunos é a intervenção mais eficaz para reduzir a prevalência do tabagismo entre os estudantes (Lantz et al, 2000 citado por Krainuwat, K., 2005). Ao nível da prevenção do tabagismo baseada na família, esta tem recebido recentemente uma grande atenção e é neste momento apontada como uma nova abordagem. Os programas têm geralmente alvo os jovens e os seus pais. Tipicamente, estes programas visam melhorar as competências sociais positivas que ajudam a criança a desenvolver-se de forma positiva, isto é, com esta pretende-se aumentar as competências sociais dos jovens e melhorar a interação pais-filhos. Atualmente existem dois tipos de intervenção. Uma abordagem foca a intervenção nos jovens e pais separadamente, enquanto a outra centra a intervenção sobre os jovens e os pais em conjunto. Em geral, os programas enfatizam a educação e o desenvolvimento de habilidades em vez de simplesmente educação. Ou seja, os programas de permitem fornecer oportunidades para os jovens e para os seus pais para aprender a colocar em prática habilidades sociais eficazes. Algumas pesquisas sustentam a premissa que as intervenções baseadas na família podem beneficiar os jovens e os seus pais ao permitirem aumentar o seu capacitação e empoderamento em relação à saúde, o que resulta também em melhores relações pais-filhos (Dishion, 1996; Molgaard et al, 2000 citados por Krainuwat, K., 2005). Como resultado, os jovens que participam em tais programas são menos propensos em envolver-se em comportamentos de risco, incluindo o tabagismo, em comparação com aqueles que não participam neste tipo de programas (Abbey et al, 2000; Curry et al 2003; Spoth et al, 2001 citados por Krainuwat, K., 2005).

Relativamente aos consumos no seio da família e por parte de familiares, 30% dos alunos do 9º ano afirmou ter um pai fumador, 24% ter a mãe fumadora e 8% os irmãos fumadores. E nos últimos 7 dias que antecederam a aplicação dos questionários, 17% dos alunos disseram ter tido alguém a fumar todos os dias em casa, 8% dos alunos referiram que algum familiar fumou em sua casa entre 1 a 3 dias e 7% entre 4 a 6 dias. Assim, a aplicação de intervenções de enfermagem ao nível da família destes alunos seria provavelmente benéfica, tendo em conta o resultado da presente revisão sistemática da literatura.

Ao nível da comunidade existem programas de prevenção que envolvem a utilização de recursos da comunidade para alterar o comportamento de fumar dos jovens e perceções do tabaco. Em geral, os programas baseados na comunidade são divididos em três categorias: intervenções de educação e informação; incentivos, leis e regulamentos. As intervenções de educação e informação são projetados para informar sobre os perigos de fumar e também para divulgar os resultados publicados nos relatórios sobre os impactos do tabagismo, sobre a saúde para o público em geral. Por exemplo, um anúncio num programa de comunicação para massas como por exemplo televisão, rádio e internet. As etiquetas de advertência nos maços de cigarros pretendem informar sobre os perigos do fumo, e por sua vez desencorajar o uso de cigarros (Jernigan et al, 1996 citado por Krainuwat, K., 2005). Por outro lado, as intervenções de incentivo preveem aumentar os impostos especiais sobre o consumo dos cigarros. Consequentemente, ao

aumentar o preço de cada cigarro, pretende-se dissuadir a compra de tabaco por o preço ser elevado. Por fim, as leis e regulamentos pretendem enfatizar os requisitos legais e proibir a acessibilidade e disponibilidade de tabaco a menores, restrições à publicidade ao tabaco, restrições diretas ao consumo de tabaco em instalações públicas.

A pesquisa demonstrou que a combinação de intervenções de diferentes categorias produz efeitos positivos na redução do tabagismo. Por exemplo, o aumento do imposto sobre o tabaco, a educação sobre os malefícios da exposição ao tabaco, as restrições ao acesso dos jovens ao tabaco, as políticas em relação ao ambiente com promover a qualidade do ar livre de fumo, levam a uma diminuição da prevalência do consumo de tabaco por parte dos jovens (Biglan, et al 2000; Forster et al 1998; Jocabson 1997; Lewit et al 1997 citados por Krainuwat, K. 2005).

Os enfermeiros de saúde comunitária são os prestadores de cuidados com um papel crucial para intervir ao nível do controle do tabagismo, devido ao seu cenário de intervenção privilegiado. E a maioria dos estudos e pesquisas de enfermagem nesta área, concentram-se em estudar as relações entre os fatores que influenciam os comportamentos que levam os jovens a fumar e a eficácia dos programas de cessação tabágica (Andrea et al, 2001; Gomm et al 2002e Frazier, et al, 2004). Contudo, ainda continua a existir uma lacuna ao nível de estudos de enfermagem abordando os esforços de prevenção em relação à iniciação deste hábito. Pouco se sabe atualmente sobre o que os enfermeiros contribuíram para a prevenção do tabagismo e a iniciação a este consumo, nos diferentes cenários da prática. Há uma necessidade de realizar pesquisas futuras para encontrar resultados das intervenções realizadas por enfermeiros. Por isso a avaliação deste projeto ficará planeada e será realizada avaliação do mesmo no futuro.

Os enfermeiros comunitários, estão ainda em posição destaque para levar os adolescentes a não fumar, através do reconhecimento das transições que vivenciam, e por desenvolverem o trabalho em diferentes contextos onde o adolescente se insere, nomeadamente escola, família, centros de saúde, etc. Várias transições podem acontecer simultaneamente, sendo de extrema importância que, o adolescente perceba que estas estão por si a ser vivenciadas e então que se envolva no processo de as ultrapassar, procurando informação, suporte e procurando novas formas de viver e estar, de forma a modificar situações anteriores e dar sentido a circunstâncias novas (Meleis et al, 2000). É então crucial os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública, assumam a liderança em programas e projetos antitabágicos e que tomem iniciativas de prevenção em relação aos adolescentes e jovens. A enfermagem comunitária deve portanto focar a sua atenção nos projetos de prevenção da iniciação do consumo de tabaco, trabalhando com as crianças, jovens e adolescentes, e também preocupar-se e intervir ao nível dos contextos sociais e ambientais em que estes crescem e aprendem, em especial com as famílias, com a escola e com a restante comunidade educativa.

6 CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste projeto, desde a etapa inicial do processo de enfermagem até à avaliação da intervenção, com base o Modelo das Transições de Meleis, permitiu realizar à formanda um significativo e importante crescimento enquanto enfermeira na comunidade. As competências associadas à especialidade em Enfermagem Comunitária (OE, 2010) foram vindo a ser desenvolvidas ao longo de todo o período de estágio, nomeadamente a colocação em prática da metodologia do Planeamento em Saúde; a promoção da capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos (nomeadamente no que diz respeito ao projeto desenvolvido de prevenção do tabagismo com os alunos do 9º ano das escolas dos concelhos de Loures e Odivelas). Foi considerada a relevância e especificidade dos diferentes Programas de Saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (especialmente o Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo e o Programa Nacional de Saúde Escolar), assim como foi reconhecida a importância da implementação das atividades de âmbito comunitário como fundamentais para a obtenção de ganhos em saúde e ainda encarada a vigilância epidemiológica como um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença.

As políticas nacionais visam cada vez mais a centralidade do sistema de saúde português ao nível dos cuidados primários de saúde. Este tem sido um sector, onde têm vindo a ocorrer mudanças estruturais, e o papel dos centros de saúde atualmente consagra-se como “o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde” (Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 28/2008). Daí a importância da necessidade de cada vez maior intervenção da enfermagem ao nível da comunidade, procurando sempre e cada vez mais o mais alto nível da saúde das nossas comunidades e populações. Encontramo-nos então numa fase de transição de paradigma, nomeadamente dum sistema centrado a nível hospitalar para um modelo centrado nos cuidados à comunidade. Os cuidados de saúde primários passaram a assumir relevantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e interligação a outros serviços para a continuidade dos mesmos (Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 28/2008).

O potencial da enfermagem comunitária no contributo para a melhoria da saúde das populações, através da prática de cuidados aos diferentes níveis de prevenção, nunca foi tão grande, pois as doenças crónicas podem ser prevenidas e, quando ocorrem, os cuidados e gestão efetivos desde as primeiras fases podem permitir às pessoas afetadas uma vida produtiva e com qualidade (ICN, 2009, citado por OE, 2010).

O perceber na prática das diretrizes nacionais em relação à prevenção do tabagismo e a possibilidade de acompanhar de perto o trabalho desenvolvido por todas as enfermeiras especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública da USP do ACES de Loures e

Odivelas, foi muito importante pois constituiu-se o testemunho na prática, do trabalho relevante que a enfermagem leva a cabo ao nível da comunidade.

Ao longo deste período de formação e especialização, a formanda construiu e desenvolveu as competências previstas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública de Novembro de 2010. Assim, foi possível desenvolver aptidões com vista à avaliação e identificação dos principais problemas de saúde pública, onde o tabagismo se insere, e o desenvolvimento de um projeto de intervenção com vista à capacitação da comunidade no sentido da promoção da saúde.

Os especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública devem então, no que se refere à prevenção do tabagismo, reforçar a sua intervenção na informação e educação para a saúde dirigida aos adolescentes e jovens, assim como às restantes camadas populacionais, e promover a literacia em saúde para a toda a população, favorecendo a capacitação na tomada de decisão em opções saudáveis, em articulação com as diferentes instituições das comunidades.

De acordo com o que é preconizado pelo PNPCT os enfermeiros comunitários devem colocar a sua atenção na prevenção do tabagismo ao nível das camadas mais jovens da população. Assim, projetos como o *“Vida Sem Tabaco é Mais Vida”* devem ser amplamente realizados. Sendo no entanto de ressaltar que este poderia e deveria ser complementado, ainda de acordo com o PNPCT, com projetos que visem por exemplo: a diminuição do número de modelos de identificação com o consumo de tabaco (através do aconselhamento dos profissionais das escolas para deixar de fumar); projetos dirigidos aos pais não fumadores e fumadores para a cessação tabágica; projetos que visem informar e sensibilizar os responsáveis pelos locais de venda de produtos do tabaco, (principalmente nas imediações dos estabelecimentos de ensino, sobre a necessidade de cumprimento da Lei 37/2007, quanto à proibição de venda a menores e à proibição total da publicidade ao tabaco); projetos em contextos associativos e desportivos (através de parcerias com outras organizações/instituições da comunidade, para promoção de iniciativas que envolvam os jovens e que estejam associadas a comportamentos saudáveis e a menores consumos de substâncias, como sejam a prática de atividade física ou desportiva).

Com este estágio cresceu a vontade de fazer investigação e a motivação, o sonho e a esperança de contribuir enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária e saúde pública, para o mais alto nível de saúde da nossa população e para uma cada vez maior valorização da enfermagem e das suas preciosas intervenções. Os conhecimentos científicos atuais possibilitam aos enfermeiros condições ótimas para a promoção da saúde, de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença. São portanto estes conhecimentos que devem ser colocadas ao dispor das pessoas, dos grupos e da comunidade, cumprindo assim os enfermeiros, uma das funções para a qual estão preparados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balsa C, Vital C, Urbano C. *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012*. CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/SICAD, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos nas Dependências, 2014. Coleção Estudos. Consult. 21 out. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/135/III_InqueritoNacionalConsumo_deSPnaPG%202012.pdf
- Castleman, J., Novak, M.; Sposetti, V. (2005) *Training School Nurses: Screening and Brief Intervention for Tobacco Use*. Disponível em <http://www.HaworthPress.com>.
- Conselho de Prevenção do Tabagismo (2001) *Querer é poder I*. Programa de Prevenção do Tabagismo para os alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico.
- Conselho de Prevenção do Tabagismo (2001) *Querer é poder II*. Programa de Prevenção do Tabagismo para os alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico.
- Cordeiro, Raul Alberto Carrilho (2006). *Adolescência... O corpo, a amizade e a intimidade*, Instituto Politécnico de Portalegre. Portalegre.
- Dias, M., Duque, A., Silva, M., Durá, E. (2004). *Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia?* Análise Psicológica. Nº 3 (XII)
- Direção Geral da Saúde (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Disponível em: [URL:http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-discussao/](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-discussao/).
- Direção Geral de Saúde (2011). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) 2012-2016*. Disponível em : [URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNPCT_2012_2016.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNPCT_2012_2016.pdf).
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2013-2014*. Disponível em: [URL:http://www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- Direção Geral de Saúde (2014). *Norma Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens*. Disponível em: <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=311>
- Direção de Serviços de Informação e Análise (2014). *Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2014*.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação, da Concepção à Realização*. Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Glick, D.; Stanhope, M. (2011). Gestão de Programas. In Stanhope; Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

- Imperatori, E., Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde.
- International Council of Nurses [ICN] (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão 2. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros
- Jessor, R., y Jessor, S. L. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. New York: Academic Press.
- Krainuwat, K. (2005) *Smoking Initiation Prevention Among Youths: Implications for Community Health*. *Journal of Community Health Nursing*, 22(4), 195–204.
- Matos, Margarida Gaspar (2006) *A saúde dos adolescentes portugueses: hoje e em 8 anos*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/ Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL/Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA/Health Behaviour in School-aged Children / OMS/Fundação para a Ciência e a Tecnologia / Ministério da Ciência e do Ensino Superior. Disponível na Internet em http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_nacional_2006.pdf.
- Meleis, A. I.; Trangenstein, P. (1994) *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*. *Nursing Outlook*.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Filadélfia: Lippincott.
- Meleis, Afaf I., Sawyer, Linda M., Im, Eun-Ok, Messias, DeAnne K., Schumacher, Karen. (2000) *Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*. Vol 23, nº1.
- Meleis, A. I. (2007) *Teoretical Nursing: Development & Progress*. 3ª ed. London: Lippincott.
- Meleis, A.I. (2010) *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Naia, A, Simões, C. & Matos, M. (2008). *Consumo de Substâncias na Adolescência e Espaços de Lazer: Análise Específica do Estudo HBSC de 2002*. In Matos, M. *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de Um Estilo?* Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência
- Onega, L.; Devers, E. (2011). Educação para a saúde e processo de grupo. In Stanhope; Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Servir a Comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica*. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros.

- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa – Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Disponível no site Portal da Saúde Pública, em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm
- Pereira A.M.(2013). *Prevalência da exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e do tabagismo na população Portuguesa - O estudo INAsma*; Revista Portuguesa de Pneumologia. 19:3 114-124.
- Reinert, B., A. Carver, V.; Range, L; (2005). *School Nurses' Opinions About the Prevention of Tobacco Use* 22(4), 205–211. Mississippi: Journal of Community Health Nursing.
- Seal, N. (2006) *Preventing tobacco and drug use among Thai high school students through life skills training*. nº 8, 164–168 Nursing and Health Sciences.
- Shuster, G.; Goepfing, J. (2011). *A comunidade como cliente: apreciação e análise*. In Stanhope; Lancaster. *Enfermagem Saúde Pública*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta
- Smith, T.; Talley, B; Hubbard, M; Winn, C. (2008). *Evaluation of a Tobacco Prevention Program for Children: ToPIC*. Journal of Community Health Nursing, 25:218–228,
- Sousa, F. (2009). *Os enfermeiros e o Empowerment em Saúde*. Publicado em imprensa local. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpresalocal/PaPagin/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Unidade de Saúde Pública do ACES de Loures e Odivelas. (2013) *Plano de Atividades da Unidade de Saúde Pública do ACES de Loures e Odivelas 2013-2016*
- World Health Organization (2008). Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package. Geneva:World Health Organization
- Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD 2010). Compare. University of Washington. Released 3/2013, Consult. 15 set. 2014. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
<https://www.youtube.com/watch?v=zwSCeJB9J2M>
<http://www.who.int/tobacco>
http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

ANEXOS

ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTA
UNIDADE CURRICULAR
ESTÁGIO E RELATÓRIO



Projeto de Estágio

" Prevenção do Tabagismo nos alunos do 9º Ano das Escolas dos Concelhos de Loures e Odivelas "

Mestranda

Filipa Caetano

Professora Orientadora:

Irene Santos

Enfermeira Orientadora

Josefina Chemela

Março, 2014

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS– American Cancer Society

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

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

E.B. – Escola Básica

H – hora

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

Km. – quilómetro

n.º– número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1 CONCEPTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	5
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
2.1 EFEITOS DO CONSUMO DO TABACO PARA A SAÚDE	6
2.2 LEGISLAÇÃO PORTUGUESA ANTI TABACO.....	6
2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MEIO ESCOLAR	7
3 CARACTERIZAÇÃO DOS CONCELHOS DE ODIVELAS E LOURES	9
3.1 ACES ODIVELAS/LOURES	9
3.2 USP do ACES LOURES ODIVELAS.....	9
4 DESENHO DO PROJETO.....	12
4.1 DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	12
4.2 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	12
4.3 PLANO DE ATIVIDADES	13
4.4 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS.....	13
5 CONCLUSÃO	14
ANEXO I – PLANO DE ATIVIDADES	16

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio II do Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária, foi proposto à formanda o desenvolvimento de competências e saberes especializados em enfermagem comunitária, num contexto da comunidade, nomeadamente na Unidade de Saúde Pública (USP) do ACES de Loures Odivelas. Para o desenvolvimento destas competências e saberes especializados em enfermagem comunitária, a formanda contará com a orientação da Enfermeira Especialista Josefina Chemela.

Indo ao encontro das necessidades já identificadas pela USP de Loures Odivelas, a formanda irá construir e levar a cabo um projeto de intervenção no âmbito da saúde escolar, nomeadamente de prevenção do tabagismo aos alunos do 9º ano de escolaridade das escolas públicas da área de abrangência desta USP de Loures e Odivelas.

Assim, este projeto de estágio irá incluir todas as atividades a realizar durante o período de estágio, assim como as metas temporais a cumprir e os objetivos a atingir neste estágio. Havendo no entanto salientar a necessidade de prováveis reajustes ao inicialmente planeado dependendo dos constrangimentos encontrados na implementação do mesmo (tendo em conta os objetivos a atingir neste estágio).

Neste sentido relevam-se os objetivos gerais para este projeto:

- Demonstrar capacidades de análise das situações de saúde/doença com impacto comunitário;
- Diagnosticar necessidades / problemas em cuidados especializados em enfermagem comunitária;
- Planear um projeto de intervenção em cuidados especializados em enfermagem comunitária no âmbito da saúde escolar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Com a finalização deste estágio irá ser formulado um relatório referente ao mesmo onde será enquadrada e fundamentada a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica e onde será explicitado todas as intervenções levadas a cabo assim como a avaliação das mesmas enquanto potencialmente produtoras de resultados sensíveis nas pessoas cuidadas.

1 CONCEPTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

O consumo de tabaco pelos adolescentes ainda é uma realidade na sociedade portuguesa. Deste modo, temos em mãos não só um grave problema para a saúde dos nossos adolescentes mas também para o futuro da nossa sociedade. Este consumo é na atualidade, nos países desenvolvidos, uma das principais causas de morte evitáveis. Está estimado pela OMS que cerca de 4,9 milhões de pessoas morrem anualmente, em todo o mundo, em consequência deste hábito. De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (1998-1999), 21,8% dos inquiridos que fumavam na altura referem ter iniciado esse hábito antes dos 15 anos de idade e 72,1% entre os 15 e os 24 anos. A intervenção para a prevenção à iniciação a este consumo, segundo a maioria dos autores, deve começar o mais cedo possível, desde as camadas mais jovens da população, incluindo nas idades pré-escolares. Contudo a intervenção dirigida aos adolescentes e jovens constitui desde há muito tempo uma preocupação séria de saúde pública a nível mundial e na União Europeia. Várias têm sido, ao longo dos tempos, as ações implementadas no sentido da prevenção do consumo do tabaco pelos mais jovens, incluindo, por exemplo, a criação do ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach), que se desenvolveu a partir do ano de 1998 em alguns países da União Europeia, incluindo Portugal com a finalidade de implementar e avaliar um programa de prevenção tabágica com nos alunos do 3º ciclo. Em Portugal este projeto teve como culminar o programa “Querer é poder I e II”. Outro dos programas de prevenção do tabagismo surgiu por Precioso em 1999 dirigido também aos alunos do 3º Ciclo com o tema “Não Fumar é o que está a dar”. A implementação destes programas e de outros, que mais recentemente têm surgido, em geral requer a colaboração da escola com as unidades de saúde locais. Atualmente contamos com orientações da Direção Geral de Saúde para a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar, no ano letivo 2013-2014. Pretende-se que neste ano letivo, a intervenção de saúde escolar leve à execução de atividades na área da promoção de estilos de vida saudáveis, sendo identificada como área de intervenção prioritária a promoção da literacia em saúde, nomeadamente privilegiando os projetos de promoção de saúde em meio escolar que contribuam para a promoção da saúde mental e a melhoria dos determinantes de saúde, como a prevenção do início do consumo do tabaco e álcool, a educação sexual em meio escolar, entre outras.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 EFEITOS DO CONSUMO DO TABACO PARA A SAÚDE

O fumo produzido pelo incensar da folha do tabaco em forma de cigarros (e os demais constituintes do fabrico do mesmo como colas, papel, bem como da junção ou não de aditivos), produz mais de 4000 substâncias químicas nocivas para a saúde, dentro das quais a nicotina. A nicotina por ser uma droga psicoativa, é a principal responsável por provocar a dependência relativamente ao consumo do tabaco, pois atua sobre o sistema nervoso central. A sua ação no cérebro provoca sensação de prazer, após o fumar do cigarro e por outro lado, irritabilidade quando é suspenso o seu consumo. O consumo do tabaco é nocivo tanto para os fumadores ativos como para os fumadores passivos, expostos ao fumo ambiental. E todas as substâncias resultantes do consumo do tabaco são prejudiciais para a saúde, não havendo limites mínimos de segurança em relação à exposição ou consumo deste agente. Sabe-se também que dentro das cerca de 4000 substâncias nocivas para a saúde produzidas pelo fumo do tabaco, mais de quarenta são reconhecidas como carcinogêneas tal como: nitrosaminas, acetaldeídos, cloreto de vinilo, arsénio, chumbo, níquel, cádmio, benzopirenos, estireno, entre outros.

Segundo a (OMS, 2004;2008) o consumo do tabaco é encarado como a principal causa evitável de doença e de morte, associado a elevados custos de saúde a nível da morbilidade associada, custos sociais e económicos.

2.2 LEGISLAÇÃO PORTUGUESA ANTI TABACO

A prevenção e o controlo do tabagismo é uma preocupação política tanto ao nível mundial como a nível da União Europeia e em Portugal. A Comissão Europeia encontra-se vinculada ao cumprimento da Convenção Quadro da OMS, nas matérias da sua competência. A Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco, adotada na 56ª Assembleia Mundial de Saúde em 21 de Maio de 2003, é um importante instrumento jurídico internacional de saúde pública, pois contém as bases de prevenção e controlo do tabagismo nos anos vindouros, encontrando-se a ser aplicada pela quase totalidade dos Estados-Membros da OMS (foi assinada por Portugal em 2004).

Ao nível da União Europeia existem, diversas diretivas em vigor nesta matéria destacando-se neste âmbito a Diretiva 2001/37/CE do Parlamento e do Conselho Europeu, recentemente alterada pela Diretiva 2012/9/EU da Comissão, relativamente à rotulagem e às condições de fabrico e venda de tabaco; a Diretiva 2003/33/CE do Parlamento e do Conselho Europeu, relativamente à publicidade, promoção e patrocínio dos produtos do tabaco, a Recomendação do Conselho Europeu de 30 de Novembro de 2009 e a Resolução do Parlamento Europeu de 26 de

Novembro de 2009, que visavam a criação de espaços sem fumo. Em Portugal, a Lei nº 37/2007, veio estabelecer “normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.No nosso País, as medidas acordadas na Convenção vieram impor um esforço coletivo e intersectorial, incluindo para além do Ministério da Saúde(com atualmente em vigor o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016), o da Economia e Emprego, o Ministério da Educação e Ciência, o Instituto do Desporto e Juventude e outros sectores da sociedade civil como ordens profissionais, organizações não governamentais e sociedades científicas, entre outros.

2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MEIO ESCOLAR

A promoção da saúde é atualmente e unanimemente definida como “ um processo que visa criar condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam” (Carta de Ottawa, 1986).

A escola é um local privilegiado para a realização de promoção e educação para a saúde com o enfoque numa intervenção preventiva. As taxas de alfabetização no nosso país são elevadas, e a escolaridade obrigatória atualmente é até aos 18 anos de idade. Existem portanto, muitas oportunidades ao longo do tempo para realizar todo um trabalho formativo ao nível da saúde aos alunos, havendo a possibilidade da existência de parcerias entre escola e as unidades de saúde, com a inclusão de toda a comunidade e em especial a família de cada aluno.

A saúde e a sua promoção é atualmente e cada vez mais, uma preocupação em meio escolar não só dos enfermeiros e dos restantes técnicos de saúde como dos professores. São cada vez mais os programas de promoção da saúde que vão surgindo nas escolas, muitos dos quais impulsionados com algumas reformas que foram acontecendo no sistema educativo português, em especial após o ano de 2001, onde aconteceram importantes reorganizações escolares.Nessa altura existiram áreas curriculares onde a promoção da saúde foi sendo incluída, como sejam as antigas disciplinas de formação cívica e a área de projeto.

No ano letivo de 2013/2014, a operacionalização do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) - (Aprovado pelo Despacho nº 12 025/2006, de 9 de Maio) – inclui atividades nas áreas da saúde individual e coletiva, da inclusão escolar, do ambiente e saúde e da promoção de estilos de vida saudáveis, bom como a um conjunto de intervenções prioritárias orientadas para necessidades concretas da comunidade educativa. Como áreas prioritárias de intervenção o PNSE encontra-se a promoção da literacia em saúde. Neste sentido, “ *são privilegiados os projetos de promoção da saúde em meio escolar que contribuam para a promoção da saúde mental e a melhoria dos determinantes em saúde, como a prevenção e o início do consumo do tabaco e álcool, a educação sexual em meio escolar, o aumento da ingestão de frutas e vegetais, o aumento da prática de atividade física, a promoção da mobilidade segura e a promoção de boas práticas de saúde oral*” (Orientação da Direção Geral de Saúde (DGS) para a implementação do PNSE – Ano Letivo2013/2014, pág. 3).

3 CARACTERIZAÇÃO DOS CONCELHOS DE ODIVELAS E LOURES

O concelho de Loures com 160,31 Km² de área e 205 054 habitantes (2011), tem na sua constituição duas cidades, Loures e Sacavém, e sete vilas. Foi criado em 1886 e nos anos 80 era constituído por 25 freguesias, passando a 18 aquando da criação do concelho de Odivelas. Atualmente tem 10 freguesias, após a entrada em vigor da reforma administrativa de 2013. Loures, sede de concelho, agrupa então as freguesias de: Bucelas, Fanhões, Loures, Lousa, União das Freguesias de Camarate, Unhos e Apelação, União das Freguesias de Moscavide e Portela, União das Freguesias de Sacavém e Prior Velho, União das Freguesias de Santa Iria da Azoia, Bobadela e São João da Talha, União das Freguesias de Santo Antão e São Julião do Tojal e finalmente a União de Freguesias de Santo António dos Cavaleiros e Frielas. Nele podemos encontrar uma área rural a norte, uma área urbana a sul e ainda uma industrializada a oriente.

O concelho de Odivelas surgiu em 1998, em consequência da secessão das sete freguesias da então zona sudoeste do concelho de Loures. Este município tem apenas 25,13 Km² de área e 144 549 habitantes (2011). Atualmente as freguesias que fazem parte deste município são a União de Freguesias de Ramada e Caneças, Odivelas, a União de Freguesias da Pontinha e Famões e a União de Freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto. Este concelho possui uma ligação a Lisboa através da linha de metropolitano, possuindo as estações de Senhor Roubado e Odivelas deste 27 de Março de 2004.

3.1 ACES ODIVELAS/LOURES

No âmbito da reorganização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT), em Novembro de 2012, foi criado o ACES Loures Odivelas. Este ACES resultou da fusão dos antigos ACES da Grande Lisboa V- Odivelas e ACES da Grande Lisboa VI- Loures. Assim, este ACES serve as populações dos concelhos de Loures e Odivelas.

3.2 USP DO ACES LOURES ODIVELAS

A USP do ACES Loures – Odivelas tem a sua localização em Santo António dos Cavaleiros (Avenida Carlos Andrade, s/n, 2660 – 243 Santo António dos Cavaleiros) e o seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 9h00 às 18h00. Tem por missão promover a utilização de todos os recursos ao seu alcance, incluindo os Serviços de Saúde do ACES Loures – Odivelas e os da comunidade, com o fim de atingir um elevado nível da saúde para a população, usando como meios para defender, proteger e promover a saúde, a investigação e vigilância epidemiológica, o planeamento em saúde, a avaliação do impacto das

intervenções no nível de saúde da comunidade, a autoridade de saúde e outros instrumentos técnico-científicos da área da saúde pública, posicionando-se como elemento catalisador de parcerias e estratégias intersectoriais.

Esta USP é constituída por uma equipa técnica multidisciplinar composta por 6 médicos de saúde pública, 4 enfermeiros com formação em saúde pública ou em saúde comunitária, 10 técnicos de saúde ambiental, 5 assistentes técnicos e 1 assistente operacional, podendo também integrar temporariamente, outros profissionais que sejam considerados necessários na área da saúde pública, nomeadamente, médicos dentista, técnicos do serviço social, psicólogos clínicos, estatistas, juristas, enfermeiros especialistas em saúde mental, higienistas orais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, informáticos e motoristas.

Os objetivos a atingir pela USP são no período de tempo de 2023-1016:

- Proceder à vigilância epidemiológica;
- Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- Desenvolver as diversas atividades de planeamento em saúde, incluindo a identificação das necessidades de saúde da população, propor e/ou implementar as necessárias intervenções e proceder à avaliação do impacto em saúde das mesmas;
- Gerir programas e projetos de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos, no quadro dos programas nacionais, regionais ou locais;
- Colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde;
- Assegurar a funcionalidade do sistema e circuitos de informação, acedendo à informação armazenada nos sistemas integrados de informação em saúde, existentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular os relevantes para o ACES Loures – Odivelas;
- Assegurar a cooperação e articulação com outras instituições relevantes para a saúde, públicas ou privadas, com partilha e divulgação de informação e conhecimento facilitador da intervenção multisectorial, definidas em protocolo, quando adequado;
- Promover a articulação com as outras unidades funcionais do ACES Loures – Odivelas.
- Integrar as competências inerentes ao exercício das funções de autoridade de saúde exercidas pelo delegado de saúde e delegados de saúde adjuntos do ACES Loures – Odivelas,
- Desenvolver a formação dos diversos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua, bem como a investigação.

Estão previstos no Plano de Atividades da USP do ACES de Loures Odivelas 2013-2016, a realização de vários projetos, um dos quais é o “Programa Nacional de Saúde Escolar no ACES de Loures-Odivelas 2013-2014 (Anexo III), que servirá de base para a realização deste projeto de estágio.

4 DESENHO DO PROJETO

Tendo em conta a problemática de prevenção do tabagismo em meio escolar, nomeadamente nos alunos do 9º ano de escolaridade dos Agrupamentos de Escolas de Loures e Odivelas, procede-se à elaboração do desenho de projeto, isto é, serão delineadas as várias etapas que permitirão a colocação do mesmo em prática, assim como a posterior avaliação do mesmo. Desta forma, será inicialmente apresentado o diagnóstico de situação, posteriormente definidas prioridades e traçados indicadores de avaliação e metas a atingir. Serão apresentadas ainda as entidades envolvidas no mesmo e o plano de atividades deste estágio (Anexo I).

4.1 DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Segundo Imperatori et al, 1993, um planeamento em saúde, para se poder proceder a qualquer intervenção, deverá existir um diagnóstico da situação, que seja fiável e atualizado, pois a não ser assim, o resultado da intervenção poderá ser desadequado e insuficiente. O diagnóstico constitui-se como o ponto de partida, ao qual se irá voltar para se poder perceber a melhoria face à intervenção.

A prevenção do tabagismo em meio escolar é uma necessidade sentida pela USP do ACES de Loures - Odivelas e por isso dispõe já de um Programa Nacional de Saúde Escolar para o ACES de Loures- Odivelas 2013-2014. Neste programa está definido como objetivo: Implementar um projeto estruturado de prevenção e controlo do tabagismo de âmbito populacional de 25% dos estabelecimentos de educação e ensino que lecionam o 9º ano.

4.2 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Após o diagnóstico da população deverão ser selecionados os problemas relevantes e definir prioridades de atuação, sendo elas magnitude do problema, transcendência e vulnerabilidade (Imperatori et al, 1993).

Assim, a magnitude do problema está relacionada com a importância do mesmo, pois o tabagismo, condiciona o estado de saúde dos alunos atual e no futuro. No que diz respeito à transcendência, que diz respeito à importância segundo o grupo etário alvo a que se dirige, que neste caso são adolescentes e jovens, percebe-se a emergente importância desta intervenção pois o futuro depende das camadas mais jovens da população. No que à vulnerabilidade diz respeito, esta está relacionada com a possibilidade de prevenção. Todas as ações de prevenção levadas a cabo poderão significar em ganhos de saúde no futuro, uma vez que o tabaco está identificado como primeiro causador de doenças evitáveis.

4.3 PLANO DE ATIVIDADES

Após o diagnóstico, surge a necessidade de definir o espaço e o tempo em que vai ser realizada a intervenção. Assim será apresentado no ANEXO I o cronograma do Estágio em em ANEXO II o Plano de Atividades.

4.4 OBJETIVOS, INDICADORES E METAS

Com a elaboração do diagnóstico de situação, perante o qual é necessário intervir, surge então a necessidade de traçar objetivos a atingir, num determinado espaço de tempo. Assim como definir indicadores e traçar metas a atingir.

Quadro 1 – Objetivos, indicadores e metas atingidos

Objetivo	Indicadores	Meta
Promover a capacitação na tomada de decisão em relação ao consumo tabaco nos alunos do 9º ano dos Agrupamentos de Escolas dos Concelhos de Loures e Odivelas	Nº total de agrupamentos alvo de intervenção/ Nº total de escolas que lecionam o 9º ano x 100 = $8/30 \times 100 = 27\%$	25% Junho 2014
	Nº total de sessões de educação para a saúde realizadas/ nº total de sessões de sessões de educação para a saúde planeadas x 10 = $9/9 \times 100 = 100\%$	100% Maio 2014

5 CONCLUSÃO

O tabagismo após o desenvolvimento industrial do século XX, e a massificação da produção de cigarros, tornou-se um grave problema de saúde pública e atualmente é uma das principais causas de morte evitáveis em todo o mundo. O tabagismo e a inoculação de fumo ambiental, é transversal a toda a população portuguesa e hoje, são unanimemente reconhecidos os malefícios do tabaco para a saúde das pessoas. O seu consumo está relacionado com o aparecimento de doenças respiratórias, cardiovasculares, oncológicas, entre outras. Assim sendo, é importante e urgente intervir cada vez mais no sentido da prevenção do consumo do tabaco, e em especial nos grupos mais novos da população. Pela complexidade relacionada com o consumo do tabaco, a sua prevenção ao nível de toda a população e especialmente, em grupos etários de jovens e adolescentes, deverá ter em conta diferentes determinantes quer sejam, sociais, culturais, comportamentais, genéticos e mesmo económicos. Uma abordagem holística do problema, integrada por diversas medidas e iniciativas, centradas em especial na prevenção à iniciação do consumo, e na promoção da cessação tabágica, na promoção da exposição ao fumo e na própria criação de um ambiente económico, cultural e social propício à escolha dos cidadãos pela adoção de estilos de vida saudáveis (OMS, 2003;2008).

Ao longo deste estágio a mestranda pretende levar a cabo todos os objetivos traçados para este estágio, operacionalizando o presente projeto de estágio, que se pretende vir a resultar em ganhos em saúde para os alunos do 9º ano das Escolas dos Concelhos de Loures e Odivelas, e assim adquirir competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

ANEXOS

ANEXO I – PLANO DE ATIVIDADES

Domínio de Competências a Adquirir	Objetivos	Atividades	Quem	Quando e Onde
<ul style="list-style-type: none"> • Procede à Elaboração do Diagnóstico de Saúde da Comunidade • Estabelece prioridades em saúde de uma comunidade • Estabelece prioridades em saúde de uma comunidade 		<ul style="list-style-type: none"> • Reunião de Apresentação do Estágio 	<ul style="list-style-type: none"> - Professores Orientadores - Turma de Mestrado 	<p>Dia 13/03/2014 Escola Superior de Saúde Santarém (ESSS)</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Reunião de apresentação com a Enfermeira Especialista Josefina Chemela • Realização de visita guiada às instalações da USP de Loures Odivelas e conhecimento das suas áreas de abrangência e do seu modo de funcionamento e organização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda - Enf.ª Josefina Chemela 	<p>26/03/2014 Instalações da USP de Loures Odivelas</p>
	<p>- Demonstrar capacidades de análise das situações de saúde com impacto comunitário e família.</p> <p><u>Objetivos Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Caracterizar o parque escolar dos concelhos de Loures e Odivelas; b) Analisar os desafios vigentes na área de Especialização da Enfermagem na 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição do problema e objetivos a atingir com o projeto de estágio. • Pesquisa bibliográfica sobre a constituição de ACES Loures Odivelas, e suas unidades funcionais; • Pesquisa bibliográfica sobre os concelhos de Odivelas e Loures. • Pesquisar dados atuais sobre os hábitos tabágicos dos adolescentes em meio urbano, e nos concelhos de Loures e Odivelas. • Conhecer o número de agrupamentos existentes nos dois concelhos, assim como o número de escolas e alunos existentes em cada uma delas; • Seleção dos agrupamentos e escolas alvo de intervenção; • Apresentação do Projeto de Estágio a desenvolver. • Conclusão do projeto de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda 	<p>Semanas de 17 a 28/03/2014 Instalações da USP de Loures Odivelas</p>

	<p>Comunidade na área da saúde escolar, no que diz respeito à prevenção do tabagismo.</p>			
	<p>- Diagnosticar necessidades /problemas em cuidados especializados em Enfermagem Comunitária. <u>Objetivos Específicos:</u> a) Identificar quais as especificidades sociodemográficas , económicas e ambientais que influenciam os determinantes de saúde da população do 3º ciclo do ensino básico dos concelhos de Loures e Odivelas, assim como os</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento dos Recursos existentes na Comunidade, através de: <ul style="list-style-type: none"> - Conversas informais e formais com todos os elementos de enfermagem da USP de Loures Odivelas; • Conhecer as metas e objetivos a atingir pela USP de Loures Odivelas. <ul style="list-style-type: none"> - Consulta da documentação e programas da USP de Loures Odivelas; - Levantamento das necessidades identificadas na área da saúde escolar no âmbito da prevenção do tabagismo; - Identificação dos indicadores contratualizados pela USP na área da saúde escolar. • Pesquisa bibliográfica de suporte ao trabalho desenvolvido. 	<p>- Mestranda</p>	<p>Semana de 31/03 a 04/04/2014 Instalações da USP de Loures Odivelas</p>

	recursos disponíveis na comunidade.			
<ul style="list-style-type: none"> • Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas • Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planear o projeto de intervenção em cuidados especializados em Enfermagem Comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento do Projeto de Intervenção na Comunidade: <ul style="list-style-type: none"> - Definição de critérios objetivos para definição das prioridades de intervenção na comunidade em Enfermagem Comunitária; - Definição da estratégia a adotar para a implementação do projeto de acordo com as características da população alvo de intervenção – alunos do 3º ciclo das Escolas do concelho dos concelhos de Loures e Odivelas. - Elaboração do Projeto de Intervenção na Comunidade tendo em conta os recursos disponíveis, os aspetos socioculturais e a dicotomia necessidades sentidas/necessidades reais. - Pesquisa bibliográfica de suporte. 	- Mestranda	Semana de 31/03 a 04/04/2014 Instalações da USP de Loures Odivelas
<ul style="list-style-type: none"> • Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania. • Integra, nos processos de mobilização e 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação do projeto de intervenção de prevenção do tabagismo em 25% dos alunos do 9º ano das escolas dos concelhos de Loures e Odivelas 	<ul style="list-style-type: none"> - Marcação de reuniões com professores responsáveis pela saúde escolar em cada escola; - Seleção das turmas, dentro dos agrupamentos selecionados, relativamente às quais serão realizadas sessões de educação para a saúde sobre “prevenção do tabagismo”; 	- Mestranda	Semanas de 31/03 a 11/04/2014 Instalações da USP de Loures Odivelas e Escolas
		<ul style="list-style-type: none"> - Realização das sessões de educação para a saúde às turmas selecionadas. - Entrega de materiais e panfletos a alunos e professores. 	- Mestranda	Semanas de 05/05 a 26/05/2014 nas escolas

<p>participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procede à gestão da informação em saúde aos grupos da comunidade • Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde 		- Realização de um seminário comemorativo do Dia Mundial sem Tabaco, aberto a toda a comunidade educativa.	- Mestranda	Dia 6 de Junho de 2014 Auditório da Escola Secundária Pedro Alexandrino
		- Colaboração em todas as atividades e projetos a decorrer na USP, sempre que tal seja solicitado.	- Mestranda	Ao longo de todo estágio
		- Realização do Relatório de Estágio.	- Mestranda	Ao longo de todo estágio
		- Divulgação dos resultados obtidos em Seminário.	- Professores Orientadores - Turma de Mestrado	03/07/2014 na ESSS

ANEXO II – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

		Março			Abril			Maio					Junho				Julho			
Semanas		10	17	24	31	7	14	28	05	12	19	26	02	09	16	23	30	07	14	21
		14	21	28	04	11	25	02	09	16	23	30	06	13	20	27	04	11	18	25
Atividades	Atividades na Escola																			
	Conhecer a organização, funcionamento, estratégia e carteira de serviços da USP																			
	Reuniões com Professora Orientadora e Enfermeira Cooperante no sentido da definição do Projeto de Estágio																			
	Elaboração do Projeto de Estágio																			
	Marcação de reuniões com responsáveis da Saúde Escolar das escolas selecionadas																			
	Desenvolvimento de Panfletos e Apresentações para Sessões de Educação para a Saúde nas Escolas																			
	Realização de Sessões de Educação para a Saúde nas Escolas																			
	Seminários na Escola Superior de Saúde de Santarém																			
	Seminário numa das Escolas Selecionadas sobre Tabagismo																			
	Finalização do Relatório de Estágio																			
	Discussão do Relatório Final de Estágio																			

ANEXO III – PROJETO DA USP DO ACES DE LOURES E ODIVELAS



PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR NO ACES LOURES-ODIVELAS

2013-2014

USP Loures-Odivelas

Responsável pelo Programa – Nuno Lopes,
Executores – Fátima Borrego, Josefina Chemela, Ângela Dias

I – ENQUADRAMENTO

O **Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Loures-Odivelas** baseia-se nos princípios e pressupostos do PNSE da Direção-Geral da Saúde (Despacho n.º 12.045/2006, 2.ª série, publicado no Diário da República n.º 110, de 7 de junho), bem como nos postulados das Escolas Promotoras de Saúde.

No âmbito das competências dos serviços de saúde pública definidas nas alíneas e) e f) do Artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, à Unidade de Saúde Pública (USP) compete *gerir o Programa de Saúde Escolar, bem como participar na execução das suas Atividades, no que respeita aos determinantes globais da saúde ao nível dos comportamentos e do ambiente, ou seja, gerir as quatro áreas de intervenção definidas pelo Programa Nacional (saúde individual e colectiva; inclusão escolar; ambiente escolar; estilos de vida) e participar na execução das atividades de duas dessas áreas (estilos de vida e ambiente escolar).*

O PNSE no ACES Loures-Odivelas 2013-2014 será desenvolvido nos estabelecimentos de educação e ensino da área de influência do ACES, abrangendo toda a comunidade pré-escolar e escolar dos Agrupamentos de Escolas (AE) e Escolas Secundárias (ES) Não Agrupadas de Loures, Odivelas, Sacavém e Pontinha (em anexo – **parque e população escolares em construção**).

II – OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O PNSE no ACES Loures-Odivelas 2013-2014 tem como objetivo geral cumprir as finalidades do PNSE da Direção-Geral da Saúde:

- ❑ Promover e proteger a saúde da comunidade educativa, potenciando o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e jovens escolarizados (SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA).
- ❑ Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais (INCLUSÃO ESCOLAR).
- ❑ Promover um ambiente escolar seguro e saudável (AMBIENTE ESCOLAR).
- ❑ Reforçar os fatores protectores relacionados com os estilos de vida saudáveis (ESTILOS DE VIDA).
- ❑ Contribuir para que cada Escola seja um espaço saudável, potenciando as seguintes dimensões da Escola Promotora de Saúde:
 - Curricular – um currículo de educação para a saúde;
 - Psicossocial – um clima organizacional saudável;
 - Ecológica – um ambiente físico saudável e seguro;
 - Comunitária – um bom relacionamento com as famílias e os serviços autárquicos e de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar um projeto estruturado de prevenção e controlo do tabagismo de âmbito populacional em 25 % dos estabelecimentos de educação e ensino que leccionam o 3.º Ciclo; (Nomeadamente ao nível dos alunos do 9º ano).
- Restantes objetivos a definir com a equipa de saúde escolar (ainda não constituída; USP aguarda resposta da UCC Pontinha e da URAP, de modo a enviar proposta de equipa à Sr.ª Diretora Executiva, para aprovação).

III – ATIVIDADES

Grupo 1.

Atividades de gestão do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde das diversas Unidades do ACES nas quatro áreas de intervenção definidas pelo PNSE (*saúde individual e coletiva; inclusão escolar; ambiente escolar; estilos de vida*), visando o cumprimento dos conteúdos programáticos de cada uma das áreas (como definido nas páginas 9-18 do PNSE da DGS).

Grupo 2.

Atividades de apoio e colaboração (com todos os AE/ES e respetivos Professores-Coordenadores de Educação para a Saúde e Professores Delegados para a Segurança) nas atividades que dizem respeito à *Educação para a Saúde e Educação Sexual* (de acordo com a Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar) (ESTILOS DE VIDA) e à *Promoção da Segurança e Prevenção dos Acidentes* (de acordo com as diretrizes publicadas em http://www.sg.min-edu.pt/docs/seg_esc_desd_01.pdf, que estabelecem os pontos de partida para a utilização, manutenção e segurança das Escolas) (AMBIENTE ESCOLAR).

Grupo 3.

Atividades de apoio à participação parental e a todas as iniciativas de inovação pedagógica, que integrem os pais e os encarregados de educação e os professores e educadores, propostas pelas Escolas.

Grupo 4.

Atividades específicas do Projeto de Prevenção e Controlo do Tabagismo (a definir com a equipa de saúde escolar, ainda não constituída).

IV – INDICADORES E METAS

INDICADORES

DESIGNAÇÃO	DESCRIÇÃO	META
<i>Implementação de projeto estruturado de prevenção e controlo do tabagismo de âmbito populacional, em estabelecimentos de educação e ensino que leccionem o 3.º Ciclo</i>	N.º de estabelecimentos de educação e ensino que leccionem o 3.º Ciclo com projeto estruturado de prevenção e controlo do tabagismo de âmbito populacional / N.º total de estabelecimentos de educação e ensino que leccionam o 3.º Ciclo em Loures e Odivelas * 100	25%

V – CRONOGRAMA

ANO E MESES	2013											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Grupo 1												
Grupo 2												
Grupo 3												
Grupo 4												

ANO E MESES	2014											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Grupo 1												
Grupo 2												
Grupo 3												
Grupo 4												

VI – RECURSOS

MATERIAIS

Instalações: Sala de reuniões da Extensão de Santo António dos Cavaleiros do ACES Loures-Odivelas.

Equipamentos: Computador portátil; *Data show*.

HUMANOS

O PNSE no ACES Loures-Odivelas será desenvolvido com os seguintes recursos humanos da Unidade de Saúde Pública:

Nuno Lopes / Hugo Esteves, Médico – X horas semanais (X horas para a organização da implementação, execução e avaliação do Programa, como responsável pelo mesmo; X horas para preparação das atividades desenvolvidas nas Escolas no âmbito dos Estilos de Vida/Prevenção do Tabagismo; X horas para a dinamização das atividades nas Escolas no âmbito dos Estilos de Vida/Prevenção do Tabagismo)

Fátima Borrego, Enfermeira – X horas semanais (X horas para a coordenação dos enfermeiros que participam nas atividades de saúde escolar; X horas para dinamização de atividades nas Escolas no âmbito dos Estilos de Vida/Prevenção do Tabagismo)

Josefina Chemela, Enfermeira – X horas semanais (elo de ligação com a UCC Loures; dinamização de atividades nas Escolas no âmbito dos Estilos de Vida/Prevenção do Tabagismo)

Ângela Dias, Enfermeira – X horas semanais (elo de ligação com as UCCs Odivelas e Pontinha; dinamização de atividades nas Escolas no âmbito dos Estilos de Vida/Prevenção do Tabagismo)

Autoridades de Saúde e Técnicos de Saúde Ambiental – consultar o projeto específico (Projeto de vigilância/avaliação das condições de segurança, higiene e saúde nos estabelecimentos de educação e ensino)

O Programa de Saúde Escolar será igualmente desenvolvido por profissionais de saúde das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) de Loures, Odivelas e Pontinha. A UCC de Sacavém aguarda constituição.



Equipa de Saúde Escolar da UCC de Loures

Nome do profissional	N.º de horas Semanais	Agrupamentos	E-mails
Amélia Marques	15h	Agrupamento n.º2 e Agrupamento General Humberto Delgado	amelia.rosa@csloures.min-saude.pt
Patrícia Gonçalves	15h	Agrupamento n.º 1	patricia.goncalves@csloures.min-saude.pt
Patrícia Oliveira	13h	Agrupamento 4 de Outubro e Agrupamento João Villaret	patricia.oliveira@csloures.min-saude.pt

Equipa de Saúde Escolar da UCC de Odiveelas “Saúde a Seu Lado”

Nome do profissional	E-mail do profissional	N.º de horas/semana por profissional
Alexandra Sousa	alexandra.sousa@csodiveelas.min-saude.pt	13h / semana
Anabela Maroco	anabela.maroco@csodiveelas.min-saude.pt	19h / semana
Fátima Lino	fátima.lino@csodiveelas.min-saude.pt	19h / semana
Isabel Nunes	isabel.nunes@csodiveelas.min-saude.pt	14h / semana
José Valente	josé.valente@csodiveelas.min-saude.pt	25h / semana

E-mail da UCC de Odiveelas “Saúde a seu Lado”: ucc.odiveelas@csodiveelas.min-saude.pt

VII – ENTIDADES PARCEIRAS

Associações de Pais e Encarregados de Educação dos Concelhos de Loures e de Odiveelas
Câmaras Municipais de Loures e de Odiveelas
Juntas de Freguesia de Loures e de Odiveelas

VIII – AVALIAÇÃO

O PNSE no ACES Loures-Odivelas será avaliado através dos indicadores constantes na grelha de avaliação em saúde escolar solicitada pelo Departamento de Saúde Pública da ARSLVT, I.P., os quais dizem respeito a:

- Parque e População Escolares
- Exame de Saúde Global
- Programa Nacional de Vacinação
- Necessidades de Saúde Especiais
- Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes
- Programa de Prevenção de Acidentes em Meio Escolar
- Segurança, Higiene e Saúde nas Escolas
- Projetos Específicos de Promoção da Saúde
- Parcerias
- Acidentes Escolares e Peri-Escolares
- Intervenção dos Higienistas Orais em Saúde Escolar

A USP coordena a avaliação do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde escolar nas quatro áreas de intervenção (*saúde individual e colectiva; inclusão escolar; ambiente escolar; estilos de vida*), através dos seguintes indicadores definidos pelo PNSE da DGS:

1.

- % de centros de saúde do ACES Loures-Odivelas com Programa de Saúde Escolar
- N.º de profissionais de saúde escolar (por categoria profissional)
- N.º de horas atribuídas para saúde escolar / N.º de horas previstas pelo Programa Nacional de SE x 100

2.

- Taxa de cobertura por SE dos Jardins-de-infância
- Taxa de cobertura por SE das Escolas do Ensino Básico
- Taxa de cobertura por SE das Escolas do Ensino Secundário
- Taxa de cobertura por SE dos alunos dos Jardins-de-infância
- Taxa de cobertura por SE dos alunos das Escolas do Ensino Básico

- Taxa de cobertura por SE dos alunos das Escolas do Ensino Secundário
- Taxa de cobertura por SE dos educadores dos Jardins-de-infância
- Taxa de cobertura por SE dos professores das Escolas do Ensino Básico
- Taxa de cobertura por SE dos professores das Escolas do Ensino Secundário
- Taxa de cobertura por SE dos assistentes operacionais dos Jardins-de-infância
- Taxa de cobertura por SE dos assistentes operacionais das Escolas do Ensino Básico
- Taxa de cobertura por SE dos assistentes operacionais das Escolas do Ensino Secundário

3.

- % de alunos com Exame Global de Saúde aos 6 anos de idade
- % de alunos com Exame Global de Saúde aos 13 anos de idade
- % de alunos com Necessidades de Saúde Especiais acompanhados
- N.º de Planos de Saúde Individuais elaborados / N.º de alunos com NSE sinalizados x 100
- N.º de recomendações de saúde nos Programas Educativos Individuais elaboradas / N.º de alunos com NSE sinalizados x 100
- % de alunos com Necessidades de Saúde Especiais encaminhados
- % de alunos com Necessidades de Saúde Especiais tratados
- N.º de acidentes ocorridos na escola
- N.º de acidentes ocorridos na escola tratados
- N.º de acidentes ocorridos na escola mortais
- N.º de escolas com projetos nas áreas prioritárias de promoção da saúde (estilos de vida saudáveis) (por tema)
- N.º de alunos abrangidos por projetos nas áreas prioritárias (por tema)
- N.º de professores / educadores abrangidos por projetos nas áreas prioritárias (por tema)
- N.º de assistentes operacionais abrangidos por projetos nas áreas prioritárias (por tema)
- N.º de pais / encarregados de educação abrangidos por projetos nas áreas prioritárias (por tema)

Avaliação da participação da USP na execução das atividades ao nível dos comportamentos e do ambiente:

A USP avalia o trabalho que os seus profissionais desenvolvem nas áreas **estilos de vida e ambiente escolar**, através dos seguintes indicadores definidos pelo Programa Nacional:

- % de estabelecimentos de educação e ensino avaliados quanto à segurança, higiene e saúde

- % de estabelecimentos de educação e ensino com boas condições de segurança, higiene e saúde
- N.º de Planos de Prevenção e Emergência avaliados / N.º de AE/ES x 100
- N.º de Professores Delegados para a Segurança presentes nas reuniões / N.º de AE/ES x 100
- N.º de Projectos de Educação para a Saúde avaliados / N.º de AE/ES x 100
- N.º de Professores Coordenadores de Educação para a Saúde presentes nas reuniões / N.º de AE/ES x 100
- N.º de escolas com projectos nas áreas prioritárias de promoção da saúde (estilos de vida saudáveis) (por tema)
- N.º de alunos abrangidos por projectos nas áreas prioritárias (por tema)
- N.º de professores / educadores abrangidos por projectos nas áreas prioritárias (por tema)
- N.º de assistentes operacionais abrangidos por projectos nas áreas prioritárias (por tema)
- N.º de pais / encarregados de educação abrangidos por projectos nas áreas prioritárias (por tema)
- N.º de profissionais de saúde escolar presentes nas formações / N.º total de profissionais de saúde escolar do ACES Loures x 100

PERIODICIDADE

Anual.

IX – DOCUMENTAÇÃO DE APOIO

Programa Nacional de Saúde Escolar, Direção-Geral da Saúde (Despacho n.º 12.045/2006, 2.ª série, publicado no Diário da República n.º 110, de 7 de junho)

Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar)

Promoção da Segurança e Prevenção dos Acidentes (diretrizes publicadas em http://www.sg.min-edu.pt/docs/seg_esc_desd_01.pdf, que estabelecem os pontos de partida para a utilização, manutenção e segurança das Escolas)

Declaração de Vilnius, Terceira Conferência Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, Vilnius, Lituânia

Construindo Escolas Promotoras de Saúde: Directrizes para Promover a Saúde em Meio Escolar. International Union for Health Promotion and Education (www.iuhpe.org)

**ANEXO IV – GUIA ORIENTADOR PARA A ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA AOS
INFORMANTES CHAVE**

GUIÃO DE ENTREVISTA PROFESSORES

Prof.º/Prof.ª _____ Escola _____

Sou uma aluna do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, a estagiar na USP do ACES de Loures Odivelas e tenho por objetivo: **Prevenir o tabagismo nos alunos do 9º ano das Escolas do Concelho de Loures e Odivelas.**

Esta é um problema identificado a nível dos ministérios da saúde e educação e mais especificamente, pela USP do ACES de Loures e Odivelas.

Gostaria então de solicitar a sua autorização para realizar, neste momento, uma entrevista semiestruturada e tomar nota das suas respostas em papel. Aceita?

1. Este é um problema identificado nesta Escola?

2. Há algum trabalho a ser desenvolvido nesta área, este ano letivo?

3. Qual o número médio de alunos que fumam nas turmas do 9º ano?
(Menos que 5____; 5-10____; 10-15____; 25-20____; 20 ou mais____)
4. Na sua perceção, os consumos iniciam-se em que idade? _____
5. Sabe qual a frequência e o número de cigarros que os alunos fumadores, fumam? _____
6. Na sua perspetiva, qual o motivo que leva os alunos a iniciar este consumo? _____
7. Considera importante a realização de um projeto em parceria com a escola na área da prevenção do tabagismo? _____
8. Gostaria de em colaboração com a USP do ACES de Loures e Odivelas desenvolver uma sessão de educação para a saúde, este ano letivo, numa turma do 9º ano. Tal seria possível? Se sim, a que turma? _____ Qual o número de alunos da mesma? _____ Que idades têm os alunos? _____ Quantos rapazes? _____ Quantas raparigas? _____
9. Quando acha possível desenvolver esta sessão? _____
10. No âmbito de que disciplina? _____
11. No culminar deste projeto, e também com a finalidade de comemorar o Dia Mundial Sem Tabaco, irá ser realizado um seminário referente a esta temática numa das escolas alvo de intervenção (local, data e hora ainda a definir), aberto a toda a comunidade escolar dos concelhos de Loures e Odivelas. Neste seminário, está prevista a presença de algumas figuras públicas assim como oradores da área da saúde. Esta escola estaria disponível para receber este evento? _____

ANEXO V – PLANO DE SESSÃO

PLANO DE SESSÃO

LOCAL: Escola _____
GRUPO DESTINATÁRIO: turma _____
PRELETOR: Filipa Caetano
TEMA: Prevenção do Tabagismo nos alunos do 9º Ano
DATA: __/__/__ DURAÇÃO: 90´

OBJECTIVO GERAL:

- Educar para a saúde em relação à prevenção do tabagismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Indicar as doenças associadas ao consumo do tabaco;
- Enumerar fatores de risco relacionados com o consumo do tabaco;
- Refletir sobre porquê os fumadores consomem tabaco;
- Reconhecer os benefícios para a saúde resultantes de não fumar.

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEÚDO	MÉTODO
INTRODUÇÃO	5´	- Apresentação - Citar objetivos - Tema	Expositivo
DESENVOLVIMENTO	35´	- Dinâmica de grupo	Interativo
INTERVALO (10´)			
DESENVOLVIMENTO	20´	- O que é o Tabaco - Consequências do consumo de tabaco para a saúde - Benefícios para a saúde de uma vida livre de fumo	Expositivo
CONCLUSÃO/ DISCUSSÃO	25´	- Visionamento de um filme - Discussão do tema "Porquê fumar!" - Esclarecimento de dúvidas	Interativo

ANEXO VI – SLIDES DA APRESENTAÇÃO

Vida sem Tabaco é Melhor Vida!

Projeto de Prevenção do Tabagismo

Maio, 2014

Tabaco

- O Tabaco é o nome comum dado às plantas do género *Nicotiana* da qual é extraída a substância chamada Nicotina.

Tabaco

Cigarros

- Cigarros industrializados
- Cigarros enrolados à mão

Outros tipos de tabaco fumado

- Cachimbo
- Charutos
- Cigarrilhas

Tabaco

Outros tipos de tabaco:

- Tabaco de mascar
- Tabaco de inalar

Tabaco

- O Cigarro constitui uma pequena porção de tabaco seco e picado que é enrolado em papel.
- Para além do tabaco, o cigarro, também possui outras substâncias que lhe são adicionadas, aquando da sua preparação.

Quais os Efeitos do Consumo do Tabaco na Saúde?

Quais os Efeitos do Consumo do Tabaco na Saúde?

Mais de 4.000 substâncias químicas



Quais os Efeitos do Consumo do Tabaco na Saúde?

Monóxido de Carbono



Quais os Efeitos do Consumo do Tabaco na Saúde?

Carcinógenos = substâncias capazes de provocar cancro



Quais os Efeitos do Consumo do Tabaco na Saúde?

Numerosos estudos confirmam a associação entre o consumo de tabaco e uma maior probabilidade de se virem a **contrair numerosas doenças**, com particular destaque para o cancro e para as doenças do foro **respiratório e cardiovascular**.

Quais os Efeitos do Consumo do Tabaco na Saúde?

Assim estão relacionados com o tabaco:

- 1/3 de todos os casos de cancro;
- 90% dos cancros do pulmão;
- Cancro do aparelho respiratório superior: lábio, língua, boca, faringe e laringe;
- Doenças do aparelho circulatório: enfartes;
- Doenças respiratórias crónicas: bronquite, enfisema e asma;
- Irritação ocular e das vias aéreas superiores.



Quais os Efeitos do Consumo do Tabaco na Saúde?

Na mulher

- Menor fertilidade
- Menopausa precoce
- Risco agravado de osteoporose
- Em mulheres com mais de 35, em conjugação com a pílula, risco aumentado de doença cardiovascular

Quais os Efeitos do Consumo do Tabaco na Saúde?

Na gravidez

- Aumenta o risco de aborto espontâneo
- Aumenta o risco de gravidez ectópica
- Prematuridade
- Baixo peso ao nascer
- Mortalidade perinatal



Tabaco e a dependência

Nicotina



A nicotina é uma das substâncias existentes na folha e no fumo do tabaco. É uma droga com propriedades psicoativas, sendo a responsável pela dependência provocada pelo consumo do tabaco.

Tabaco e a dependência

Nicotina

Provoca dependência

Física

Psicológica

Tabaco e a dependência



Nicotina



Fumar pode tornar-se um hábito, do qual muitos fumadores têm dificuldade em libertar-se!

O melhor é nunca começar a fumar!

Fumo Ambiental

Fumador
Passivo



Mais Saúde!

Não fumar e no caso dos fumadores, **deixar de fumar** traduz-se em ganhos para a saúde!



Diminuição do risco da ocorrência de **cancro**, de **doenças cardiovasculares mortais** e de **doenças respiratórias crónicas**.

Mais Saúde!

- Menor aparecimento de rugas precoces na face;
- Melhor saúde oral;
- Permite a poupança de dinheiro;
- Diminuição do risco de morte prematura!

Mais energia e bem estar!

Nos fumadores...

Deixar de fumar reduz o risco de cancro

- Após 5 anos de abstinência do tabaco, o risco de cancro da cavidade oral e do esófago, diminui para metade em relação aos que continuam a fumar!
- Após 10 anos de abstinência o risco de cancro do pulmão também diminui para cerca de metade, em relação ao risco verificado nas pessoas que continuam a fumar!

Discussão

Porquê fumar?!?

Fumar como moda – o exemplo de figuras publicas, pessoas de referência, pais e amigos

Porquê fumar?!?

Fumar como ritual de socialização e integração em grupos durante a adolescência

Porquê fumar?!?

Fumar por prazer

Porquê fumar?!?

Fumar para controlar o stress

Porquê fumar?!?

Publicidade

Ajuda para parar de fumar!

- Pede ajuda aos teus professores ou no teu Centro de Saúde!
- Temos uma consulta de acompanhamento juvenil e cessação tabágica para ti!

Todos merecemos não fumar!



ANEXO VII – DINÂMICA DE GRUPO

Dinâmica de Grupo – Narrativa “Resolução de Problemas”

Objetivos:

- Fomentar a capacidade de trabalhar em grupo e de gerir conflitos;
- Incentivar à reflexão sobre os papéis dos diferentes grupos intervenientes;
- Perceber que atitudes ter face aos problemas.

Participantes: turmas de 9º ano

Material: história com um problema a resolver.

História:

O Abel frequenta o 9º ano e tem 15 anos.

Durante um intervalo, apercebeu-se que o seu melhor amigo, o João, está a conversar com um outro rapaz que lhe dá um cigarro.

O Abel faz de conta que não viu nada. Mais tarde o João diz-lhe que tem uma coisa para lhe mostrar. O Abel hesitando, diz que tem que ir para casa, porque os pais estão à sua espera.

No dia seguinte, a situação repete-se. O Abel não consegue evitar o amigo, que o chama. O João começa a fumar o cigarro com o outro colega e oferece uma passa ao Abel, que recusa. Um auxiliar de educação presencia a situação, denunciando-a de seguida ao Conselho Diretivo.

Factos a ter em consideração:

- o auxiliar de educação denuncia os três alunos;
- os pais dos alunos serão informados sobre o que aconteceu;
- o regulamento da escola prevê como punição no caso do uso de drogas a expulsão dos infratores.

Grupos envolvidos:

Professores

Conselho Diretivo

Auxiliares da Ação educativa

Associação de Estudantes

Pais

O dinamizador terá que dividir a turma em vários grupos em representação dos acima identificados. Cada grupo irá então assumir uma posição de acordo com o papel que lhe cabe e terá algum tempo para se posicionar face ao problema. De uma forma rotativa, irão discutir sobre o problema e ouvir cada grupo. No final retiram-se conclusões.

Sugere-se que durante a atividade se reflita sobre as consequências dos nossos atos, a existência de conflitos organizacionais e a sua gestão, e qual a sensação de assumir o papel dos outros.

ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ALUNOS

Obrigada por colaborares neste questionário. Ele está organizado em duas partes.

Primeira parte: Perguntas gerais sobre ti e sobre o consumo do tabaco.

Segunda Parte: Avaliação da sessão sobre tabagismo apresentada.

Assina-la com uma cruz "X" a resposta que queres dar:

1	Qual o teu género/sexo? Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
2	Que idade tens? 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> > 18 <input type="checkbox"/>
3	Qual a tua nacionalidade/ dupla nacionalidade? Portuguesa <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____
4	O que achas que estarás a fazer quando terminares o 12º ano? Curso superior (universidade) <input type="checkbox"/> A trabalhar <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/>
5	Já experimentaste fumar, mesmo que uma ou duas passas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
6	Quantos anos tinhas quando fumaste o primeiro cigarro? Nunca experimentei <input type="checkbox"/> Menos que 10 anos <input type="checkbox"/> entre 10 e 12 anos <input type="checkbox"/> 13 anos ou mais <input type="checkbox"/>
6.1	Nos últimos 30 dias (um mês), em quantos dias fumaste cigarros? Nenhum dia <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> até 15 dias <input type="checkbox"/> De 15 a 30 dias <input type="checkbox"/>
6.2	Onde fumaste? Nunca fumei <input type="checkbox"/> Na rua <input type="checkbox"/> Festas/Cafés/ Discotecas <input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Na escola <input type="checkbox"/>

7	A última vez que fumaste 1 cigarro, nos últimos 30 dias, como o conseguiste? Não fumei <input type="checkbox"/> Comprei <input type="checkbox"/> Deram-me <input type="checkbox"/> Consegui de outra maneira <input type="checkbox"/>
8	Alguém da tua família fuma? Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Tios/Primos <input type="checkbox"/>
9	Nos últimos 7 dias, em quantos dias alguém fumou na tua casa, na tua presença? 0 dias <input type="checkbox"/> 1 a 3 dias <input type="checkbox"/> 4 a 6 dias <input type="checkbox"/> 7 dias <input type="checkbox"/>

SATISFAÇÃO COM A SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

1	Classifica o grau de satisfação em relação à Sessão de Educação para a Saúde : Insatisfeito <input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito <input type="checkbox"/> Satisfeito <input type="checkbox"/> Muito satisfeito <input type="checkbox"/>
2	Permitiu aprender coisas novas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3	Permitiu explorar um assunto de interesse? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4	Gostavas de ter mais Sessões de Educação para a Saúde sobre o Tabagismo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
5	O que mais gostaste de participar/assistir na sessão? Jogo <input type="checkbox"/> filme <input type="checkbox"/> Exposição <input type="checkbox"/> Discussão <input type="checkbox"/>
6	Gostavas de ter mais Sessões de Educação para a Saúde sobre outro tema? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual? _____

ANEXO IX – FOLHETO

Mais Saúde!

- Não fumar permite diminuir o risco de ocorrência de cancro, de doenças cardiovasculares mortais e doenças respiratórias crónicas.
- Menor aparecimento de rugas precoces.
- Melhor saúde oral.
- Permite a poupança de dinheiro.
- Maior sensação de energia e vitalidade.

Diminuição do risco de morte prematura!

Quais os efeitos do Tabaco para a Saúde ?

Numerosos estudos confirmam a associação entre o consumo de tabaco e uma maior probabilidade de se virem a contrair numerosas doenças, com particular destaque para o cancro e para as doenças do foro respiratório e cardiovascular.



Assim estão relacionados com o tabaco:

- 1/3 de todos os casos de cancro;
- 90% dos cancros do pulmão;
- Cancro do aparelho respiratório superior: lábio, língua, boca, faringe e laringe;
- Doenças do aparelho circulatório: enfartes;
- Doenças respiratórias crónicas: bronquite, enfisema e asma;
- Irritação ocular e das vias aéreas superiores.

Se precisares de ajuda para deixar de fumar dirige-te ao teu Centro de Saúde ou pede ajuda aos teus professores!

Unidade de Saúde Pública do ACES de Loures e Odivelas
Telefone: 21 9897825.



Vida Sem Tabaco É Mais Vida!

Projeto de Prevenção do Tabagismo

**31 de Maio
Dia Mundial Sem Tabaco**



2014

Tabaco



O tabaco pode ser consumido de diversas formas, Usualmente encontramos:



- Cigarros industrializados
- Cigarros enrolados à mão
- Cachimbo
- Charutos
- Cigarilhas

E ainda:

- Tabaco de mascar
- Tabaco de inalar

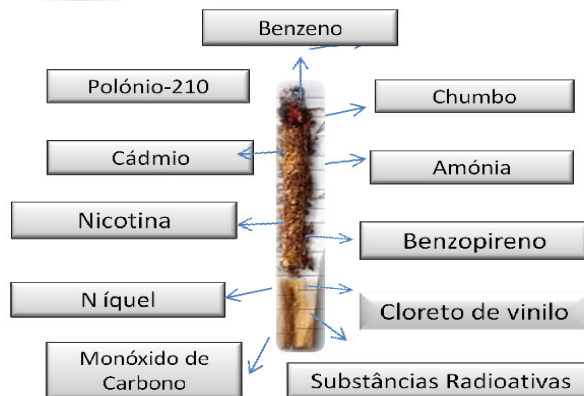
Todas as formas de consumir tabaco são malélicas para a saúde inclusive quando estamos expostos ao fumo de tabaco fumado pelos outros!

Estão identificadas mais de **40 substâncias capazes de provocar Cancro** em cada cigarro.

Muitas destas substâncias existem na folha do tabaco, outras resultam o seu processo de produção (do papel e das colas utilizadas) e dos aditivos químicos adicionados ao próprio cigarro.

Autópsia de um Assassino

Mais de 4.000 substâncias químicas



Nicotina



Provoca Dependência

Física

Psicológica

Quando os níveis de nicotina baixam no organismo o fumador pode sentir: dificuldade de concentração, insónia, ansiedade, irritabilidade, aumento de apetite.

A nicotina provoca uma sensação de prazer pois provoca estimulação dos centros cerebrais relacionados com o prazer, o que leva a pessoa a voltar a fumar.

O Melhor é nunca começar a fumar!

ANEXO X – CARTAZ

**Vida Sem
Tabaco
É Mais Vida!**

**31 de Maio
Dia Mundial
Sem Tabaco**

Mais Saúde Sem Fumo!

**Mais
Vitalidade!**

**Poupança de
Dinheiro!**

**Melhor
aparência!**

**Mais
energia!**



Corta isto da tua vida!

**Menos
doenças!**

***Todos temos direito a não fumar
E a não sermos prejudicados pelo fumo dos outros!***

**Se fumas e queres deixar de fumar, existe no teu Centro de Saúde,
uma consulta de cessação tabágica, informa-te.**

ANEXO XI – PROGRAMA DO SEMINÁRIO “VIDA SEM TABACO É MAIS VIDA”

**Seminário
Vida Sem
Tabaco
É Mais Vida!**

**Dia 6 de Junho de 2014
Auditório da Escola
Secundária Pedro
Alexandrino
Póvoa de Santo Adrião**

Programa

- 14h30 - Sessão de Abertura
- 14h45 - Projeto "Mais Vida Sem Tabaco, É mais vida!" - Enfermeira Filipa Caetano
- 15h15 - Testemunho real de um ex. fumador – Pedro Caetano
- 15h45 - Tabagismo e os jovens - Dr. José Belo Vieira
- 16h15 - O tabagismo em contexto escolar – Professora Madalena Tavares
- 16h45 - O Tabagismo e a Saúde Escolar - Enfermeira Fátima Borrego



Tabaco, não obrigado!

**Morada: Rua Aquilino Ribeiro – Bairro de S. José 2620-128, Póvoa de Santo Adrião
Entrada livre!**

**ANEXO XII – APRESENTAÇÃO REALIZADA PELA FORMANDA NO SEMINÁRIO “VIDA SEM
TABACO É MAIS VIDA”**



Vida Sem Tabaco é Mais Vida!

Projeto de Prevenção do Tabagismo
Nos alunos do 9º ano das Escolas dos Concelhos de Loures e Odivelas

6 de Junho de 2014


Como surgiu este Projeto?

- No âmbito do Plano de Atividades da USP do ACES de Loures Odivelas 2013-2016, nomeadamente o "Programa de Saúde Escolar no ACES de Loures-Odivelas 2013-2014".
- Parceria com a realização de um trabalho de especialidade e mestrado em enfermagem comunitária.

Como surgiu este Projeto?




Tabaco



- O Cigarro constitui uma pequena porção de tabaco seco e picado que é enrolado em papel.
- Para além do tabaco, o cigarro, também possui outras substâncias que lhe são adicionadas, aquando da sua preparação.



Quais os Efeitos do Consumo do Tabaco na Saúde?

Mais de 4.000 substâncias químicas presentes



Quais os Efeitos do Consumo do Tabaco na Saúde?

Carcinógenos = substâncias capazes de provocar cancro

Quais os Efeitos do Consumo do Tabaco na Saúde?

Numerosos estudos confirmam a associação entre o consumo de tabaco e uma maior probabilidade de se virem a **contrair numerosas doenças**, com particular destaque para o cancro e para as doenças do foro **respiratório e cardiovascular**.

Tabaco e a dependência



Nicotina



Fumar pode tornar-se um hábito, do qual muitos fumadores têm dificuldade em libertar-se!

O melhor é nunca começar a fumar!

Consumo do Tabaco



- O consumo de tabaco pelos adolescentes ainda é uma realidade na sociedade portuguesa.
- Temos em mãos não só um grave problema para a saúde dos nossos adolescentes mas também para o futuro da nossa sociedade.

Consumo do Tabaco



- Este consumo é na atualidade, nos países desenvolvidos, uma das principais causas de morte evitáveis!

Programa Nacional de Saúde Escolar

- Como áreas prioritárias de intervenção o PNSE encontra-se a promoção da literacia em saúde.
- Neste sentido, "são privilegiados os projetos de promoção da saúde em meio escolar que contribuam para a promoção da saúde mental e a melhoria dos determinantes em saúde, como a prevenção e o início do consumo do tabaco e álcool, a educação sexual em meio escolar, o aumento da ingestão de frutas e vegetais, o aumento da prática de atividade física, a promoção da mobilidade segura e a promoção de boas práticas de saúde oral" (Orientação da Direção Geral de Saúde (DGS) para a implementação do PNSE – Ano Letivo 2013/2014, pág. 3).

Intervenção

- Realização das sessões de educação para a saúde durante o mês de Maio e Junho nas escolas (25% das escolas do 3º Ciclo):
- EB2,3 de Santa Iria Azóia
- EBI Apelação
- EB2 Mário Sá Carneiro - Camarate

Intervenção

- ES Pedro Alexandrino – Póvoa de Santo Adrião
- ES Ramada
- EB 2,3 Luís de Sttau Monteiro – Loures
- Escola Básica 2, 3 João Villaret – Loures
- Secundária/3 José Cardoso Pires - Loures

Aplicação de Questionários

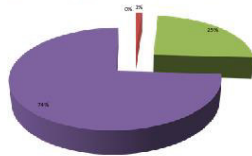
Alunos que já experimentaram fumar



Aplicação de Questionários

Idade em que os alunos experimentaram fumar

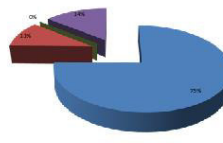
0 Nunca experimentado | 1 Menos que 10 anos | 2 entre 11 e 12 anos | 3 13 anos ou mais



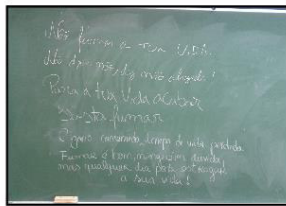
Aplicação de Questionários

Dos alunos que experimentaram, quantos fumaram nos últimos 30 dias

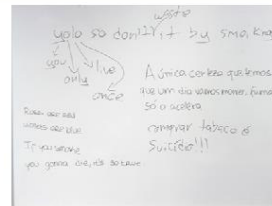
0 Nenhum dia | 1 ou 2 dias | 3 até 10 dias | 10 ou 20 ou 30 dias



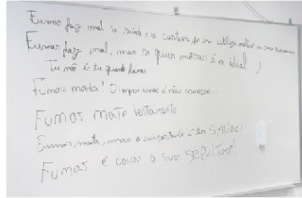
Frases redigidas pelos alunos



Frases redigidas pelos alunos



Frases redigidas pelos alunos



Discussão: Porquê fumar?

Fumar por prazer

Discussão: Porquê fumar?

Fumar para controlar o stress

Discussão: Porquê fumar?

Publicidade

Discussão: Porquê fumar?

Fumar como moda – o exemplo de figuras publicas, pessoas de referência, pais e amigos

Discussão: Porquê fumar?

Fumar como moda – o exemplo de figuras publicas, pessoas de referência, pais e amigos



Ajuda para parar de fumar!

- Pede ajuda aos teus professores ou no teu Centro de Saúde!
- Temos uma consulta de acompanhamento juvenil e cessação tabágica para ti!

Obrigada pela vossa presença!

• Mestranda Filipa Caetano
 • Professora Orientadora: Irene Santos
 • Enfermeira Orientadora Josefina Chemeia

Projeto de Prevenção do Tabagismo
 Nos alunos do 9º ano das Escolas dos Concelhos de Loures e Odivelas

Maio, 2014

ANEXO XIII – APRESENTAÇÃO REALIZADA POR PEDRO CAETANO NO SEMINÁRIO

“VIDA SEM TABACO É MAIS VIDA”

O MEU TESTEMUNHO

Pedro Caetano 52 anos
Ex Fumador



6 Junho 2014

Como tudo Começou

- Tenho 52 anos de idade, Ex fumador e doente oncológico há 12 anos.
- O meu contacto com os cigarros começou nos meus tempos de escola, junto com colegas e amigos, a comprar cigarros, juntávamos dinheiro por todos e lá iam comprar um maço de tabaco enquanto não acabassem era Estufado, ate mais não.
- Confesso que os primeiros contactos com o tabaco não foram nada famosos: desde tosse irritativa—náuseas—vômitos—dores de cabeça—enfim mau estar geral, tudo acontecia, porém e à semelhança dos demais colegas que lhes acontecia precisamente o mesmo não paravam as fumaças, afinal ninguém queria dar parte de fraco.
- O objectivo era demonstrar que eramos fortes e conseguíamos fazer o mesmo que os adultos. Sim porque não estamos ali pelo prazer de fumar que só nos dava mau estar, era sim pela afirmação do nosso Status, quem ficasse para trás era considerado o 'Fraqinho' do grupo.

O saber dizer NÃO

- O mal reside logo no ponto de partida, quando **não sabemos dizer NÃO**, não importa ser considerado fraquinho, o que importa é saber fazer a diferença entre o que dá realmente Status e o que nos prejudica.
- O ideal será nesta altura sabermos dizer NÃO, e esperar—mos por outras alternativas saudáveis que nos possam dar Status ,no meu caso não foi assim, fruto da infantilidade de então, prossegui no caminho dos cigarros, foi o engano, não deu absolutamente Status nenhum , começou sim o **princípio da Destruição**.

As Consequências

- Derivado ao Consumo do Tabaco, sou hoje doente oncológico, fui operado inúmeras vezes
- Fui amputado nas cordas vocais, e sujeito a traqueostomia.
- Fui amputado nos peitorais direito e esquerdo e há cerca de três meses amputado ao aparelho auditivo interior direito.
- Tenho Carcinoma da laringe Crónico e vitalício
- Resultado de tantos tratamentos, padeco agora de problemas Gástricos—Hipertirodismo—Hipertensão arterial

A traqueostomia



Os retalhos peitorais



Parar de fumar ou não parar

- ▶ Durante 27 anos de Tabagismo, foram imensas as vezes em que pensei parar de fumar, porém o poder dos TOXICOS contidos no cigarros, principalmente a NICOTINA, são terríveis uma vez entranhados em nós são difíceis de controlar, causam DEPENDÊNCIA, e não é nada fácil abandoná-los, conseguem até certo ponto dominar as nossas vontades, por muito fortes que por vezes elas sejam, por isso, enquanto não DOENTE nunca consegui parar.

A Paragem Obrigatória

- ▶ Era inevitável agora tinha mesmo que parar.
- ▶ Parei no fim da linha. Quando dei por mim Hospitalizado no I.P.O. de Lisboa, a levar tratamentos diários de RÁDIOTERAPIA e outros tratamentos QUÍMICOS, aqui tudo pára. Uma sonda Nasogástrica enfiada da boca até ao estomago, não há alimentação por via oral, não há bebidas, não se consegue falar, muito menos FUMAR—era o fim do Tabaco em mim.

Olhando para Trás

- ▶ Olhando para trás ,sinto que tudo isto tinha sido evitável, bastava ter dito—NÃO— as primeiras vezes.
- ▶ Saber dizer --NÃO— ao tabaco e às Drogas é no meu entender o primeiro passo Sábio para cada um de nós.
- ▶ Nos meus tempos de juventude, aquele que disse-se não aos cigarros ou às Drogas, quando lhe eram oferecidos, era apelidado de "Carêta", teria sido bem melhor ter sido mais um "Carêta" do que hoje ser Doente oncológico eternamente.

O que se Perde /Se Deixa de Ganhar

- ▶ Derivado a todos estes problemas relatados, sou hoje Mais um Reformado por INVALIDEZ. Com uma pequeníssima pensão atribuída pela segurança social
- ▶ Deixei de poder exercer a minha Profissão de Reparador de Automóveis cargo que exercia com a categoria de Oficial de 1ª Categoria
- ▶ Se soubesse dizer NÃO na altura certa teria hoje um bom ordenado, uma vida estável e harmoniosa além de Saudável, o que não é o caso.

Porque estou Aquí

- ▶ Vim hoje aquí, para poder testemunhar na Primeira pessoa, os MALEFICIOS DO TABACO.
- ▶ Para vos poder dizer que Ficaria contente se pelos menos Um de voz, sentiu que realmente o tabaco Machuca e MATA, e que na tentação vai dizer NÃO,NÃO QUERO ISTO PARA MIM. Sentiria que só por isso, já valeu a pena fazer 200 Quilómetros para estar aqui.

Obrigado a Todos

- ▶ Vou terminar, mais uma vez agradecendo a Vossa presença.
- ▶ E como diria o grande Raúl Solnado

FAÇAM FAVOR DE SER FELIZES"

OBRIGADO E BOA TARDE A TODOS

Pedro Caetano - 52 anos Ex Fumador

ANEXO XIV – ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO NO JORNAL “NOTÍCIAS DE LOURES”

Fumar é um comportamento de risco responsável por malefícios para a saúde. A curto prazo origina mau hálito, dificuldade respiratória, tosse, náuseas, tonturas, irritação nos olhos e garganta, aumento dos batimentos cardíacos e aumento da tensão arterial, entre outros. A longo prazo, cada cigarro consumido pelas pessoas fumadoras, aumenta o risco destas virem a desenvolver inúmeras doenças e distúrbios, como por exemplo, doença coronária, hipertensão, acidente vascular cerebral (AVC), doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), enfisema pulmonar e a ainda a ocorrência de mutações genéticas pré-cancerígenas e cancerígenas (é um importante fator de risco para o aparecimento de cancro como o do pulmão, entre outros).

O início precoce do consumo do tabaco, por exemplo nos jovens, propicia o aparecimento de doenças e intensifica o risco de consequências prejudiciais para a saúde graves na vida adulta. Assim, é importante cada vez mais sensibilizar a camada mais jovem da nossa população para o risco associado ao tabaco. Fica desta forma o alerta a toda a população, e a cada pessoa em particular, para sensibilizar a todos e em especial aos mais jovens sobre os malefícios e os riscos associados a este consumo!

Muitos são os motivos que levam à iniciação do tabagismo. Desde a curiosidade, a necessidade de identificação com os mais velhos e ídolos, a tentativa de afirmação e integração em grupos, ansiedade, gestão de stress, pressão da publicidade ... Contudo para além de cada um de nós poder reconhecer estes motivos, é importante saber gerir cada situação que pode levar ao consumo, pensando sempre nos malefícios que o fumo origina na nossa saúde: saber dizer NÃO é um imperativo!

O tabagismo após o desenvolvimento industrial do século XX, e a massificação da produção de cigarros, tornou-se um grave problema de saúde pública e atualmente é uma das principais causas de morte evitáveis em todo o mundo identificadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O consumo do tabaco é nocivo tanto para os fumadores ativos como para os fumadores passivos, expostos ao fumo ambiental intrinsecamente (exposição ao fumo do tabaco através da inalação do mesmo em espaços fechados) e é transversal a toda a população portuguesa. Todas as substâncias resultantes do consumo do tabaco são prejudiciais para a saúde, não havendo limites mínimos de segurança em relação à exposição ou consumo deste agente.

Atualmente existe já em Portugal legislação que prevê a proibição do consumo do tabaco em espaços fechados, por isso, é nosso direito enquanto cidadãos salvaguardar a nossa saúde escolhendo e frequentar espaços livres de fumo.

Existem também importantes recursos ao dispor de toda a população presentes nos nossos centros de saúde, inteiramente gratuitos e voluntários como consultas de cessação tabágica e consulta de acompanhamento juvenil. Pode ainda contar sempre com a colaboração dos diferentes técnicos do seu centro de saúde, como enfermeiros, médicos, técnicos de saúde ambiental, etc. para o ajudar a parar de fumar e a melhorar substancialmente a sua esperança e qualidade de vida ou ajudar alguém a fazê-lo! Seja mais saudável, não fume e não se deixe prejudicar pelo fumo dos outros!

ANEXO XV – ARTIGOS RESULTANTES DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Training School Nurses: Screening and Brief Intervention for Tobacco Use

Joan B. Castleman, MS, RN
Maureen A. Novak, MD
Venita J. Sposetti, DMD

ABSTRACT. This field project focused on training school nurses to do screening and brief interventions for tobacco use. Needed resources were organized in a kit. [Article copies available for a fee from The Haworth Document Delivery Service: 1-800-HAWORTH. E-mail address: <docdelivery@haworthpress.com> Website: <<http://www.HaworthPress.com>> © 2005 by The Haworth Press, Inc. All rights reserved.]

KEYWORDS. Adolescent tobacco cessation, school nurses, screening and brief interventions

INTRODUCTION

This Interdisciplinary Faculty Learning Group (IFLG 10) represented the professions of Dentistry, Medicine, Nursing and were mentored by an academic dentist located in a nearby state.

PURPOSE OF FIELD PROJECT

In 1999, the CDC projected 306,724 youth under the age of 18 living in Florida will ultimately die from their tobacco use. The initial goal for our field project was to reduce adolescent tobacco use in east Gainesville, Florida. The 2000 Florida Youth Substance Abuse Survey showed that in Alachua County, where Gainesville is located, 27.5 percent of the middle school students and 47.7 percent of high school students reported having smoked a cigarette in their lifetimes. Rates for use of ciga-

rettes within the past 30 days were 8.4 percent for middle school student and 18.0 percent for high school students.

At the time the field project was planned, several primary prevention tobacco programs existed in Alachua County Schools. These included active SWAT programs (Students Working Against Tobacco) and activities organized by the Alachua County Health Department Tobacco Prevention Program. Both these programs were discontinued in 2003 when the Florida tobacco prevention budget was reduced from \$39,000,000 to \$1,000,000. One primary prevention program that continued is the Florida Area Health Education Center Tobacco Project. A portion of our team's Project Mainstream Education Project focused on developing a curriculum for this program.

Since 1998, University of Florida Health Science students from the colleges of Dentistry, Medicine, Nursing and Pharmacy have annu-

Joan B. Castleman is affiliated with the University of Florida College of Nursing, Maureen A. Novak is affiliated with the University of Florida College of Medicine, and Venita J. Sposetti is affiliated with the University of Florida College of Dentistry, all in Gainesville, FL.

Substance Abuse, Vol. 26(3/4) 2005
Available online at <http://www.haworthpress.com/web/SUBA>
© 2005 by The Haworth Press, Inc. All rights reserved.
doi:10.1300/J465v26n03_08

35

ally spent an afternoon learning about tobacco and preparing to teach middle school students the dangers of tobacco use. For the years 2002-2004, 927 UF Health Science students spent one day teaching about the dangers of tobacco to approximately 31,553 middle school students. These middle schoolers were from ten North Central Florida counties.

The community assessment showed that no tobacco cessation programs were available to Alachua County youth. Also, local schools were not doing screening and brief intervention for tobacco use. With the encouragement of key school administrators and the Alachua County Health Department, the focus of our field project was helping students quit using tobacco. Initially, we envisioned facilitating a tobacco cessation program for high school students in east Gainesville. As the field project progressed, we focused instead on training school nurses how to do screening and brief intervention for tobacco use and providing them the needed resources. We realized this approach would be more sustainable and effective than providing cessation services ourselves.

POPULATION SERVED

The initial target population was students attending the two high schools located in east Gainesville. In 2004, student populations at both schools were 1,800 and 1,755 students. East Gainesville high schools were selected for several reasons. Florida vital statistic reports show that east Gainesville has high mortality rates from cancer, diabetes and heart disease, conditions where tobacco use is a major risk factor. A 1998 east Gainesville community assessment done by the University of Florida College of Medicine Department of Health Policy and Epidemiology showed that 30 percent of adult respondents smoked or chewed tobacco. A medically and economically underserved area, the University of Florida Health Science Center was also already involved in this community. Although our target population was students attending the two east Gainesville high schools, by the conclusion of the field project we had impacted all the middle and high schools in two counties through the training of school nurses.

Role of Fellows' Students

Nursing students, medical students, pediatric residents and dental students participated in the planning and implementation of six substance abuse health fairs at the targeted schools. Health fairs provided a means of providing information about the dangers of tobacco and an opportunity to screen high school students for tobacco use. Interested tobacco users were asked if they would attend a tobacco cessation program if one were offered. Student nurses also worked closely with the school nurses in target schools and were involved with doing screening and brief intervention, teaching classes, and creating school bulletin boards on a variety of substance abuse topics.

PROCESS OF IMPLEMENTATION

We initially planned to offer formalized smoking cessation groups in both target schools. With the support of both school principals and the school nurses, in the fall of 2002, one of the Project Mainstream Fellows, a senior student nurse and school nurses from both schools were certified in the American Lung Association's "N-O-T" program, (Not-On-Tobacco), a tobacco cessation program for teens. Efforts focused on health fairs at each school to identify students interested in tobacco cessation. However, the numbers of students recruited did not meet the American Lung Association's minimum number requirement for the "N-O-T" program. After two failed attempts to recruit the required number of students for a group, we reevaluated our approach to the problem.

Due to the positive relationship developed with the school nurses at both target schools, our team decided that we would focus on training these school nurses on doing screening and brief intervention for tobacco use. When discussed with the Alachua County School Board representative, we were requested to train all of Alachua County's middle and high school nurses. Over 15,000 students are enrolled in Alachua County middle and high schools. School nurses are in a unique position for the following reasons: they are generally viewed as caring and nonjudgmental; students can discuss their tobacco use with the nurse confiden-

tially; school nurses have experience with screening and counseling, and are aware of students having health problems that might be related to tobacco use.

In Spring 2003, our team spent an afternoon teaching "Tobacco 101" to 17 middle and high school nurses. Each school was also given a "Tar Jar" to display in a prominent place in the clinic that would invite questions from students and initiate a conversation on the dangers of tobacco. The homemade "Tar Jars" presented a graphic demonstration of the amount of toxic tars that collect in the body if a person smokes a half of a pack of cigarettes per day. Based on the interest of the school nurses and the positive responses to the "Tar Jar," we decided that the nurses needed additional education on screening and brief intervention. Knowing that the school nurses had limited time to track down resources, we obtained and organized the educational, screening and brief intervention tools the nurses would need.

During Summer 2003, the team planned and designed a kit that would provide the school nurses with needed tools using an organization system based on Prochaska and DiClemente's Transtheoretical model. The kits were brightly colored 12 pocket accordion files. The project logo "Steps to Change," designed by a local artist, was placed on the outer cover of each file. The following sections were included: Not Ready, Maybe, Preparing, Action, Stress, Slips, Spit, Space, Other Drugs and Resources. School nurses have limited budgets so we provided resources that could be obtained at no cost and included a CD with reproducible materials. Although these 17 "Steps to Change" kits were identical, the kit was designed as a skeleton that could be adapted to the special needs of a particular school. For example, rural schools might need more materials on the dangers of smokeless tobacco. We expected each nurse would customize the "Steps to Change" kit to best meet individual school's needs.

In October 2003, we conducted our second in-service training for Alachua County middle and high school nurses. We discussed screening and brief intervention and demonstrated how to implement the "Steps to Change" kit. Each nurse was also given a newsletter that addressed why school nurses need to do screening and brief intervention. In the "Space" section of

the kit they were given two posters and an order form from the CDC to order additional posters and educational materials.

In the spring of 2004, we were requested by the Alachua County Health Department "Each One Reach One" program to do an in-service training on screening and brief intervention for all the middle and high school nurses in Marion County. Marion County has over 20,000 middle and high school students. "Steps to Change" kits and "Tar Jars" were made for all 17 middle and high schools and distributed during the training.

OUTCOMES

We trained 34 middle and high school nurses in two North Central Florida counties on screening and brief intervention for tobacco. "Steps to Change" kits and "Tar Jars" were distributed to 34 school health clinics. We have since been asked to do a refresher in-service for the Alachua County middle and high school nurses. Our future plans are to survey school nurses regarding how they are using their screening and brief intervention training. Also we will collect information about the usefulness of the "Steps to Change" kits and "Tar Jars."

Sustainability

This field project has strengthened our relationship with two key community partners, the school nurses and the Alachua County Health Department Community Cardiovascular Program, "Each One Reach One." The "Each One Reach One" program became responsible for tobacco prevention in the two counties when the state tobacco funds were drastically cut. Continued collaboration with both groups will be critical to the sustainability of our project. Our goal is to do a yearly tobacco refresher class for the local school nurses.

Anecdotally, we have observed that for 15 months the "Tar Jars" at our original target high schools have been prominently placed in a location where students register when they enter the clinics. Both our target schools have also maintained bulletin boards dedicated to substance abuse. Confidentiality issues and school policies regarding tobacco use prevents us from

tracking individual students receiving screening and brief interventions for tobacco use from the trained school nurses.

ary projects involving pediatrics, dentistry and public health nursing.

Lessons Learned

Our team directly experienced the impact of statewide policy decisions on resources allocated for substance abuse programs. The timing of our intervention coincided with statewide policy changes reducing resources available at the local level. Thus, we came away from this fellowship with a richer appreciation of the need to continually monitor and evaluate possible solutions to barriers. A willingness to look at barriers and creatively address our approach has fostered invaluable community partnerships. We were able to develop a project that is more sustainable and far reaching than we had initially planned. This experience continues to foster our collaboration on other interdisciplin-

CONCLUSION

Participating in the field project has increased our passion for educating youth, community members and health professionals about tobacco's devastating impact on health. Although the morbidity of tobacco use is often overshadowed by other problems facing middle and high school students, tobacco will eventually disable or kill over half of the youth continuing to use it as adults. Numerous barriers make providing screening and brief intervention in a school setting difficult. Training key providers, such as school nurses, and providing the needed tools, like those contained in the "Steps to Change" kits will encourage earlier tobacco cessation support for students.

Research Article

Preventing tobacco and drug use among Thai high school students through life skills training

Nuananong Seal, PhD, RN
College of Nursing, University of North Dakota, Grand Forks, North Dakota, USA

Abstract Tobacco and drug use remain major public health concerns. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a school health intervention program using life skills training (LST) to reduce tobacco and drug use among Thai high school students. A randomized pretest and post-test comparative design was used to evaluate the effectiveness of the LST program. A total of 170 Thai students in grades 7–12 were randomly selected. The students in the control group received the tobacco and drug education curriculum normally provided; the intervention group received a LST program that provided information and skills specifically related to drug and tobacco use. Students in the school health intervention program had statistically significant positive effects regarding knowledge level, attitudes, and the development of refusal, decision-making, and problem-solving skills. The results showed that a LST program was effective for preventing tobacco and drug use in Thai high school students.

Key words attitude, drug, knowledge, life skill, tobacco.

INTRODUCTION

Evidence from research links cigarette smoking to causing chronic conditions, such as bronchitis, lung and laryngeal cancers, coronary heart disease, atherosclerosis, cerebrovascular disease, and chronic obstructive pulmonary disease (USDHHS, 2004). Recent estimates indicate that cigarette smoking annually causes > 400 000 premature deaths (Centers for Disease Control and Prevention, 2002). Children, however, are unaware of these important health consequences of tobacco use and, furthermore, they do not understand the nature of tobacco addiction. Tobacco is one of the most commonly available licit drugs with a narcotic-like effect, resulting in widespread drug dependency. The use of illicit narcotics, such as cocaine and marijuana, is often preceded by the use of tobacco.

The Surgeon General's survey of smokers in 1994 indicated most smokers begin smoking before the age of 14 years. By the age of 19, 90% of all smokers have initiated smoking (Centers for Disease Control and Prevention, 1994). Similarly, national studies on smoking behavior in Thailand in 1998 and 2001 reported 60% of all smokers initiated smoking between the ages of 15 and 19 years (National Statistics Office of Thailand, 2004). Furthermore, a study of health risk behaviors among Thai students in grades 7–12 indicated that tobacco use was the most prevalent health risk behavior

among this age group (Bunjaroonsilp, 2005). More than 60% of the students reported some cigarette smoking while > 20% reported smoking throughout the past year (Bunjaroonsilp, 2005). Unfortunately, health risk behaviors, such as tobacco and drug use, that are established during childhood and adolescence can be difficult to change in adulthood. Therefore, an effective school health program before the onset of smoking and drug use can prevent tenacious lifetime smoking habits. Such school-based intervention programs focusing on life skills training (LST) have proven effective in countering drug abuse in the USA. However, research into the effectiveness of such intervention programs has not been conducted among Thai students. The purpose of this study was to examine the effectiveness of a school health intervention program that used LST to reduce tobacco and drug use among Thai high school students in grades 7–12.

BACKGROUND

The LST program is a school-based intervention program that aims to reduce the prevalence of tobacco, drug, and alcohol use among young people (Botvin *et al.*, 1980; 1984a). The LST program was initially developed as a smoking prevention program (Botvin *et al.*, 1980). A study of the LST program for the prevention of cigarette smoking among 281 students in grade levels 8–10 revealed a 75% reduction in the number of new cigarette smokers at the initial post-test and a 67% reduction in new smokers after 3 months (Botvin *et al.*, 1980). A study of the effectiveness of the LST program on reducing alcohol use among 239 students in the seventh grade from two comparable New York City public schools

Correspondence address: Nuananong Seal, College of Nursing, University of North Dakota, PO Box 9025, Grand Forks, ND 58202-9025, USA. Email: lekseal@mail.und.nodak.edu
Received 30 December 2005; accepted 13 February 2006.

reported the following results. After 6 months, the number of students in the experimental group reported drinking in the previous month was significantly fewer than the number of students in the control group for the same period. Furthermore, a 6 year randomized study of a LST program for reducing alcohol and tobacco use among students in the seventh grade from 56 public schools in New York State showed the following results at the end of the twelfth grade. Compared with the students in the control group, fewer students in the experimental group reported cigarette smoking and getting drunk during the previous month (Botvin *et al.*, 1984b). The above findings provide empirical support for the efficacy of LST as a tool to be used in school-based health programs in order to effectively intervene in school-aged drug abuse onset.

METHODS

The institutional review boards of the author's university and the school district approved this study. The program was implemented in two randomly selected high schools in Bangkok. Informed consent was obtained from all students prior to enrolment. In Thailand, high school students may consent to participate in minimal-risk research. A randomized pretest and post-test comparative design was used to evaluate the effectiveness of the LST program in preventing tobacco and drug use among Thai high school students.

Sample and procedures

From each school, 85 students from grades 7–12 were selected by availability and assigned randomly to either the control or intervention group. Data were collected within the meeting room setting by researchers and a trained research assistant. Students from both groups were asked to complete a self-administered questionnaire prior to the training and 6 months after the training. Data were collected on knowledge about the health consequences of tobacco and drug use, attitudes toward tobacco and drug use prevention, and the frequency of tobacco and drug use in the past 2 months. Also collected were data on life skills, and refusal, decision-making, and problem-solving skills. In the control group, the students received the tobacco and drug education curriculum normally provided. In the intervention group, students received the LST program for 10 class periods (\approx 60 min each or 10 class hours of content). The program provided students with information and skills specifically related to drug and tobacco use, such as the effects of drugs, self-awareness skills, decision-making and problem-solving skills, stress and coping skills, and refusal skills. The skills were taught using training techniques, such as instruction, demonstration, feedback, role-playing, presentation, and games. The program materials also included videotapes and a life skill booklet. The video tapes, developed by the Asia-Pacific non-governmental organization, Drug and Substance Abuse Prevention, and the Ash Thailand Foundation, provided knowledge regarding the impact of tobacco and drug use on health, as well as demonstrating how to perform life skills in different situations. The booklet, developed by the researcher, provided information

on how and when to perform life skills regarding self-awareness, decision-making, problem-solving, stress and coping, and refusal.

Instruments

The instruments used in this study included the following. First, demographic data addressed the students' characteristics (age, gender, and grade). Second, knowledge about the health consequences of tobacco and drug use was evaluated by 17 yes/no questions. A higher score indicates a higher level of knowledge. The content validity was established. The Kuder Richardson 20 was 0.82, indicating modest internal consistency. Third, attitudes toward tobacco and drug use prevention were evaluated by the Likert 4-point scale (Kutner, 2003). A higher score indicates a positive attitude towards tobacco and drug use prevention. The content validity was established. Cronbach's α was 0.87 for the total scales, indicating modest internal consistency. Fourth, life skills questionnaires addressed two components of life skills: refusal, and decision-making and problem-solving skills. The students were asked to answer the questions from the scenarios developed by the researcher. Higher scores indicate higher levels of life skills. The content validity was established. Cronbach's α was 0.89 for the refusal skill and 0.91 for the decision-making and problem-solving skills. Lastly, the tobacco and drug use frequency questionnaire addressed how often the students used tobacco and drugs in the past 2 months.

Data analysis

Analysis of the data was completed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, IL, USA). The comparability of a description of the two groups was performed on the baseline variables. Analysis of variance (ANOVA) and χ^2 statistics were used to test for differences in the distributions of the baseline variables. To address the effects of intervention, the data were analyzed using *t*-tests. The statistical significance was denoted by $P < 0.05$.

RESULTS

The baseline variables of the intervention and control groups were compared using ANOVA and χ^2 statistics to test that there were no differences in age, gender, grade, knowledge of health consequences for tobacco and drugs, attitudes toward tobacco and drug use prevention, life skills, and frequency of tobacco and drug use in the two groups at the beginning of the study. The results revealed no significant differences between the control and the intervention groups at pretest, as shown in Tables 1 and 2.

Post-test results indicated that the LST program used with the intervention group had a positive impact on the group's knowledge level, attitudes, life skills, and frequency of tobacco and drug use. In addition, the students in the intervention group had significantly higher mean scores for health consequences knowledge ($P < 0.01$) at post-test compared with those in the control group (Table 3) and reported more

positive attitudes toward tobacco and drug use prevention ($P < 0.01$) at post-test compared with those in the control group (Table 3).

Furthermore, the results revealed that the mean scores for the life skills, such as refusal, decision-making and problem-solving, of the students in the intervention group were significantly higher at post-test than those of the control group (Table 3). The students in the intervention group were less likely to use tobacco and drugs at post-test compared with those in the control group (Table 3).

DISCUSSION

The LST program used in this study was effective in the short term (at 6 months post-intervention) for reducing tobacco and drug use in Thai high school students. The results of this study showed that a LST program that provided students

with knowledge on the health consequences of tobacco and drug use, a positive attitude toward tobacco and drug use prevention, and skills in refusal, decision-making, and problem-solving is beneficial in preventing tobacco and drug use in this age group.

In this study, the mean difference in knowledge of the health consequences of tobacco and drug use between the two groups studied was statistically significant, indicating that the LST program utilized in this study had a positive learning effect. The results are consistent with previous research that reported that the LST program was effective in increasing knowledge of the consequences of substance use (Botvin *et al.*, 1984b; 1989b; 1990; 1992; 1995). A greater knowledge of the health consequences of tobacco and drug use increases students' awareness of the dangers they encounter with their use. Further knowledge might assist in the accurate interpretation and appreciation of the social ills associated with substance abuse and the adoption, in the long term, of more appropriately healthy and social behaviors (Lochman & Dodge, 1994).

The LST program was found to have a positive effect on attitudes toward the prevention of tobacco and drug use. Students in the intervention group reported more positive attitudes toward preventing tobacco and drug use than those in the control group. The findings are consistent with previous research, in that students who participated in the LST program had more positive attitudes toward substance abuse prevention (Botvin *et al.*, 1984b). More positive attitudes toward preventing tobacco and drug use have been found to be indicative of a decreased frequency of cigarette use (Bruvold, 1993; Andrews & Duncan, 1998). In this current study, although the difference in the reduction of tobacco and drug use between the two groups was not statistically significant, the frequency of tobacco and drug use did decrease in the intervention group. Fewer students in the intervention group

Table 1. Demographic characteristics of the students in both groups at pretest

Variable	Control ($n = 85$)	Intervention ($n = 85$)	P -value [†]
Age (years)			0.71
Mean	15.49	15.62	
SD	2.14	2.52	
Gender			0.31
Boy	74	78	
Girl	11	7	
Grade			0.15
Mean	9.25	9.58	
SD	1.52	1.45	

[†] P -value was derived from χ^2 and t -tests.

Table 2. Comparison of the studied variables at pretest

Variable	Control ($n = 85$)	Intervention ($n = 85$)	P -value [†]
Knowledge on health consequences from tobacco and drugs			
Mean	10.5	11.2	0.08
SD	2.4	2.8	
Attitudes toward tobacco and drug use prevention			
Mean	19.4	20.2	0.15
SD	3.7	3.6	
Life skills			
Refusal skill			
Mean	13.4	12.2	0.25
SD	2.9	3.1	
Decision-making skill			
Mean	15.9	15.4	0.25
SD	3.2	2.4	
Frequency of tobacco and drug use			
None	59.0	52.0	0.52
Once per week	21.0	26.0	
More than once per week	5.0	7.0	

[†] P -value was derived from χ^2 and t -tests.

Table 3. Comparison of the studied variables at post-test

Variable	Control (<i>n</i> = 85)	Intervention (<i>n</i> = 85)	<i>P</i> -value [†]
Knowledge on health consequences from tobacco and drugs			
Mean	10.4	16.5	0.00
SD	1.6	1.9	
Attitudes toward tobacco and drug use prevention			
Mean	20.2	26.4	0.00
SD	2.9	2.6	
Life skills			
Refusal skill			
Mean	12.2	16.9	0.00
SD	2.1	2.5	
Decision-making skill			
Mean	15.4	20.2	0.00
SD	2.4	2.9	
Frequency of tobacco and drug use			
None	58.0	61.0	0.86
Once per week	22.0	20.0	
More than once per week	5.0	4.0	

[†] *P*-value was derived from χ^2 and *t*-tests.

reported using tobacco and drugs in the past 6 months compared with those in the control group. One possible reason that the differences of a reduction in tobacco and drug use between the two groups were not statistically significant might be the short program and study period, which might not accurately reflect the effect of a sustained LST program on decreasing the frequency of tobacco and drug use with intervention. A longer program and follow-up analysis might reveal improved significance as students continue to mature and act more responsibly, increasingly taking into account and applying this new knowledge.

In this study, the mean differences of life skills in terms of the refusal skill and the decision-making and problem-solving skills between the two study groups were statistically significant. The intervention group demonstrated significantly higher mean scores of the refusal skill and the decision-making and problem-solving skills. The results are consistent with previous studies that reported that the LST program was effective in developing the refusal skill and the decision-making and problem-solving skills (Botvin *et al.*, 1980; 1989a; 1992; 1995; McIntosh *et al.*, 1991).

CONCLUSION

The results of this study demonstrated that the LST program had a positive effect on improving the knowledge and attitudes about tobacco and drugs, and on the development of refusal, decision-making, and problem-solving skills of the students in the intervention group. The results support the conclusion that a LST program is effective in preventing tobacco and drug use among high school students. As a result of the short data-collection period and the small sample size, generalization from the research is limited. Therefore, it is recommended that the study should be replicated with a larger sample size and a longer-term follow-up period. In

addition, to better understand the effectiveness of a LST program, more research is needed to extend this technique to differing populations, settings, and other risk behaviors, such as alcohol use. Nursing is one of the largest and most trusted groups of health-care professionals delivering care and education to children. As such, nurses have a unique opportunity to teach life skills to this vulnerable school population. Nurses, through their interaction with adolescents and the general population, together with targeted school-based and community-based LST intervention programs, are uniquely positioned to assist in the reduction of substance abuse as advocates, educators, and role models.

ACKNOWLEDGMENTS

Financial support is gratefully acknowledged from the Thai Research Fund, Thailand.

REFERENCES

- Andrews JA, Duncan SC. The effect of attitude on the development of adolescent cigarette use. *J. Subst. Abuse* 1998; **10**: 1–7.
- Botvin GJ, Baker E, Botvin EM, Filazzola AD, Millman RB. Alcohol abuse prevention through the development of personal and social competence: a pilot study. *J. Stud. Alcohol* 1984a; **45**: 550–552.
- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA* 1995; **273**: 106–112.
- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Tortu S, Botvin EM. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1990; **58**: 437–446.
- Botvin GJ, Baker E, Renick NL, Filazzola AD, Botvin EM. A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addict. Behav.* 1984b; **9**: 137–147.

- Botvin GJ, Batson HW, Witts-Vitale S, Bess V, Baker E, Dusenbury L. A psychosocial approach to smoking prevention for urban black youth. *Publ. Health Rep.* 1989a; **104**: 573–582.
- Botvin GJ, Dusenbury L, Baker E, James-Ortiz S, Botvin EM, Kerner J. Smoking prevention among urban minority youth: assessing effects on outcome and mediating variables. *Health Psychol.* 1992; **11**: 290–299.
- Botvin GJ, Dusenbury L, Baker E, James-Ortiz S, Kerner J. A skills training approach to smoking prevention among Hispanic youth. *J. Behav. Med.* 1989b; **12**: 279–296.
- Botvin GJ, Eng A, Williams CL. Preventing the onset of cigarette smoking through life skill training. *Prev. Med.* 1980; **9**: 135–143.
- Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am. J. Public Health* 1993; **83**: 872–880.
- Bunjaroonsilp N. Health risk behaviors among Thai adolescents. *J. Public Health* 2005; **30**: 35–42.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Preventing tobacco use among young people: a report of the surgeon general*. Washington, DC: US Government Printing Office, 1994. No. 93-5863.
- Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking – attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs – United States, 1995–99. *MMWR* 2002; **51**: 300–303.
- Kutner TL. A comparison of social cognitive and psychosocial predictors of alcohol use by college students. *J. Coll. Stud. Devel.* 2003; **44**: 143–154.
- Lochman JE, Dodge KA. Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and non aggressive boys. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1994; **62**: 366–374.
- McIntosh R, Vaughn S, Zaragoza N. A review of social interventions for students with learning disabilities. *J. Learn. Disabil.* 1991; **24**: 451–458.
- National Statistics Office of Thailand. *Report of the Health and Welfare Survey*. 2004. Bangkok: Office of the Prime Minister. [Cited 15 June 2005.] Available from URL http://service.nso.go.th/nso/data/data23/data23_4.html.
- US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention/ National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion/ Office on Smoking and Health, 2004.

Evaluation of a Tobacco Prevention Program for Children: ToPIC

Teresita Maria Smith, Brenda Talley, Mandy Hubbard, and Carla Winn

Georgia Southern University, School of Nursing

This intervention study focused on evaluating the effectiveness of teaching tobacco prevention in children using ToPIC, an interactive program. The program was presented in 2 or 3 class sessions to increase awareness of health risks related to tobacco use. Participants consisted of 201 students from the Boys and Girls Clubs in 5 rural counties of a southeastern state. A significant increase in knowledge from pretest to posttest was found; $t(200) = -13.65, p < .0001$. Children's responses to the effects of smoking correlated to the content material incorporated in ToPIC. Recommendations for program improvement are discussed.

The number one leading cause of preventable death in the United States is cigarette smoking, accounting for an estimated 438,000 deaths, or nearly 1 of every 5 deaths, each year (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2002). Approximately 80% of those who smoke cigarettes started smoking before they were 19 years old, with an average age of 12 years, and were regularly smoking by age 14. Approximately 6.4 million children under the age of 18 will die prematurely as adults because they started smoking cigarettes during adolescence. By the 12th grade, 54% of youth have tried cigarettes and 24% are current smokers.

Marshall et al. (2006) reported that current use of tobacco products ranged from 13.3% among middle school students to 28.2% among high school students. Although all types of tobacco products were used, cigarette smoking was the most prevalent form of tobacco use. Cigar smoking was the second most common form of tobacco product among the students. Of the middle school students surveyed under the age of 18, 75.9% were never asked for proof of identification when they bought or tried to buy cigarettes.

This project was funded in part by a grant from the American Cancer Society. Additional support for this project was received from Georgia Southern University.

Correspondence should be sent to Teresita Maria Smith, Georgia Southern University, School of Nursing, P.O. Box 8158, Statesboro, GA 30460. E-mail: tmsmith@georgiasouthern.edu

Among high school students under the age of 18, 58.5% were not asked to show proof of age when they bought or attempted to buy tobacco products. According to the students, media and advertising influenced their decisions to smoke (Marshall et al., 2006). Other factors contributing to the risk of tobacco use include a decreased risk perception by students and fewer school-based substance-abuse prevention programs (Johnson & Richter, 2002).

YOUTH PERCEPTIONS OF TOBACCO USE

Interviews with boys and girls, aged 9 to 10 years, who were nonsmokers revealed varying views on cigarette smoking and addiction (C. Wang, Henley, & Donovan, 2004). Some children believed that they would only become addicted if they smoked several cigarettes. Others perceived that if they avoided enjoying the taste of cigarettes, they would not become addicted. For those who thought addiction happened immediately, experimentation and use of cigarettes were avoided and they chose never to smoke. C. Wang and colleagues (2004) reported that children could get "hooked" within a few days and that teaching children about tobacco prevention was not the only issue that needed to be addressed. Tobacco addiction strategies should also address those who have already experimented with tobacco usage (C. Wang et al., 2004).

Most research related to tobacco use prevention has focused primarily on teenagers. However, research shows that by intervening at a younger age, education influences the child's decision to use tobacco in their teenage years (Freeman, Brucks, & Wallendorf, 2005). Teaching children under age 12 about the harmful effects of tobacco has been shown to increase their understanding of what cigarettes really are and how they affect the body. Developing age-appropriate interventions at ages as young as 7 years old may influence the use of tobacco in adolescence. In general, there is a positive relationship between teaching tobacco prevention at an early age and the decreased incidence of tobacco use among these children in their teenage years (Freeman et al., 2005).

SMOKE-FREE ENVIRONMENT

Netemeyer, Andrews, and Burton (2005) examined whether specific antismoking advertising regarding the addictiveness of smoking, the dangers of environmental tobacco smoke, and the tobacco industry's use of deceptive advertising practices were associated with adult smokers' consideration of quitting. Although this study did not focus on children, it gave insight into the influence of antismoking advertisement on adult smokers who have children living in the home. The study concluded that creating advertisements that target specific antismoking beliefs may be the most effective approach to enhancing

consideration of quitting among adult smokers, particularly among those with children living at home.

Factors associated with tobacco-free policies and tobacco cessation in schools serving children in grades 6 through 12 in Kentucky were examined (Hahn et al., 2005). A cross-sectional telephone survey was conducted of school administrators ($N = 691$) in Kentucky, a tobacco-growing state. The survey included the following areas of interest: smoking policies, provision of tobacco prevention and cessation programs, and schools receiving monies from tobacco companies. Only 20% of the schools in Kentucky have a comprehensive tobacco-free policy (Hahn et al., 2005). The schools in urban areas were more likely to have a tobacco-free campus than were the rural-area schools. Only a few schools had a tobacco affiliation, but those that did receive money from tobacco companies or grew tobacco were nearly three times more likely to provide cessation resources, compared to schools without tobacco affiliation. Rural schools were less likely to be tobacco-free or provide cessation services. The schools with a tobacco affiliation provided more cessation resources due to the increased prevalence of tobacco use in these areas (Hahn et al., 2005).

Smith, Tingen, and Waller (2004) studied tobacco use among preadolescents in a rural southeastern state health district and found that tobacco users totaled 9.2% of the sample ($N = 666$), which was greater than the rural norm of 4.2% to 5.0%. Few studies have investigated tobacco use among preadolescents who live in rural areas.

Lund and Helgason (2005) studied the incidence of children exposed to environmental tobacco and smoke (ETS) during surveys conducted in 1995 and 2001 in Norwegian homes. Attitudes toward ETS among parents of small children and awareness among parents regarding the potential hazards of passive smoking to children were examined. In both surveys, the probability of children being exposed to ETS was positively correlated with the number of parents smoking, and inversely correlated to the strength of health-risk awareness and negative attitudes towards ETS. This study indicated that increasing parents' awareness of the health risks associated with ETS exposure to children may actually reduce a child's exposure to ETS.

TOBACCO PREVENTION PROGRAMS

Tingen et al. (2006) examined the effects of a tobacco prevention program among sixth grade students with a family tobacco cessation component. The program was conducted by school nurses in conjunction with the launch of a statewide toll-free Quit Line. The children and their parents were predominantly from rural southern school systems in disparate areas with high prevalence rates of tobacco use and lung cancer diagnoses. The parents and children both took a pretest and posttest to evaluate the impact of the program. The student program resulted in significant improvements in drug knowledge, re-

fusal skills, attitudes, and anxiety reduction techniques. The effectiveness of several parts of the tobacco prevention program for the children was strongly associated with the smoking status of their parents. Drug-use intentions and behaviors were lower at posttest for children from homes of nonsmokers when compared to the children from homes with parents who smoked. Of the parents surveyed, 26% admitted to smoking, and 46% said the information motivated them to want to quit.

The Centers for Disease Control and Prevention recommend that states establish and maintain comprehensive tobacco-control programs to reduce tobacco use among youth (Marshall et al., 2006). Some school-based tobacco curricula are effective, but lengthy, and require specialized training for instructors, such as the LifeSkills Training program (Botvin, 2008) and Project Toward No Tobacco Use (TNT; L. Y. Wang, Crossett, Lowry, Sussman, & Dent, 2001). The LifeSkills Training program for elementary school is taught to grades 3 through 6 and consists of 24 class sessions covering substance abuse prevention, including tobacco and alcohol use prevention. Project TNT is a comprehensive, classroom-based curriculum designed to prevent or reduce tobacco use in youth 10 to 15 years old in grades five through ten, delivered in 10 core lessons and two booster lessons.

Krainuwat (2005) studied the implications for community health nursing practice in initiating smoking prevention among adolescents. Because studies have shown that cigarette-smoking initiation occurs between late childhood and young adolescence, community health nurses may be instrumental in developing adequate tobacco awareness programs for children and teens. The influence of awareness programs on children and teens may make a difference in the number of adolescents who initiate smoking. Tobacco prevention programs also should be available in the community for those who have already initiated the habit and have a desire to quit.

Raising awareness among preadolescents of the risks involved with tobacco use is an effort at addressing tobacco-related morbidity and mortality (CDC, 2001; Healthy People 2010, 2008). Youth tobacco surveys provide data on the increasing incidence of tobacco use among children and adolescents. Educating youths in the prevention and cessation of tobacco use should be a priority among health care providers and educators alike. Nurses and nurse practitioners in the community can influence tobacco prevention and cessation by targeting successful prevention and cessation programs and making them available in the community.

One such program targeted a group of children who were enrolled in the Boys and Girls Clubs of America. Teaching ToPIC: Tobacco Prevention in Children is an effort at providing a tobacco awareness and prevention program in the community delivered in three short, upbeat, and interactive sessions. The purpose of this intervention study was to evaluate the effectiveness in teaching tobacco prevention in children using ToPIC, an interactive program developed and designed to increase awareness in children of health risks related to tobacco use through the delivery of age-appropriate, interactive educational sessions.

METHODS

A tobacco use prevention program called ToPIC was developed and designed to raise awareness of the health risks related to cigarette smoking, smokeless tobacco use, and secondhand smoking among rural preadolescents and adolescents. A cross-sectional design was used to target preteens and teens enrolled in the Boys and Girls Clubs in rural communities in a southeastern state.

Research Questions

The following research questions were used to guide this study:

1. What is the difference between pretest and posttest scores following the intervention ToPIC?
2. What are the descriptions voiced by the children as the responses to the effects of smoking?

Sample

Eight Boys and Girls Clubs located in five rural counties in a southeastern state were selected as participating sites for the ToPIC program (Boys and Girls Clubs of America, 2008). A total of 816 boys and girls ages 9 to 15 years were invited to participate in the program and attend at least one of the three required class sessions in ToPIC. Two hundred and one of the 816 boys and girls attended the entire program for their age group and completed a pretest and posttest.

Procedure

Approval was received from the Institutional Review Board at Georgia Southern University. Staff members of the Boys and Girls Clubs explained the study to participating parents and guardians and children. Parent or guardian informed consent and child assent were received from each participating child prior to participating in ToPIC. The principal investigator presented the entire content material in ToPIC with the assistance of two graduate nursing students who received proper training. The children were instructed to circle the best answer directly on the test form. To facilitate visual and auditory learning styles, each test item was read twice by the principal investigator. No coding of data

linked to any identifying information; therefore, both confidentiality and anonymity were ensured.

The content material in ToPIC is based on the findings of the Surgeon General's report on preventing tobacco use among young people (CDC, 1994). The major topics presented were: effects of smoking on the human body, facts and myths about smoking, smokeless tobacco use, cost of smoking, advertising awareness, smoke-free environment, and smoke-free advocacy among children.

ToPIC was taught in weekly class sessions to three different age groups of preteens and teens. The first group consisted of three class sessions taught weekly in 40-minute blocks to 9- and 10-year-olds. The second group consisted of three class sessions taught weekly in 40-minute blocks to 11- and 12-year-olds. The third group consisted of two class sessions taught weekly in 30-minute blocks to 13- through 15-year-olds. Every group was taught the same content but classes were tailored toward the developmental age and cognitive understanding of the group. The sessions were interactive, upbeat, and entertaining with large cartoon poster illustrations to demonstrate each content material. A poster project was included for the two preteen groups during the last class session. The top three students whose posters best depicted the content of ToPIC were awarded a ToPIC tee shirt. The teen group viewed an age-appropriate video, with a question-and-answer period following the video during the last class session, in lieu of a poster project. Every child was given an awareness bracelet for attending ToPIC after completing a posttest during the last class session. Nutritional snacks were served at the end of each class session.

Analysis

Data were analyzed using descriptive statistics, *t*-tests, and Pearson correlations. Qualitative analysis was conducted on the descriptions provided by the children as their responses to the effects of smoking.

RESULTS

The majority of the participants were ages 9, 10, and 11, which were consistent with the ages of students generally enrolled in grades three, four, and five, respectively (Table 1). The gender distribution was near even. The majority of the participants was Black (82.6%, $n = 166$).

Descriptive analyses were performed on pretest and posttest scores using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The mean pretest score was 66.8%. The mean posttest score was 83.0%. Posttest scores were compared to pretest scores to fur-

TABLE 1
Description of Participants by Demographic Characteristics

Demographic Characteristics	Frequency (n)	Percentage (%)
Grade		
3	37	18.4
4	58	28.8
5	58	28.8
6	13	6.5
7	15	7.5
8	8	4.0
9	8	4.0
10	4	2.0
Age		
9	61	30.3
10	42	20.9
11	54	26.9
12	14	7.0
13	7	3.5
14	14	7.0
15	9	4.4
Gender		
Boy	99	49.3
Girl	102	50.7
Race		
White	18	8.9
Black	166	82.6
Other	17	8.5

Note. $N = 201$.

ther evaluate the learning process of the children. The percentage of children who scored higher in their posttest was 78.6%; only 8.5% scored lower in their posttest and 12.9% scored the same on their posttest.

The children identified what they perceived were the effects of smoking during the first class session and qualitative analysis was conducted on these findings. The top three effects of smoking were described as being related to the lungs, addiction, and teeth concerns (Table 2).

A paired-samples *t*-test was calculated to compare the mean pretest score to the mean posttest score. The mean on pretest was 6.68 ($SD = 1.56$), and the mean on posttest was 8.30 ($SD = 1.34$). A significant increase from pretest to posttest was found; $t(200) = -13.65, p < .0001$.

Pearson correlation was used to calculate the relationship between the participant's age and posttest score. A weak positive but significant correlation was found; $r(199) = .248, p < 0.01$. Older students tended to score higher in posttest.

Pearson correlation was conducted to examine the relationship between the participant's grade and posttest score. A weak positive but significant correlation was found; $r(199) = .295, p < 0.01$. Students in higher grades tended to score higher in posttest.

TABLE 2
Effects of Smoking: Description of Children's Responses

<i>Description of Children's Responses to Effects of Smoking</i>	<i>Number of Group Responses^a</i>
Lungs: black, cancer, lung failure	15
Addictive: hard to quit, long-term addiction, stimulant	14
Teeth: rot, discolor, bad teeth, yellow teeth	11
Breath: stinks, nasty, bad	10
Gums and lips: infection, chewing tobacco, black gums and lips, lips turn colors, gum disease, gum cancer	9
Heart: stops, heart disease, black heart, failure, heart problems, poor circulation, heart attack	9
Skin: diseases, skin and face wrinkles, skin cancer, fingers turn yellow, dry skin, skinny, bad appearance, look older	9
Brain: ruin brain, memory loss, brain problems, brain damage, pass out, get stupid when brain cells die, brain damage	8
Shortens life: less time to live, kills you, die, don't live long	7
Nerves: causes depression, feel bad, lazy, behave badly, get high and dizzy, bad nerves, no control of driving, affect system	7
Mouth and tongue: mouth cancer, tongue cancer, lose sense of taste and smell, sore throat, brown spit, hole in throat (throat cancer)	7
Breathing: slows breathing, shortness of breath, breathing problems, cough, constant coughing, emphysema	6
Cancer	5
Sickness: really sick, sick, swallow it and get sick, people smell and get sick	4
Stinky: stinky clothes, smelly clothes	3
Eyes: can't see well, see things, affect eyesight	3
Second-hand smoke: harmful, environmental tobacco smoke	3
Pollution: pollution on beaches, air pollution, poison in smoke	3
AIDS	1
Breast cancer	1

^aThere were a total of 15 student groups.

DISCUSSION

ToPIC was designed to provide early intervention education to a targeted age group deemed to be “early high risk” by the American Cancer Society (2008). Teaching ToPIC demonstrated positive outcomes, indicating that ToPIC was effective in teaching both preadolescents and adolescents tobacco use prevention through a short, interactive, upbeat, and fun program.

Hahn and colleagues (2005) indicated that rural schools were less likely to have a tobacco-free campus than urban schools. Preadolescents in rural communities in a southeastern state tended to use tobacco at a higher prevalence rate than the rural norm (Smith, Tingen, & Waller, 2004). For this reason, ToPIC targeted rural preadolescents and adolescents to help decrease the incidence of tobacco use in the rural setting.

During the first class session, as an opening activity, each age group listed on a poster paper their responses to the effects of smoking (Table 2). Most of the descriptions of the children’s responses to the effects of smoking were already incorporated in ToPIC. A rec-

ommendation for future intervention study would be to incorporate all of the children's descriptions to build upon their knowledge base. The following are examples within ToPIC that address some of the children's responses to the effects of smoking:

1. The descriptions related to lung cancer and black lung received the most responses. ToPIC discusses this material in the second class session, entitled "Human Organs Affected by Smoking," in which all body organs affected by smoking are described.
2. The description with the second most responses related to addiction and addictive behavior. ToPIC presents the problem of addiction as one of the components in "The Real Deal About Tobacco," which is taught in the first class session.
3. Chewing tobacco was one of the top five most responses. Chewing tobacco and snuff are discussed in the content entitled "Is Smoke-less Tobacco Safe?"

According to middle school and high school students, media and advertising influence their decisions to smoke (Johnson & Richter, 2002; Marshall et al., 2006). In the section entitled "Be an Ad Buster: Advertising Awareness," ToPIC demonstrates how advertisements and media influence and lure children into tobacco abuse, such as the use of cartoon characters (Joe Camel) and attractive people (the Marlboro Man and the Virginia Slims model).

Middle school and high school students under the age of 18 reported not being asked to show proof of age when they bought or attempted to buy tobacco products (Marshall et al., 2006). In ToPIC, "Kid Power: Smoke-free from Coast to Coast" gives examples of how children advocate for a smoke-free environment, such as participating in a sting operation to catch store clerks in the act of selling cigarettes to minors.

LIMITATIONS OF THE STUDY AND RECOMMENDATIONS FOR FUTURE STUDIES

A limitation of this intervention study is the reading level of the pretest/posttest. The pretest/posttest was designed at the fourth and fifth grade reading levels. Therefore, third grade students may have had a disadvantage in understanding the language presented in the pretest/posttest. Third graders accounted for 18.4% of the sample, which could have skewed the outcome results.

Another limitation of this study is the exclusion of the tobacco use behavior of the children regarding: (a) intention to smoke, and (b) actual tobacco use. A longitudinal study to follow up on these two behaviors is recommended as a future study to investigate ToPIC's effectiveness in actually reducing tobacco use.

ToPIC was an effort at teaching tobacco use prevention through a quick and lively, interesting and interactive program designed to raise awareness among a vulnerable popu-

lation: preadolescents and teens. The curriculum is simple and easy to teach in two or three sessions depending on the age group. Therefore, it can be easily taught to most after-school programs.

Consistently throughout the counties in which ToPIC was taught, the directors of the Boys and Girls Clubs requested teaching a tobacco awareness program to children ages 3 through 6 years because an established program has yet to be developed for this age group. Recommendations for future tobacco prevention programs should incorporate a session for children ages 3 through 6 years with an age-appropriate pretest and posttest. Raising the awareness among children at the earliest possible age of the health risks involved with tobacco use, smokeless tobacco, and secondhand smoke is an effort at reducing tobacco-related morbidity and mortality (Freeman et al., 2005; Healthy People 2010, 2008).

Implementation of ToPIC is an effective and efficient intervention in reducing the onset of tobacco use in youths. Community health nurses and nurse practitioners could be instrumental in providing such education by utilizing short teaching sessions, such as ToPIC, to children and teens in after-school programs (Krainuwat, 2005). This strategy could be employed in both public and private settings and little instructor training required.

Further studies are recommended to identify other educational programs effective in changing children's attitudes toward tobacco use that could be delivered in short segments. Comparisons as to effectiveness of interventions should be made. A longitudinal study in longer-term retention would be useful in evaluating early educational intervention. Determination must be made on the effect of early education and the decisions made to use tobacco products. Additionally, the strength of influence of other factors, such as family use of tobacco products, reinforcement of the educational material by parents, enforcement of laws related to the sale of tobacco, and co-morbid behaviors should be addressed.

REFERENCES

- American Cancer Society. (2008). *Cancer statistics 2008 presentation*. Retrieved April 26, 2008, from http://www.cancer.org/docroot/PRO/content/PRO_1_1_Cancer_Statistics_2008_Presentation.asp
- Botvin, G. T. (2008). *LifeSkills Training: Elementary school program*. Retrieved April 19, 2008, from http://www.lifeskillstraining.com/1st_elementary.php
- Boys and Girls Clubs of America. (2008). *A positive place for kids*. Retrieved April 26, 2008, from <http://www.bgca.org>
- Centers for Disease Control and Prevention. (1994). Preventing tobacco use among young people: A report of the surgeon general (executive summary). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43(RR-4), 1-10.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Youth tobacco surveillance—United States, 2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50(SS04), 1-84.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States 1997-2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51(14), 300-303.

- Freeman, D., Brucks, M., & Wallendorf, M. (2005). Young children's understanding of cigarette smoking. *Society for the Study of Addiction, 100*, 1537–1545.
- Hahn, E. J., Rayens, M. K., Rasnake, R., York, N., Okoli, C., & Riker, C. A. (2005). School tobacco policies in a tobacco-growing state. *Journal of School Health, 75*(6), 219–225.
- Healthy People 2010. (2008). *Leading health indicators*. Retrieved April 19, 2008, from http://www.healthypeople.gov/Document/HTML/uih/uih_4.htm
- Johnson, P. B., & Richter, L. (2002). The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: Analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of Adolescent Health, 30*, 175–183.
- Krainuwat, K. (2005). Smoking initiation prevention among youths: Implications for community health nursing practice. *Journal of Community Health Nursing, 22*, 195–204.
- Lund, K., E., & Helgason, A., R. (2005). Environmental tobacco smoke in Norwegian homes, 1995 and 2001: Changes in children's exposure and parents' attitudes and health risk awareness. *European Journal of Public Health, 15*, 123–127.
- Marshall, L., Schooley, M., Ryan, H., Cox, P., Easton, A., Heaton, C., et al. (2006). Youth tobacco surveillance—United States, 2001–2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 55*(SS-3), 1–56.
- Netemeyer, R. G., Andrews, J. C., & Burton, S. (2005). Effects of antismoking advertising-based beliefs on adult smokers' consideration of quitting. *American Journal of Public Health, 95*, 1062–1066.
- Smith, T. M., Tingen, M. S., & Waller, J. L. (2004). The influence of self-concept and locus of control on rural preadolescent tobacco use. *Southern Online Journal of Nursing Research (SONJR), 5*(6), 1–19.
- Tingen, M. S., Waller, J. L., Smith, T. M., Baker, R. R., Reyes, J., & Treiber, F. A. (2006). Tobacco prevention in children and cessation in family members. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 18*(4), 169–79.
- Wang, C., Henley, N., & Donovan, R. J. (2004). Exploring children's conceptions of smoking addiction. *Health Education Resource, 19*, 626–34.
- Wang, L. Y., Crossett, L. S., Lowry, R., Sussman, S., & Dent, C. W. (2001). Cost-effectiveness of a school-based tobacco-use prevention program. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 155*, 1043–1050.

Smoking Initiation Prevention Among Youths: Implications for Community Health Nursing Practice

Kerada Krainuwat, RN, MS

University of Wisconsin, Madison

Cigarette smoking among youths has long been documented as a national problem affecting health and economic status in the United States. A number of studies have documented that cigarette-smoking initiation occurs primarily between late childhood and young adolescence. This evidence has brought about the need for awareness among community health nurses to find and deliver effective antismoking programs to reduce the prevalence of youth smoking initiation. Generally, community health nurses are in an excellent position to help the nation achieve its goals in terms of reducing the incidence of youth smoking initiation. However, current knowledge about community health nursing practice and smoking initiation interventions is limited. This article raises awareness about smoking initiation prevention in youth and the need to implement effective smoking prevention programs in practice settings and encourages community health nurses to increase their involvement in antismoking initiation research and interventions.

Cigarette smoking among youths has long been documented as a national problem affecting health and economic status in the United States (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 1994). In spite of warnings that smoking is costly, addictive, and deadly, it still remains popular among youths. The earlier youths begin to smoke, the more likely they will smoke as adults and the longer time they have to smoke. Many smoking prevention experts have determined that preventing youths from engaging in smoking initiation is critical. Successfully preventing youths from experimenting with their first cigarette will reduce the incidence of future smokers and the long-term health and economic burden resulting from smoking. This article aims to (a) examine the impact of cigarette smoking on youths, (b) emphasize the logic behind and approaches to smoking initiation prevention in youths, (c) increase awareness of the need for implementing effective smoking prevention programs in the community, and (d) encourage community health nurses to engage in antismoking initiation research and interventions.

Correspondence should be addressed to Kerada Krainuwat, 3009 University Avenue, #507, Madison, WI 53703. E-mail: kkrainuwat@wisc.edu

IMPACT OF CIGARETTE SMOKING AMONG YOUTHS

Cigarette smoking among youths is considered an important public health issue associated with diseases, disability, and premature death. It is one of the health risk behaviors that generates substantial negative consequences on youths' health, both in the short and long term. The short-term consequences include immediate bad breath, shortness of breath, coughing spells, nausea, dizziness, irritated eyes and throat, and increased heart-beat and blood pressure. The long-term consequences include reduced rate of lung growth, reduced maximum lung function capacity, reduced immune function, tooth decay, and gum diseases (USDHHS, 1994). Because of these health consequences, youth smokers are less physically fit and more easily fall ill than their nonsmoking peers. If they continue their smoking behavior, they increase the risk of developing many diseases and disorders when they are older, for example, coronary heart disease, hypertension, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, emphysema, susceptibility to hemophilus influenza and streptococcal pneumonia, and precancerous gene mutation (American Cancer Society [ACS], 2005; Holmen, Barrett-Connor, Holmen, & Bjermer, 2000; USDHHS, 1994; Wiencke, et al., 1999).

According to the ACS's (2005) report, smoking accounts for 30% of all cancer deaths and 87% of lung cancer deaths. Lung cancer mortality rates are about 22 times higher for current male smokers and 12 times higher for current female smokers. Furthermore, smoking causes more than 20% of heart disease cases and 80% to 90% of emphysema cases. These health consequences are a function of the duration and the intensity of smoking behavior. Thus, earlier onset provides more time and opportunity for illness, increasing the risk of more severe health consequences in later life.

In fact, smoking has an impact not only on health, but also on the national economic system. Smoking-attributable expenditures are costly and these expenditures have been consistently estimated at 6% to 8% of annual American personal health care expenditures (Warner, Hodgson, & Carroll, 1999). The estimate of the annual nationwide direct medical care expenditures is about \$75 billion. In addition, nearly \$82 billion are lost annually due to reduced productivity from diseases attributable to smoking (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2002a; Miller, Zhang, Rice, & Max, 1998). Given the health and economic consequences, preventing smoking initiation among youth has potential for major societal and individual impact.

PREVALENCE OF SMOKING INITIATION IN YOUTH

A number of studies have documented that cigarette-smoking initiation occurs primarily between late childhood and young adolescence (USDHHS, 1994). The average age of onset is 12.3 years old (Harrell, Bangdiwala, Deng, Webb, & Bradley, 1998), and by the age of 18, approximately two thirds of youths have already tried cigarettes (CDC, 1996, 1998a; Johnston, O'Malley, & Bachman, 1996). Currently, over 3 million youths smoke

cigarettes. Approximately 4,400 youths try their first cigarette every day, and there are 2,000 new cases of youth smokers every day (CDC, 2003; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2002). If this trend continues, one third of youths who become regular smokers will die prematurely from smoking-related diseases, given current levels of cessation (Regulations Restricting the Sale, 1996). Recent reports also showed that the age of smoking initiation among youths has declined from 17 years to 12 years (CDC, 1994, 2002b; Elders, Perry, & Erikson, 1994; Harrell et al., 1998; SAMHSA, 2003). This evidence has brought about the need for awareness among community health nurses to find and deliver effective antismoking initiation programs to reduce the incidence of youth smoking initiation in their settings.

LOGIC BEHIND SMOKING INITIATION PREVENTION

Given the impact of smoking on health, the economic burden, and the early onset of smoking behavior, preventing smoking initiation among youths has emerged as a major focus of tobacco control efforts to reduce smoking prevalence and incidence, thereby resulting in a decreased health and economic burden in the long run. The prevention agenda for the nation, *Healthy People 2010*, also addresses reduction in youth smoking initiation by one third and increasing the average age of smoking onset from 12 years to 14 years as major objectives to accomplish by the year of 2010 (USDHHS, 2000).

Evidence shows that smoking initiation prevention among youths is logical because first, all smokers go through the initiation process. Early initiation of smoking behavior in childhood is a strong predictor of regular smoking in later adolescence (McGee & Stanton, 1993). Once smoking initiation occurs, the odds of becoming a smoker are increased four to six times compared to those who never try as adolescents (McGee, Williams, & Stanton, 1998; McNeill et al., 1988; Wilson, Battistich, Syme, & Boyce, 2002). This indicates that smoking initiation results in youths becoming much more vulnerable to become smokers. Therefore, prevention efforts should aim at discouraging youths from trying a cigarette, even just a puff.

Second, nicotine addiction experts admit that it is better to prevent youths from initiation than to help them quit smoking. If youths try their first cigarette and get past the taste test and other effects, such as the coughing and the burning sensation, they will try more. Consequently, they are more likely to develop physiological and psychological addiction to nicotine before they realize it. In fact, nicotine has been shown to be more addictive than cocaine or alcohol. Approximately 1 out of 6 people who try cocaine becomes addicted and 1 out of 10 who use alcohol becomes addicted, whereas 9 out of 10 who try cigarettes become addicted (USDHHS, 1994). Research has also shown that once youths are addicted to nicotine, they are more likely to smoke as adults and they will continue smoking for at least 16 to 20 years (Brownson, DiLorenzo, Van Tuinen, & Finger, 1991; Chassin, Presson, Sherman, & Edwards, 1990; Fergusson & Horwood, 1995).

Third, the rate of successful quitting is low among youths because of less motivation to quit and the burden of withdrawal symptoms, including irritability, anxiety, hunger, depression, difficulty concentrating, restlessness, and craving cigarettes during quitting (Kozlowski, Henningfield, & Brigham, 2001). These last two factors are strong enough to keep youth maintaining their addiction behavior (Engel, Knibbe, Devries, & Drop, 1998; Jackson & Henriksen, 1997; Rojas, Killen, Haydel, & Robinson, 1998). As a result, health disparities and economic burden are likely to occur in later life.

Fourth, a number of studies have shown that few people begin to smoke cigarettes once past their teenage years. Success at preventing or postponing the onset of smoking in children and adolescents makes it less likely that initiation will occur when they are adults (Flay, 1993; USDHHS, 1994). Recent findings from the National Survey on Drug and Health (SAMHSA, 2003) also confirmed that current cigarette smoking rates increased steadily by year up to age 21. After age 21, rates generally decreased.

Finally, cigarette smoking has been identified as a gateway to the use of other substances such as alcohol, marijuana, and cocaine (Johnson, Boles, & Kleber, 2000; Kandel, Yamaguchi, & Chen, 1992; Kaufman, Jason, Sawlski, & Halpert, 1994; Torabi, Bailey, & Majd-Jabbari, 1993; Wagner & Anthony, 2002). Youth smokers were 3 times more likely than youth nonsmokers to use alcohol, 8 times more likely to use marijuana, and 22 times more likely to use cocaine (CDC, 1998b; Ellickson, Hays, & Bell, 1992). In addition, early onset of smoking was also associated with other risky behaviors, including fighting and unprotected sexual activity (DuRant, Smith, & Krowchuk, 1999).

SMOKING INITIATION INTERVENTIONS

Based on the evidence cited previously, early intervention to prevent the onset of smoking among youths is imperative. However, if prevention interventions are implemented too early, positive effects may not be retained before the onset of the problem (Mrazek & Haggerty, 1994; National Institute on Drug Abuse, 1997). The transition from childhood to young adolescence may be the best window for introducing the smoking initiation prevention intervention to youths. Antismoking initiation efforts should start early, but not too early. Most youths, by the fifth grade, have not yet initiated cigarette smoking. This grade level is an ideal target (Durlak, 1997). In addition, smoking prevention interventions should target every level of the society, including individual, family, and community levels (Andrews & Duncan, 1998; Best et al., 1984; USDHHS, 1994, Winkleby, Fortmann, & Rockhill, 1993).

Individual Level

Smoking prevention programs have been widely implemented in school-based settings and students are the main target population. The program interventions typically focus on

providing knowledge about health risks and negative consequences of smoking, attempting to influence students' beliefs, attitudes, intentions, and norms related to smoking, and building social skills in terms of decision making, communication, conflict management, and refusal skills. The results from evaluations and meta-analyses have shown that building social skills is the most effective intervention to reduce the prevalence of smoking among students (Lantz et al., 2000). However, the effect size was modest and the effect persisted for short periods varying from 1 to 4 years (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin, & Diaz, 1995; Bruvold, 1993; Eisen, Pallitto, Bradner, & Natalya, 2000; Institute of Medicine, 1994; Price, Beach, Everett, Telljohann, & Lewis, 1998).

Family Level

Family-based smoking prevention programs have received a great deal of attention recently and they are considered a new approach compared to school-based smoking prevention programs. The programs usually target youths and their parents. Typically, these programs aim to enhance positive parenting skills that help foster positive child development, increase youth social skills, and improve parent-child interaction and relationships. Currently, there are two types of intervention approaches. One approach focuses its intervention on youths and their parents separately, whereas the other focuses the intervention on youths and their parents together. Overall, programs emphasize education and skill development rather than merely education. That is, the programs provide opportunities for youths and their parents to learn and practice effective skills. A number of documents and research findings support the premise that family-based interventions can benefit youths and their parents in terms of enhancing parenting ability and youth social competency, resulting in improved parent-child relationships (Dishion, 1996; Molgaard, Spoth, & Redmond, 2000). As a result, youths who participate in such programs are less likely to engage in problem behaviors, including smoking, compared with those who do not participate in programs (Abbey, Pilgrim, Hendrickson, & Buresh, 2000; Curry et al., 2003; Spoth, Redmond, & Shin, 2001).

Community Level

Community-based prevention programs have multiple components and they involve the use of community resources to alter youths' smoking behavior and perceptions of tobacco use as normal practice. In general, community-based programs are divided into three categories: education and information interventions, incentives, and laws and regulations (Jacobson et al., 2001; Jason, Biglan, & Katz, 1998).

Education and information interventions are designed to inform smoking hazards and to disseminate the findings published in the surgeon general's reports about the impacts of smoking on health to the general public. For example, one type of mass media cam-

paigned attempts to persuade people to avoid smoking because of its adverse effects on health. Warning labels on cigarette packages intend to inform of the dangers of smoking, which in turn discourage the use of cigarettes (Jernigan & Wright, 1996; USDHHS, 1994).

Incentive interventions focus on increasing cigarette excise taxes. Consequently, they drive up the price of cigarettes thereby dissuading cigarette purchases by people who cannot afford the higher price. Grossman and Chaloupka (1997) stated that a 10% increase in cigarette prices results in a 7% reduction in the number of youth smokers.

Finally, laws and regulations emphasize legal requirements to follow with respect to cigarette consumption and clean indoor air laws. These legal requirements bring about (a) restrictions of accessibility and availability of tobacco products for minors (under the age of 18), (b) cigarette advertising restrictions, and (c) direct restrictions on smoking in public facilities. Research has shown that the combination of different intervention categories produced positive effects on smoking reduction. For example, increased cigarette taxes, exposure to tobacco education, restrictions on youth access to tobacco, and public policy regarding clean air environment were associated with reduction of smoking prevalence among youths (Biglan, Ary, Smolkowski, Duncan, & Black, 2000; Forster & Wolfson, 1998; Gritz, 1994; Jacobson & Wasserman, 1997; Lewit, Hyland, Kerrebrock, & Cummings, 1997).

Assuredly, smoking prevention programs have been implemented in different populations and intervention levels. These prevention efforts have had mixed results. It is clear that no single prevention program is likely to produce a strong impact on reducing smoking initiation among youths (Lantz et al., 2000). To be able to strengthen the impact of tobacco prevention efforts, adding family or community smoking prevention programs along with individual smoking prevention programs will be another alternative to help prevent youth smoking initiation at least until high school graduation (USDHHS, 1994).

COMMUNITY HEALTH NURSES AND SMOKING INITIATION PREVENTION

Community health nurses are care providers who have the professional obligation to play a crucial role in tobacco control efforts in their practice settings and to accomplish *Healthy People 2010* (USDHHS, 2000) objectives. It is important for community health nurses to implement effective strategies in practice settings to prevent youths from initiating cigarette smoking. Based on a recent review of nursing research and smoking prevention, most studies have focused on studying relations among factors influencing smoking behaviors or effectiveness of smoking cessation programs (Andrea, Walter, Elena, Alfea, & Piersante, 2001; Gomm, Lincoln, Egeland, & Rosenberg, 2002; Good, Frazier, Wetta-Hall, Ablah, & Molgaard, 2004). There is no nursing research addressing prevention efforts for smoking initiation prevention. Little is known about what nurses

contribute to smoking initiation prevention in their practice settings. There is a need for future research to address community health nurses' interventions associated with smoking initiation prevention. In fact, community health nurses work in diverse environments in the community, such as local health agencies, schools, or community clinics. It is critical that community health nurses take leadership in antismoking and make significant contributions in preventing youths from engaging in smoking initiation. To be able to reduce youth smoking initiation in their practice settings, community health nurses should have available to them effective smoking prevention programs. A current review of prevention programs provided some suggestions about the characteristics of effective prevention programs. Effective prevention programs should be comprehensive, theory based, provided in sufficient dosage, socially and culturally relevant, appropriately timed, and involve well-trained staff (Nation et al., 2003). Unfortunately, most theory-based programs are expensive, and it is difficult for local providers to replicate the effective programs because of budget constraints. This leads local providers to create their own smoking prevention programs with marginal outcomes, resulting in a knowledge gap between academic researchers who create theory-based prevention programs and local providers who create their own programs (Morrissey et al., 1997). To reduce the knowledge gap, it is necessary for community health nurses to increase their collaboration with academic researchers. This action helps increase effective program dissemination and accountability of the program in the real world and also decreases the knowledge gap in smoking initiation prevention.

SUMMARY

Smoking initiation among youths is an important health issue and it has been prioritized as a major objective in *Healthy People 2010* (USDHHS, 2000) that community health nurses need to accomplish. This article examined the impact of cigarette smoking on youths and the importance of smoking initiation prevention among youths at every level of society. It also encouraged community health nurses to focus their practice on smoking initiation prevention. Community health nurses are in an excellent position to help the nation achieve its goal in terms of reducing the incidence of youth smoking initiation by implementing effective programs in their settings. However, current research about community health nursing practice and smoking initiation interventions is limited. Therefore, there is a need for future research on community health nurses associated with smoking initiation interventions. This research will increase knowledge and skills in terms of strategies to prevent smoking initiation. There is also a need to increase collaboration between community health nurses and academic researchers to implement theory-based programs that are effective. Such collaboration will help community nurses produce more research studies and academic researchers will be able to disseminate knowledge to the community.

REFERENCES

- Abbey, A., Pilgrim, C., Hendrickson, P., & Buresh, S. (2000). Evaluation of a family-based substance abuse prevention program targeted for the middle school years. *Journal of Drug Education, 30*, 213–228.
- American Cancer Society. (2005). *Cancer facts and figures 2005*. Retrieved August 21, 2005, from <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005f4PWSecured.pdf>
- Andrea, M. S., Walter, V., Elena, B., Alfea, F., & Piersante, S. (2001). A comparison of smoking habits, beliefs and attitude among Tuscan student nurses in 1992 and 1999. *European Journal of Epidemiology, 17*, 417–421.
- Andrews, J. A., & Duncan, S. C. (1998). The effect of attitude on the development of adolescent cigarette use. *Journal of Substance Abuse, 10*(1), 1–7.
- Best, J. A., Flay, B. R., Towson, S. M. J., Ryan, K. B., Perry, C. L., Brown, K. S., et al. (1984). Smoking prevention and the concept of risk. *Journal of Applied Social Psychology, 14*, 257–273.
- Biglan, A., Ary, D. V., Smolkowski, K., Duncan, T., & Black, C. (2000). A randomized controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tobacco Control, 9*, 24–32.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association, 273*, 1106–1112.
- Brownson, R. C., DiLorenzo, T. M., Van Tuinen, M., & Finger, W. W. (1991). Patterns of cigarette and smokeless tobacco use among children and adolescents. *Preventive Medicine, 19*, 170–180.
- Bruvold, W. H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention program. *Journal of Public Health, 83*(6), 872–880.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1994). Changes in cigarette brand preferences of adolescent smokers—United States, 1989–1993. *Journal of the American Medical Association, 272*, 843–844.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1996). Tobacco use and usual sources of cigarettes among high school students. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 45*, 413–418.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1998a). Incidence of initiation of cigarette smoking—United States, 1965–1996. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 47*, 837–840.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1998b). Youth risk behavior surveillance—United States 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 47*(SS03), 1–89.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002a). Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs—United States, 1995–1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 51*, 300–303.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002b). Youth risk behavior surveillance—United States 2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 51*(SS04), 1–64.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003, September 22). *Tobacco information and prevention source*. Retrieved December 7, 2003, from <http://www.cdc.gov/tobacco/issue.htm>
- Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J., & Edwards, D. A. (1990). The natural history of cigarette smoking: Predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology, 9*, 701–716.
- Curry, S. J., Hollis, J., Bush, T., Polen, M., Ludman, E. J., Grothaus, L., et al. (2003). A randomized trial of a family-based smoking prevention intervention in managed care. *Preventive Medicine, 37*, 617–626.
- Dishion, T. J. (1996). *Advances in family-based interventions to prevent adolescent drug abuse* (NIH Publication No. 98-4293, pp. 87–100). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- DuRant, R. H., Smith, J. A., & Krowchuk, D. P. (1999). The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 153*, 286–291.
- Durlak, J. A. (1997). *Successful prevention programs for children and adolescents*. New York: Plenum.
- Eisen, M., Pallitto, C., Bradner, C., & Natalya, B. (2000). *Teen risk taking: Promising prevention programs and approaches*. Washington, DC: Urban Institute.
- Elders, M. J., Perry, C. L., & Erikson, M. R. (1994). The report from the surgeon general: Preventing tobacco use among young people. *American Journal of Public Health, 84*, 543–547.

- Ellickson, P. L., Hays, R. D., & Bell, R. M. (1992). Stepping through the drug use sequence: Longitudinal scalogram analysis of initiation and regular use. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 441-451.
- Engel, R. C. M. E., Knibbe, R. A., Devries, H., & Drop, M. J. (1998). Antecedents of smoking cessation among adolescents: Who is motivated to change. *Preventive Medicine, 27*, 348-357.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1995). Transitions to cigarette smoking during adolescence. *Addictive Behaviors, 20*, 627-642.
- Flay, B. R. (1993). Youth tobacco use: Risk, pattern, and control. In T. C. Orleans & J. Slade (Eds.), *Nicotine addiction* (pp. 365-384). New York: Oxford University Press.
- Forster, J. L., & Wolfson, M. (1998). Youth access to tobacco: Policies and politics. *Annual Review of Public Health, 19*, 203-235.
- Gomm, M., Lincoln, P., Egeland, P., & Rosenberg, M. (2002). Helping hospitalised clients quit smoking: A study of rural nursing practice and barriers. *Australian Journal of Rural Health, 10*(1), 26-32.
- Good, M. J., Frazier, L. M., Wetta-Hall, R., Ablah, E., & Molgaard, C. A. (2004). Kansas office-based nurses' evaluation of patient tobacco cessation activities. *Journal of Community Health Nursing, 21*, 77-85.
- Gritz, E. R. (1994). Reaching toward and beyond the year 2000 goals for cigarette smoking: Research and public health priorities. *Cancer, 74*(Suppl. 4), 1423-1432.
- Grossman, M., & Chaloupka, F. J. (1997). Cigarette taxes: The straw to break the Camel's back. *Public Health Reports, 112*, 291-297.
- Harrell, J. S., Bangdiwala, S. I., Deng, S., Webb, J. P., & Bradley, C. (1998). Smoking initiation in youth: The role of gender, race, socioeconomic, and development. *Journal of Adolescent Health, 23*, 271-279.
- Holmen, T. L., Barrett-Connor, E., Holmen, J., & Bjermer, L. (2000). Health problems in teenage daily smokers versus nonsmokers, Norway, 1995-1997: The Nord-Trøndelag Health Study. *American Journal of Epidemiology, 151*, 148-155.
- Institute of Medicine. (1994). *Growing up tobacco free: Preventing nicotine addiction in children and youth*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jackson, C., & Henriksen, L. (1997). Do as I say: Parent smoking, antismoking socialization, and smoking onset among children. *Addictive Behaviors, 22*(1), 107-114.
- Jacobson, P. D., Lantz, P. M., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., & Ahlstrom, A. K. (2001). *Combating teen smoking: Research and policy strategies*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Jacobson, P. D., & Wasserman, J. (1997). *Tobacco control laws: Implication and enforcement*. Santa Monica, CA: RAND.
- Jason, L. A., Biglan, A., & Katz, R. (1998). Implications of the tobacco settlement for the prevention of teenager smoking. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice, 1*(2), 63-82.
- Jernigan, D. H., & Wright, P. A. (1996). Media advocacy: Lessons from community experiences. *Journal of Public Health Policy, 17*, 306-330.
- Johnson, P. B., Boles, S. M., & Kleber, H. D. (2000). The relationship between adolescent smoking and drinking and likelihood estimates of illicit drug use. *Journal of Addictive Diseases, 19*, 75-81.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1996). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1995*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kandel, D. B., Yamaguchi, K., & Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescent to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol, 53*, 447-457.
- Kaufman, J. S., Jason, L. A., Sawliski, L. M., & Halpert, J. A. (1994). A comprehensive multi-media program to prevent smoking among Black students. *Journal of Drug Education, 24*(2), 95-108.
- Kozlowski, L. T., Henningfield, J. E., & Brigham, J. (2001). *Cigarettes, nicotine, & health: A biobehavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J., et al. (2000). Investing in youth tobacco control: A review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control, 9*, 47-63.
- Lewit, E. M., Hyland, A., Kerrebrock, N., & Cummings, K. M. (1997). Price, public policy, and smoking in young people. *Tobacco Control, 6*(Suppl. 2), 17-24.
- McGee, R., & Stanton, W. R. (1993). A longitudinal study of reasons for smoking in adolescence. *Addiction, 88*, 265-271.

- McGee, R., Williams, S., & Stanton, W. R. (1998). Is mental health in childhood a major predictor of smoking in adolescence? *Addiction*, *93*, 1869–1894.
- McNeill, A. D., Jarvis, M. J., Stepleton, J. A., Russell, M. A., Eiser, J. R., Gammage, P., et al. (1988). Prospective study of factors predicting uptake of smoking in adolescents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *43*, 72–78.
- Miller, L. S., Zhang, X., Rice, D. P., & Max, W. (1998). State estimates of total medical expenditures attributable to cigarette smoking, 1993. *Public Health Reports*, *113*, 447–458.
- Molgaard, V., Spoth, R., & Redmond, C. (2000). *Competency training: The Strengthening Families Program For Parents and Youth 10–14*. Rockville, MD: U.S. Department of Justice.
- Morrissey, E., Wandersman, A., Seybolt, D., Nation, M., Crusto, C., & Davino, K. (1997). Toward a framework for bridging the gap between science and practice in prevention: A focus on evaluator and practitioner perspective. *Evaluation and Program Planning*, *20*, 367–377.
- Mrazek, P., & Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontier for prevention intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., et al. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, *58*, 449–456.
- National Institute on Drug Abuse. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide*. Washington, DC: Author.
- Price, J. H., Beach, P., Everett, S., Telljohann, S. K., & Lewis, L. (1998). Evaluation of a three-year urban elementary school tobacco prevention program. *Journal of School Health*, *68*(1), 26–31.
- Regulations restricting the sale and distribution of cigarettes and smokeless tobacco products to protect children and adolescents: Final rule, 21 C.F.R. § 801 (1996).
- Rojas, N. L., Killen, J. D., Haydel, K. F., & Robinson, T. N. (1998). Nicotine dependence among adolescent smokers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *152*, 151–156.
- Spoth, R., Redmond, C., & Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 627–642.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2002). *Summary of findings from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse: Vol. 1. Summary of the National Findings* (DHHS Publication No. SMA 02-3758). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2003). *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health* (DHHS Publication No. SMA 03-3836). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Torabi, M. R., Bailey, W. J., & Majd-Jabbari, M. (1993). Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: Evidence of the “gateway drug effect.” *Journal of School Health*, *63*, 302–306.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1994). *Preventing tobacco use among young people: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Objectives for improving health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2002). Into the world of illegal drug use: Exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana, and cocaine. *American Journal of Epidemiology*, *155*, 918–925.
- Warner, K. E., Hodgson, T. A., & Carroll, C. E. (1999). Medical costs of smoking in the United States: Estimates, their validity, and their implications. *Tobacco Control*, *8*, 290–300.
- Wiencke, J. K., Thurston, S. W., Kelsey, K. T., Varkonyi, A., Wain, J. C., Mark, E. J., et al. (1999). Early age at smoking initiation and tobacco carcinogen DNA damage in the lung. *Journal of the National Cancer Institute*, *91*, 614–619.
- Wilson, N., Battistich, V., Syme, L., & Boyce, W. T. (2002). Does elementary school alcohol, tobacco, and marijuana use increase middle school risk? *Journal of Adolescent Health*, *30*, 442–447.
- Winkleby, M. A., Fortmann, S. P., & Rockhill, B. (1993). Cigarette smoking trends in adolescents and young adults: The Stanford Five-City Project. *Preventive Medicine*, *22*, 325–334.

School Nurses' Opinions About the Prevention of Tobacco Use

Bonita Reinert, PhD, FAAN, Vivien Carver, EdD,
and Lillian M. Range, PhD

The University of Southern Mississippi

To further understand school nurses' tobacco policy beliefs and attitudes toward tobacco companies, a convenience sample of 53 school nurses completed questionnaires about antitobacco policies and attitudes toward tobacco companies. Overall, these nurses strongly agreed with tobacco policies such as banning youths from wearing clothing with a tobacco logo to school and fining restaurant owners who permit smoking. In addition, these nurses on average were negative toward tobacco companies. For example, they thought that tobacco companies and advertising leads to youth tobacco use. However, this group of school nurses thought that youths were basically neutral toward tobacco companies. Considering their professional experience with tobacco prevention at school, school nurses would be logical designers of tobacco prevention school interventions. An implication of these results¹ is that school nurse education should include policy and activism components.

Tobacco use is the single most preventable cause of death in the United States (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 1999). Currently in the United States there are more than 43 million people who are dependent on cigarettes, cigars, or smokeless tobacco products (CDC, 2001). Most youths start smoking before the age of 18 (CDC, 2000), so the school years are when people are most likely to initiate smoking. Given that they are trusted members of the school community who have access to all students (Sheetz, 2003), school nurses have unique access to a highly vulnerable group.

However, education in tobacco prevention for nurses is less than optimal. Among Illinois nursing programs surveyed in 1994, tobacco prevention instruction was scattered throughout the curriculum and conveyed mostly via adult medical–surgical texts that lacked depth on tobacco issues (Kraatz, Dudas, Frerichs, Paice, & Swenson, 1998). Among Kansas undergraduate nursing program directors surveyed in 2000, most said that their programs included no information about smoking cessation techniques, required no practice on tobacco cessation techniques, provided brief or no instruction in the 5 A's of clinical intervention, and failed to cover nicotine replacement, antidepressant

Correspondence should be addressed to Lillian M. Range, The University of Southern Mississippi, Box 5125, Hattiesburg, MS 39406-5025. E-mail: L.Range@usm.edu

¹This project received funding from Grant 0311501203 from the Partnership for a Healthy Mississippi.

treatment, or other pharmacological treatment (Hornberger & Edwards, 2004). Among 50 acute care nurse practitioner programs surveyed in 2002, most included only 1 to 3 hr of tobacco dependence content, required no smoking-cessation practice, and did not include the national guidelines for smoking cessation in their curricula, and almost no programs provided smoking-cessation counselor certification (Heath, Andrews, Thomas, Kelley, & Friedman, 2002). These results taken together indicate that many nursing professionals have little tobacco prevention training.

However, health professionals, nurses in particular, believe that tobacco use prevention is part of their job. For example, 92% of a sample of African American nurses believed that nurses should help patients stop smoking (Sarna et al., 2003), and 65% of another sample of student nurses believed that nurses should convince patients not to smoke (Sejr & Osler, 2002). Likewise, 89.7% of a sample of dental, dental hygiene, nursing, medical, pharmacy, and physical therapy students agreed that helping smokers quit is an aspect of their professional responsibility (Fried, Reid, & DeVore, 2004). There is widespread agreement that smoking prevention is an important aspect of the health professional's responsibility.

Thus, despite less than optimal training, nurses believe that they should prevent tobacco use. Nurses have the potential to influence behaviors and public policy concerning tobacco use. Among 1,508 oncology nurses surveyed in 2000, most (85%) stated that nursing involvement in tobacco-control health care policy and legislation is important (Sarna, Brown, Lillington, Wewers, & Brecht, 2000). In Massachusetts, the state school nurse association, in collaboration with other professional organizations, encouraged the governor to establish a special commission on school nursing that made funding recommendations adopted by the legislature (Sheetz, 2002). However, a review of the literature suggests that nurses have little input into policy matters (Chalmers, Seguire, & Brown, 2002). Thus, school nurses believe that advocacy is important, and in some cases have successfully advocated for public health issues, but school nurses often have little advocacy or public policy experience with regard to tobacco.

School nurses delivering health education programs provide an opportunity for a collaborative effort with local health care providers in meeting community needs (Heimann, 2000). Further understanding of school nurses' beliefs about tobacco policy and attitudes toward tobacco companies could assist in designing training and interventions to strengthen their ability to positively impact the future health of the youths in their charge and was the purpose of this study.

METHOD

Participants

Participants were a convenience sample of 53 Mississippi school nurses attending a required statewide meeting in August 2004. All these nurses were hired by a nonprofit

organization, the Partnership for a Healthy Mississippi, with the provision that they provide some tobacco prevention, in addition to other school nurse duties, at their school. These nurses were all women. They ranged in age from 25 to 62 years ($M = 40.85$, $SD = 9.47$). In ethnic background, 43 were White, and 10 were African American. A total of 37 (69.8%) reported that they had tried smoking, at least one or two puffs. They reported that they had worked on a tobacco prevention grant from 0 to 7 years ($M = 3.48$, $SD = 2.41$). On a scale from 1 (*strongly agree*) to 5 (*strongly disagree*), most agreed that they provided counseling for smoking cessation ($M = 1.94$, $SD = .91$); and most were neutral as to whether they see students who smoke at least every week ($M = 3.18$, $SD = .53$).

Materials

The Tobacco Company Attitudes subscale consisted of 11 questions (e.g., "Tobacco companies are to blame for youth smoking") about tobacco companies being blameworthy for youth smoking (2 items), focused on youth (6 items), and similar to other companies (3 items, reverse scored), slightly adapted from Sly, Hopkins, Trapido, and Ray (2001) and Carver, Reinert, Range, and Campbell (2003). They were scored on a 5-point scale ranging from 1 (*strongly agree*) to 5 (*strongly disagree*) so that low numbers indicated more agreement with the perception that tobacco companies do bad things. Among the school nurses in this survey, these items were internally consistent ($\alpha = .81$).

The Youth Tobacco Company Attitudes subscale consisted of 3 questions (e.g., "Most youth dislike tobacco ads") about youths disliking tobacco ads and tobacco companies, and thinking that it is OK to work for a tobacco company (reverse scored). Among this group of school nurses, these items were internally consistent ($\alpha = .81$).

The Policy subscale consisted of 5 questions (e.g., "Youth caught buying cigarettes should be fined") about banning clothing with tobacco logos from schools, enforcing laws against cigarette sales to minors, banning tobacco advertisements where youths will see them, and fining youths who try to purchase tobacco and restaurant owners who allow smoking. These questions were slightly adapted from Unger et al. (1999) and scored so that low numbers indicated more agreement with antitobacco policy. Six of these items were internally consistent ($\alpha = .79$) among California students in Grade 10. Evidence of validity is that never-smokers supported antitobacco policies more than smokers (Unger et al., 1999). Among the school nurses, five of these items were weak in internal consistency ($\alpha = .63$); the other item ("Schools should expel youth caught smoking at school") did not load with the others and was analyzed separately.

The School Nurses and Tobacco subscale consisted of 5 items specifically focused on school nurses (e.g., "School nurses should be involved in tobacco control efforts"). These items were not internally consistent, so they were analyzed individually.

On each scale, the adaptations involved slight simplification of language and converting each item into a 5-point format from 1 (*strongly agree*) to 5 (*strongly disagree*).

Procedure

The 27-item survey was included in a packet of materials that the nurses received at the beginning of an annual work meeting. They completed the survey voluntarily and anonymously.

RESULTS

Overall, these nurses, on average, strongly agreed with the tobacco policy questions ($M = 1.65$, $SD = .50$). In addition, they were, on average, negative toward tobacco companies: They moderately agreed that tobacco companies do bad things ($M = 2.12$, $SD = .51$). However, they thought that youths were neutral to mildly negative toward tobacco companies ($M = 3.53$, $SD = .71$). Neither policy nor opinions toward tobacco companies correlated significantly with each other, age, or the amount of time these nurses had worked on tobacco prevention.

On the five questions about school nurses and tobacco, most attitudes were strongly antitobacco. Every one of these nurses strongly agreed that both school nurses and school leaders should not smoke in front of students (all M s = 1.00). The nurses strongly agreed that (a) school nurses should be involved in tobacco control ($M = 1.45$, $SD = .57$), (b) school nurses should help youths stop smoking ($M = 1.38$, $SD = .53$), and (c) school grounds should be smoke free ($M = 1.02$, $SD = .14$). These nurses were positive that cigarette ads influence youths ($M = 1.13$, $SD = .43$). However, they were neutral about schools expelling students caught smoking at school ($M = 3.22$, $SD = 1.24$).

These nurses were neutral to mildly positive about needing more training in tobacco control ($M = 2.76$, $SD = .98$). On this question, 4 strongly agreed, 19 agreed, 17 were neutral, 11 disagreed, and 2 strongly disagreed.

DISCUSSION

These results indicate that the school nurses in this survey had strong attitudes against tobacco. On the professional level, they strongly agreed that school nurses should be involved in tobacco control and should help youths stop smoking. Further, they agreed with antitobacco policies such as fines and bans. On the personal level, they overwhelmingly agreed that school nurses and school leaders should refrain from smoking in front of youths. The average school nurse in this survey needed no convincing that tobacco is unhealthy and that part of her job is discouraging youths from using tobacco. At the same time, however, most of the school nurses in this survey agreed only mildly or were neutral about more training.

The practicing school nurses in this survey favored antitobacco policies such as fines for restaurant owners who permit smoking or for youths caught buying cigarettes, bans

on tobacco advertisements placed where youths will see them or on clothing worn at school, and overall strong enforcement of laws against tobacco. These beliefs remained constant across age, race, or amount of work history with tobacco prevention.

These school nurses had moderately negative attitudes toward tobacco companies. In contrast, in a 1999 telephone survey of voters in Mississippi, most respondents held weakly negative attitudes toward tobacco companies (Carver et al., 2003). Attitudes toward tobacco companies may have deteriorated in these 5 years, or school nurses may be more negative toward tobacco companies than the general voting public listed in the phone directory.

Despite their own negative attitudes, the school nurses in this survey thought that youths held neutral attitudes toward tobacco advertisements, tobacco companies, and working for the tobacco industry. Thus, the nurses viewed their student charges as vulnerable to the tobacco industry. An implication is that school nurses may be able to help youths resist the temptation to smoke by explicating the negative impact of tobacco advertising and the perniciousness of the tobacco industry.

Without exception, school nurses in this survey strongly agreed that both school nurses and school leaders should refrain from smoking in front of students. In contrast, in a recent survey of undergraduate nursing students, most only agreed with similar questions about nonsmokers' rights to breathe smoke-free air (Clark, McCann, Rowe, & Lazenbatt, 2004). Older, practicing school nurses may hold different opinions than younger, undergraduate nursing students, or actually working with youths may be enough to move nurses from simple agreement to steadfast resolution about setting a nonsmoking example for youths.

The nurses in this survey strongly agreed that school nurses should be involved in tobacco control. Similarly, most (81%) of the African American nurses in another survey said that tobacco control should be part of their jobs, and most (92%) also said that nurses should help patients stop smoking (Sarna et al., 2003). Likewise, most undergraduate nursing students in another study agreed that tobacco prevention was part of a nurse's responsibility (Clark et al., 2004). Although these questions differed slightly from Sarna et al. and Clark et al., it seems clear that on the topic of tobacco, nurses of all kinds, particularly school nurses, agree that tobacco prevention should be a top priority for them.

The issue of more education about tobacco prevention was less clear, however. The school nurses in this survey were neutral about more training, whereas African American nurses attending a national conference were relatively more in favor of tobacco prevention training (Sarna et al., 2003). School nurses might be more interested in specific types of antitobacco training than other nurses. Future surveys might inquire as to the type of training they believe would be most helpful. In that tobacco prevention and cessation is an important aspect of the school nurse's daily practice, it is imperative that community nursing preparation include this component.

On the mechanics of what policies to use to diminish youth tobacco use, the nurses in this survey did not always agree. They thought it was a good idea for schools to be totally smoke free and to ban clothing that had a tobacco logo. However, they were neutral about

expelling students caught smoking. Perhaps they would be more positive about relatively milder punishments for students caught using tobacco, such as required tobacco education (Sheetz, 2003), detention, loss of privileges, or community service requirements. A question for future surveys would be what kinds of policies they anticipate would be most effective. Another suggestion is that future surveys might ask these nurses about how their jobs could best be structured so as to discourage youth tobacco use.

This survey is limited in being a small convenience sample of school nurses whose jobs included a tobacco prevention component. It is possible that those in other branches of nursing would have different opinions. Another limitation is the weak internal consistency of the policy questions used in the survey, which were relatively more internally consistent when answered by California youths. The weak internal consistency may be due to the small sample size.

Despite these limitations, this study found that practicing school nurses were certain about the ultimate goal of preventing youth tobacco use, as well as the specifics of many antitobacco laws and policies, and the importance of setting a personal example of no tobacco use. These nurses were uncertain, however, whether more education would help prepare them for tobacco prevention or whether expelling students caught using tobacco at school would lower tobacco use. In view of their professional experiences with tobacco prevention at school, and their positive attitudes, an implication is that school nurses would be logical choices to design as well as implement tobacco prevention school interventions. Thus, their training should address not only tobacco prevention, but also antitobacco policy and activism.

REFERENCES

- Carver, V., Reinhert, B., Range, L. M., & Campbell, C. (2003). Media campaign influences parents' opinions about their children and tobacco. *Journal of Public Health Management and Practice, 9*, 72–78.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1999). *Best practices for comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, GA: Office on Smoking and Health Publications.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). Tobacco use among middle and high school students—National Youth Tobacco Survey, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 49*(3), 49–53.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Cigarette smoking among adults—United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 50*, 869–873.
- Chalmers, K., Seguire, M., & Brown, J. (2002). Tobacco use and baccalaureate nursing students: A study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *Journal of Advanced Nursing, 40*, 17–24.
- Clark, E., McCann, T. V., Rowe, K., & Lazenbatt, A. (2004). Cognitive dissonance and undergraduate nursing students' knowledge of, and attitudes about smoking. *Journal of Advanced Nursing, 46*, 586–594.
- Fried, J. L., Reid, B. C., & DeVore, L. E. (2004). A comparison of health professions student attitudes regarding tobacco curricula and interventionist roles. *Journal of Dental Education, 68*, 370–377.
- Heath, J., Andrews, J., Thomas, S. A., Kelley, F. J., & Friedman, E. (2002). Tobacco dependence curricula in acute care nurse practitioner education. *American Journal of Critical Care, 11*, 27–33.
- Heimann, K. J. (2000). A school-based intervention program to prevent adolescent smoking. *Journal of School Nursing, 16*(4), 22–27.

- Hornberger, C. A., & Edwards, L. C. (2004). Survey of tobacco cessation curricula in Kansas nursing programs. *Nurse Educator, 29*, 212–216.
- Kraatz, E. S., Dudas, S., Frerichs, M., Paice, J., & Swenson, C. (1998). Tobacco-related instruction in undergraduate nursing education in Illinois. *Journal of Nursing Education, 37*, 415–417.
- Sarna, L., Bialous, S. A., Hutchinson, K. M., Williams, B. S., Froelicher, E. S., & Wewers, M. E. (2003). Views of African-American nurses about tobacco cessation and prevention. *Journal of National Black Nurses Association, 14*, 1–8.
- Sarna, L., Brown, J. K., Lillington, L., Wewers, M. E., & Brecht, M. (2000). Tobacco-control attitudes, advocacy, and smoking behaviors of oncology nurses. *Oncology Nursing Forum, 27*, 1519–1529.
- Sejr, H. S., & Osler, M. (2002). Do smoking and health education influence student nurses' knowledge, attitudes, and professional behavior? *Preventive Medicine, 34*, 260–265.
- Sheetz, A. E. (2002). Developing a strategic plan for school health services in Massachusetts. *Journal of School Health, 72*, 278–281.
- Sheetz, A. E. (2003). Developing school health services in Massachusetts: A public health model. *Journal of School Nursing, 19*, 204–211.
- Sly, D. F., Hopkins, R. S., Trapido, E., & Ray, S. (2001). Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: The Florida "Truth" campaign. *American Journal of Public Health, 91*, 233–238.
- Unger, J. B., Rohrbach, L. A., Howard, K. A., Cruz, T. B., Johnson, C. A., & Chen, X. (1999). Attitudes toward anti-tobacco policy among California youth: Associations with smoking status, psychosocial variables and advocacy actions. *Health Education Research, 14*, 751–763.