

Escola Superior de Saúde de Santarém

**TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO SMOKE-FREE FAMILIES
PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA**

Dissertação

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Iúri Daniel Maia Faria

Orientação:

Professora Doutora Hélia Maria Da Silva Dias

junho 2023

“A curiosidade do espírito na busca de princípios certos
é o primeiro passo para a conquista da sabedoria”

Sócrates

“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer
o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento”

Platão

À minha família e aos meus amigos,
aos presentes e aos ausentes...

Agradecimentos

À Professora Doutora Hélia Dias

O meu profundo agradecimento e reconhecimento por todo o investimento que fez no meu percurso formativo. Sem o seu incentivo e orientação, esta jornada não teria, sequer, começado. Fica o registo de uma profunda admiração pessoal e profissional.

À Professora Clara André e Enfermeira Adelaide Martins

O meu profundo agradecimento e reconhecimento pela amabilidade, bem como pela colaboração e contributo inestimáveis para a concretização deste projeto.

Aos profissionais do Bloco de Partos do Hospital de Santarém, meus colegas de trabalho

O meu profundo agradecimento e reconhecimento pelo apoio e solidariedade demonstrados, quando a pressão dos prazos se fez sentir.

Ao painel de 10 peritos que colaboraram neste projeto

O meu profundo agradecimento e reconhecimento pelo privilégio de me terem dispensado um pouco do vosso tempo e sabedoria, no processo de validação do instrumento SFF.

A todas as grávidas e puérperas que responderam aos questionários

O meu profundo agradecimento e reconhecimento pela amabilidade de me terem dispensado um pouco do vosso tempo.

À minha família e amigos

Por serem o pilar que me sustenta.

Siglas

APA – American Psychological Association

CIEQV – Centro de Investigação em Qualidade de Vida

DGS – Direção Geral de Saúde

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

I-CVI – Item-Content Validity Index

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

PNS – Plano Nacional de Saúde

S-CVA/Ave – Scale-Content Validity Index / Average

S-CVI – Scale-Content Validity Index

SFF – Smoke-Free Families

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UMIS – Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde

Resumo

O consumo de tabaco e a exposição involuntária ao seu fumo constituem o mais importante problema evitável de saúde pública. É, também, o fator de risco individual e social mais significativo para a saúde da mulher em idade reprodutiva e, na gravidez, a principal causa evitável de complicações, tanto para a mãe como para o feto e o recém-nascido. Em Portugal, constata-se a necessidade de desenvolvimento de investigação neste domínio, pelo que a disponibilização de instrumentos que a possibilitem assume-se como uma mais-valia. O instrumento Smoke-Free Families (Melvin et al, 2000) surge na literatura como um dos mais utilizados na caracterização do consumo de tabaco, ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Seguindo a metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011), o instrumento Smoke-Free Families foi traduzido, adaptado e validado para Portugal, ficando disponível para futuras pesquisas, neste domínio, no nosso país (Estudo I). No sentido de atestar a sua validade, num contexto de investigação prática, utilizou-se a versão portuguesa do instrumento Smoke-Free Families num estudo de caracterização de uma amostra de grávidas e puérperas, quanto aos seus hábitos tabágicos (Estudo II). Verificou-se que o referido instrumento permitiu efetuar essa caracterização. Os dados obtidos indicaram que a gravidez condicionou, positivamente, os padrões de consumo / cessação dos hábitos tabágicos de algumas dessas mulheres e sugeriram um aumento da probabilidade de recaída no período pós-parto. Verificou-se, também, um grau de aceitação expressivo, quanto ao consumo de tabaco, sobretudo fora do contexto da gravidez. Todo este trabalho foi desenvolvido no âmbito do projeto Mum2You.

Palavras-chave: Tabaco; Grávida; Puérpera; Tradução; Adaptação; Validação; Smoke-Free Families

Abstract

Tobacco consumption and involuntary exposure to its smoke constitute the most important preventable problem in public health. It is also the most significant individual and social risk factor for the health of women of reproductive age and, during pregnancy, the leading preventable cause of complications for both the mother and the fetus and newborn. Recognizing the need for research development in this domain, in Portugal, the availability of instruments that enable it is considered an asset. The instrument Smoke-Free Families (Melvin et al, 2000) appears in the literature as one of the most used in characterizing tobacco consumption throughout the pregnancy-postpartum cycle. Following the methodology proposed by Sousa & Rojjanasrirat (2011), the Smoke-Free Families instrument was translated, adapted, and validated for Portugal, making it available for future research, in this domain, in our country (Study I). To confirm its validity, in a practical research context, the portuguese version of the Smoke-Free Families instrument was used in a study characterizing a sample of pregnant and postpartum women, regarding their smoking habits (Study II). It was found that the instrument allowed for this characterization. The data obtained indicated that pregnancy positively influenced the smoking consumption/cessation patterns of some of these women and suggested an increased likelihood of relapse in the postpartum period. There was also a significant level of acceptance regarding tobacco consumption, particularly outside the context of pregnancy. All this work was developed within the Mum2You project.

Key-words: Tobacco; Pregnant; Puerperal woman; Translation; Adaptation; Validation; Smoke-Free Families

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	p.16
-------------------	------

PARTE I ENQUADRAMENTO CONCETUAL

1	CONSUMO DE TABACO: CONTEXTUALIZAÇÃO	p.20
1.1	A REALIDADE PORTUGUESA	p.23
2	CONSUMO DE TABACO E O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	p.27
2.1	GRAVIDEZ ENQUANTO CONTEXTO PROMOTOR DE SAÚDE	p.30
3	O PROJETO SMOKE-FREE FAMILIES	p.33
4	TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA E AVALIAÇÃO	p.35

PARTE II TRABALHO EMPÍRICO

ESTUDO I

1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO “CONSUMO DE TABACO NA GRAVIDEZ: A SINGULARIDADE DA MULHER NA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM”	p.42
2	PROCESSO DE TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO SMOKE-FREE FAMILIES	p.44
2.1	METODOLOGIA	p.44

2.1.1	Objetivo do estudo	p.44
2.1.2	Tipo de estudo	p.44
2.1.3	O Instrumento Smoke-Free Families	p.44
2.1.4	Considerações éticas	p.47
2.1.5	Etapas inerentes ao processo de tradução, adaptação e validação do instrumento Smoke-Free Families	p.48
3	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	p.52
4	CONCLUSÕES	p.66

ESTUDO II

1	O INSTRUMENTO SMOKE-FREE FAMILIES (VERSÃO PORTUGUESA) APLICADO NUM CONTEXTO PRÁTICO DE INVESTIGAÇÃO	p.67
1.1	METODOLOGIA	p.67
1.1.1	Questão de investigação e objetivos	p.67
1.1.2	Tipo de estudo	p.68
1.1.3	Participantes	p.68
1.1.4	Instrumento de colheita de dados	p.69
1.1.5	Procedimentos de colheita de dados	p.70
1.1.6	Considerações éticas	p.70
2	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	p.71
3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	p.87
4	CONCLUSÕES	p.97
5	CONCLUSÕES FINAIS	p.99
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p.100

ANEXOS

- Anexo I Instrumento Smoke-Free Families (versão original).
- Anexo II Parecer do Comité de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (Declaração 022021Saúde).
- Anexo III Email a solicitar aos autores do instrumento Smoke-Free Families a sua utilização.
- Anexo IV Instrumento Smoke-Free Families (versão pré-final).
- Anexo V Pedido de colaboração dirigido à população-alvo, para apreciação da versão pré-final do instrumento Smoke-Free Families.
- Anexo VI Pedido de colaboração dirigido às enfermeiras dos cursos de preparação para o parto e parentalidade e de recuperação pós-parto, para divulgação do link de acesso ao questionário de avaliação da versão pré-final do instrumento Smoke-Free Families, junto da população-alvo.
- Anexo VII Pedido de colaboração dirigido ao painel de peritos para apreciação da versão pré-final do instrumento Smoke-Free Families.
- Anexo VIII Instruções para apreciação da versão pré-final do instrumento Smoke-Free Families dirigidas aos peritos.
- Anexo IX Versão final do instrumento Smoke-Free Families, culturalmente adaptado e validado para a população portuguesa.
- Anexo X Pedido de colaboração dirigido à população-alvo, para apreciação da versão portuguesa do instrumento Smoke-Free Families.

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1** Representação esquemática do processo de tradução, adaptação e validação de instrumentos e escalas, segundo a metodologia de Sousa e Rojjanasrirat (2011). p.40

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Grau de concordância, quanto à percetibilidade, de cada um dos elementos da versão pré-final do instrumento Smoke-Free Families, numa amostra de 26 elementos da população-alvo.	p.53
Tabela 2	Resultados sobre a equivalência de conteúdo do painel de especialistas (10 peritos).	p.57
Tabela 3	Cálculo do I-CVI e S-CVI.	p.62
Tabela 4	Alterações propostas pelo painel de peritos e incluídas na versão portuguesa do instrumento Smoke-Free Families.	p.64
Tabela 5	Caraterização sociodemográfica da amostra quanto à idade	p.71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Classificação, quanto ao grau de relevância, da versão pré-final do instrumento SFF, por parte do painel de peritos.	p.59
Gráfico 2	Caraterização sociodemográfica da amostra quanto ao nível de escolaridade.	p.71
Gráfico 3	Caraterização sociodemográfica da amostra quanto ao estado civil.	p.72
Gráfico 4	Caraterização sociodemográfica da amostra quanto ao número de pessoas do agregado familiar.	p.72
Gráfico 5	Exposição ao fumo ambiental: Número de fumadores no agregado familiar.	p.73
Gráfico 6	Exposição ao fumo ambiental: Autorização para fumar dentro de casa.	p.73
Gráfico 7	Exposição ao fumo ambiental: Frequentar áreas para fumadores.	p.73
Gráfico 8	Literacia sobre o tabagismo: Conhecimento sobre os efeitos do consumo de tabaco para o feto/bebé.	p.74
Gráfico 9	Literacia sobre o tabagismo: Perceção quanto à discriminação da grávida fumadora, por parte da comunidade.	p.74
Gráfico 10	Literacia sobre o tabagismo: Perceção quanto à discriminação da puérpera fumadora, por parte da comunidade.	p.74
Gráfico 11	Literacia sobre o tabagismo: Aceitação do consumo de tabaco durante a gravidez.	p.75
Gráfico 12	Literacia sobre o tabagismo: Aceitação do consumo de tabaco após o parto.	p.75
Gráfico 13	Consulta pré-concepcional: Realização de consulta pré-concepcional.	p.75

Gráfico 14	Consulta pré-concepcional: Abordagem do tema do tabagismo durante a consulta pré-concepcional.	p.76
Gráfico 15	Vigilância pré-natal: Abordagem do tema do tabagismo durante a vigilância pré-natal.	p.76
Gráfico 16	Índice obstétrico: nº de partos de termo.	p.77
Gráfico 17	Índice obstétrico: nº de partos pré-termo.	p.77
Gráfico 18	Índice obstétrico: nº de abortos / gravidezes ectópicas.	p.77
Gráfico 19	Índice obstétrico: nº de filhos vivos.	p.78
Gráfico 20	Etapa do ciclo gravídico-puerperal.	p.78
Gráfico 21	Idade gestacional (por trimestres).	p.78
Gráfico 22	Vigilância pós-natal: Realização / agendamento de consulta de revisão do puerpério.	p.79
Gráfico 23	Vigilância pós-natal: Abordagem do tema do tabagismo durante as atividades de recuperação pós-parto e/ou consulta de revisão do puerpério.	p.79
Gráfico 24	Consumo atual de tabaco: Atualmente, qual destas afirmações a descreve melhor?	p.80
Gráfico 25	Consumo atual de tabaco: Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 30 dias?	p.81
Gráfico 26	Consumo atual de tabaco: Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?	p.81
Gráfico 27	Consumo de tabaco pré-concepcional: Nos últimos 3 meses antes de engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava num dia normal?	82

Gráfico 28	Estadiamento da cessação tabágica na gravidez: Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?	p.83
Gráfico 29	Recaída: Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, desde que deixou de fumar?	p.83
Gráfico 30	Vigilância pós-natal: Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?	p.84
Gráfico 31	Vigilância pós-natal: Quantidade atual de tabaco consumido.	p.84
Gráfico 32	Rastreio pós-parto: Fumava cigarros durante os 12 meses antes do parto?	p.85
Gráfico 33	Consumo de tabaco durante a gravidez: Nos 3 meses após engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava num dia normal?	p.85
Gráfico 34	Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez: Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24 horas, ANTES de saber que estava grávida?	p.86
Gráfico 35	Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez: Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24 horas, DEPOIS de saber que estava grávida?	p.86

INTRODUÇÃO

A epidemia do tabaco constitui-se como um dos principais desafios de saúde pública contemporâneos. Encontra-se, atualmente, bem documentado o forte impacto que o consumo de tabaco (ativo ou passivo) exerce sobre a saúde e sobre a qualidade de vida das pessoas e das comunidades nas quais se encontram inseridas (fardo sanitário, social, económico e ambiental do tabaco), pelo que deixar de fumar constitui uma das decisões mais relevantes e efetivas de obtenção de ganhos em saúde e em qualidade de vida (Direção Geral da Saúde [DGS], 2019b; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2004, 2014). Porém, os dados referentes à prevalência de consumos e da exposição passiva ao fumo do tabaco ainda estão aquém das metas e dos objetivos traçados, tanto a nível nacional quanto global.

Também num contexto de gravidez, o consumo de tabaco e a exposição ao fumo ambiental constituem a principal causa evitável de complicações ao longo da gestação (Nunes & Narigão, 2015), pelo que cessação de hábitos tabágicos e a proteção contra essa exposição passiva assumem especial relevância neste contexto, na medida em que influenciam, direta e positivamente, tanto a saúde da grávida quanto a saúde do seu filho em desenvolvimento. A gravidez parece predispor a uma mudança de comportamentos de risco e a uma maior motivação para a adoção de estilos de vida mais saudáveis, facto que pode ser mobilizado nas intervenções de promoção da saúde neste domínio, no sentido de influenciar positivamente a saúde destas mulheres e dos seus filhos, pela obtenção de ganhos em saúde que, em alguns casos, permanecem para além do ciclo gravídico-puerperal (Nunes & Narigão, 2015). Ainda assim, o consumo de tabaco ao longo do ciclo gravídico-puerperal é uma realidade, apesar dos esforços empreendidos no sentido de a reverter.

Os dados atualmente disponíveis evidenciam a escassez de estudos que caracterizem o consumo de tabaco durante a gravidez e revelam a necessidade de se continuar a investir no desenvolvimento de estratégias de prevenção do consumo e de promoção da cessação tabágica, mais efetivas, que vão além das abordagens clássicas (Nunes & Narigão, 2015; DGS, 2019). O desenvolvimento de novos paradigmas de investigação e de intervenção neste domínio, que contemplem a natureza multifatorial complexa do consumo de tabaco, ao longo do ciclo gravídico-puerperal, só é possível recorrendo a métodos e instrumentos de pesquisa e de ação adequados e inovadores, quer por via do seu desenvolvimento ou recorrendo à sua adaptação cultural, caso já existam. Esta última opção, bastante usada em investigação, pressupõe uma rigorosa abordagem, recorrendo a um conjunto de procedimentos muito mais complexos que a simples tradução literal, com o objetivo de garantir que o instrumento adaptado

mede/avalia, com o mesmo rigor e do mesmo modo que o instrumento original, as variáveis/conceitos a que se destina.

A presente dissertação de mestrado enquadra-se num projeto de âmbito mais alargado, intitulado “Consumo de tabaco na gravidez: a singularidade da mulher na intervenção em Enfermagem” (acrónimo: Mum2You), integrado no domínio da “Gravidez e período neonatal” e desenvolvido no âmbito das atividades de investigação em saúde, promovidas pela Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS) da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) e, numa perspetiva mais abrangente, na área científica “Saúde individual e comunitária” do CIEQV (Instituto Politécnico de Santarém e Instituto Politécnico de Leiria). O projeto Mum2You encontra-se estruturado em três fases e parte da questão de investigação: “Quais os fatores relacionados com a singularidade da mulher grávida que contribuem para a efetividade das intervenções de enfermagem na promoção da cessação tabágica e de proteção da exposição ao fumo ambiental?”, com o objetivo de:

- Validar o instrumento Smoke-Free Families (SFF) de Melvin et al (2000) para a população portuguesa (Fase 1);
- Caracterizar o consumo de tabaco na mulher grávida; identificar os fatores associados ao consumo de tabaco na mulher grávida (Fase 2);
- Definir recomendações que contribuam para a efetividade das intervenções de enfermagem de promoção da cessação tabágica e de proteção da exposição ao fumo ambiental na mulher grávida (Fase 3).

O objetivo desta dissertação de mestrado enquadra-se na Fase 1 do projeto Mum2You e consiste em: **traduzir, adaptar e validar o instrumento SFF (Melvin et al, 2000) para a população portuguesa.**

O instrumento SFF tem como finalidade caracterizar o consumo de tabaco ao longo do ciclo gravídico-puerperal. A sua adaptação e validação para a realidade portuguesa será uma mais-valia para a concretização do projeto Mum2You, bem como para o desenvolvimento de estudos futuros sobre tabagismo na gravidez/puerpério, em Portugal. Recorrer-se-á à metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011), para a consecução do objetivo proposto.

O trabalho desenvolvido compreende duas partes:

Parte I (enquadramento concetual) - contextualiza a problemática do tabagismo aos níveis mundial e nacional, bem como no contexto da gravidez/puerpério.

Adicionalmente é apresentado o projeto Smoke-Free Families, e descrito o processo teórico de tradução, validação e adaptação de instrumentos de medida e avaliação, com base na metodologia que serviu de referência à concretização do objetivo deste trabalho.

Parte II (trabalho empírico) - engloba dois estudos:

- **Estudo 1** – referente ao processo de tradução, adaptação e validação do instrumento SFF para Portugal.
- **Estudo 2** – referente à aplicação da versão portuguesa do instrumento SFF num estudo de caracterização, quanto ao consumo de tabaco, de uma amostra de grávidas e puérperas, no sentido de atestar a sua validade num contexto prático de investigação.

A redação da presente dissertação segue as normas da sétima edição do “Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style” (American Psychological Association [APA], 2020).

PARTE I
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 – CONSUMO DE TABACO: CONTEXTUALIZAÇÃO

O tabagismo, considerado como epidemia com expressão pandémica pela OMS, é um fenómeno global que não conhece fronteiras geográficas, que é transversal a todos os estratos socioeconómicos e cuja incidência e prevalência ocorrem num alargado espectro de idades, revelando-se um dos principais desafios de saúde pública contemporâneos. De acordo com dados recentes existem atualmente cerca de 1,3 biliões de fumadores a nível global (OMS, 2022a), número esse que poderá aumentar nas próximas décadas, apesar de todos os esforços e medidas de prevenção e controlo já adotados por inúmeras entidades.

Fumar reduz a esperança média de vida de uma pessoa em cerca de 10 anos (comparativamente à esperança média de vida de um não fumador), sendo expectável que dois em cada três fumadores venham a falecer de doenças relacionadas com o consumo de tabaco (Australian Department of Health, 2020). Estima-se que só nos últimos 30 anos tenham morrido cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo devido ao consumo de tabaco (Global Burden of Disease Study, 2021) e que atualmente mais de 8 milhões de pessoas morrem, todos os anos, como consequência direta ou indireta desse consumo (OMS, 2022). A insuficiente adoção de medidas efetivas de prevenção e controlo do tabagismo poderá significar a morte de até 1 bilião de pessoas, por doenças relacionadas com tabaco, durante este século (Small & Linou, 2017).

Dada a composição química do tabaco, rico em nicotina (substância psicoactiva geradora de dependência) e em inúmeras substâncias cancerígenas, tóxicas e mutagénicas não existe um limiar seguro de exposição para o ser humano, independentemente de se ser fumador passivo ou ativo. Estudos apontam para cerca de 7000 substâncias químicas, 250 das quais nocivas para o organismo humano e, pelo menos, 69 delas cancerígenas (Australian Department of Health, 2020; DGS, 2019b; OMS, 2022a). O ato de fumar afeta todo o organismo, sendo causa ou fator de agravamento das doenças não transmissíveis mais prevalentes, em particular de inúmeros tipos de cancro, das doenças respiratórias crónicas, das doenças cérebro-cardiovasculares e da diabetes mellitus tipo 2 (DGS, 2019b). Fumar tem, também, efeitos nocivos comprovados a nível do sistema imunitário, da saúde sexual e reprodutiva, da saúde ocular, da saúde oral, da saúde auditiva e do envelhecimento da pele. Por fim, tem surgido evidência crescente do impacto negativo do tabaco na saúde mental (Australian Department of Health, 2020; DGS, 2019b). Atendendo à multiplicidade e à gravidade das doenças que provoca, bem como à elevada proporção de pessoas expostas, o consumo de tabaco constitui uma das principais causas evitáveis de doença e de morte prematura (DGS, 2019b).

A par dos prejuízos em saúde há, ainda, que considerar os elevados custos sociais, económicos e ambientais que direta ou indiretamente se relacionam com o consumo de tabaco. Tal como referido no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo ([PNPCT], DGS, 2019b, p.46), o tabaco representa uma “enorme sobrecarga, não só em termos de sofrimento humano e mortalidade prematura, mas também em termos de gastos em cuidados de saúde, perda de produtividade económica, poluição ambiental e iniquidades entre sexos, grupos sociais e regiões”. De facto, em 2017, estimou-se que o consumo de tabaco custava à economia global cerca de 1 trilião de dólares (cerca de 2% do produto interno bruto global nesse período), somente em despesas acrescidas com cuidados de saúde e devido ao absentismo e consequente perda de produtividade (Global Burden of Disease Study, 2021), custo esse que tem vindo a subir anualmente e se situou em cerca de 1.4 triliões de dólares em 2021 (OMS, 2021).

O consumo de tabaco constitui-se, também, como um fator gerador de pobreza e iniquidade a nível pessoal, familiar, comunitário, nacional e global, fenómeno que apesar de ser multifatorial e obedece a um padrão de “ciclo vicioso”, em que as pessoas e as regiões mais desfavorecidas são as que registam maiores incidências e prevalências de consumos, o que acaba por agravar ainda mais as suas condições, dificultando o progresso no sentido de um desenvolvimento sustentável. Em muitas destas sociedades, a pobreza e a iniquidade resultantes do consumo de tabaco também encontram origem nas práticas abusivas de exploração do trabalho, incluindo o recurso ao trabalho infantil (OMS, 2004; 2014). Por fim, “produção agrícola, o fabrico, a distribuição e o consumo de produtos de tabaco provocam graves danos ambientais: uso de agroquímicos, elevados consumos de água e de fontes de energia não renovável, abate de floresta, emissões de carbono e produção de resíduos tóxicos (OMS, 2017; Zafeiridou et al, 2018, cit. DGS 2019b).

Um dos marcos históricos da luta global contra o tabaco, foi o desenvolvimento e a aprovação da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco pela Assembleia Mundial da Saúde da OMS, em 21 de maio de 2003 e com entrada em vigor em 27 de fevereiro de 2005. Foi o primeiro tratado internacional negociado sob o “patrocínio” da OMS e um dos que foram mais rápida e amplamente aceites na história da Organização das Nações Unidas (ONU), desenvolvido com base em evidência científica para dar resposta à globalização da epidemia do tabaco (OMS, 2009). Defende o direito de todas as pessoas ao mais alto padrão de saúde, fixando como objetivo: proteger as atuais e futuras gerações das devastadoras consequências sociais, ambientais, económicas e para a saúde, associadas ao consumo de tabaco e à exposição ao fumo ambiental, ao fornecer as orientações necessárias para a implementação de medidas de âmbito

regional, nacional e internacional de combate ao tabagismo e de proteção aos não fumadores, a fim de reduzir, de forma contínua e substancial, a prevalência do consumo de tabaco e da exposição passiva ao mesmo (OMS, 2003). A Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS, constituiu um marco para a promoção da saúde pública e representou uma mudança de paradigma no desenvolvimento de estratégias de regulamentação para lidar com substâncias que causam adição, além de ter proporcionado novas dimensões legais para a cooperação internacional em saúde (OMS, 2009).

Mais recentemente, a resolução da ONU intitulada “Transformar o nosso mundo: A Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável” e aprovada por unanimidade por 193 Estados-membros, em 25 de setembro de 2015, ainda que de âmbito e com objetivos mais abrangentes, veio fornecer um novo incremento na luta contra o tabagismo. Trata-se de uma agenda alargada e ambiciosa, constituída por 17 objetivos que englobam 169 metas, e que aborda várias dimensões do desenvolvimento sustentável (social, económica, ambiental), que promove a paz, a justiça, a liberdade, a igualdade, a prosperidade, a cooperação e a eficácia das instituições de nível local, nacional e global, para garantir a todas as pessoas (sem exceção) os mais elevados padrões de qualidade de vida (ONU, 2015). Esta agenda identifica a necessidade de fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS, em todos os países, como uma das suas 169 metas para garantir o desenvolvimento sustentável dos povos e nações

Apesar da magnitude do problema que o consumo de tabaco e a exposição passiva ao seu fumo representam, e apesar de todos os esforços empreendidos no sentido de erradicar esta epidemia, a sua prevenção e controlo continuam a enfrentar fortes desafios e obstáculos. De acordo com o PNPCT (DGS, 2019b, p.46): “a capacidade de indução de dependência da nicotina, a iliteracia em saúde, a globalização da indústria e o lucro económico, as estratégias de lobbying e de marketing comercial, o fácil acesso ao tabaco e a aceitação social do consumo, constituem fortes entraves à adoção de medidas de prevenção e controlo de reconhecida eficácia.” Por outro lado, “o recente surgimento no mercado de novos produtos com nicotina e de novos produtos do tabaco ativamente promovidos junto dos consumidores por parte dos respetivos fabricantes, sob o princípio da redução de danos, constitui um novo desafio. Não sabemos quais as consequências do uso destes novos produtos nos jovens, em pessoas com doenças crónicas, ou em mulheres grávidas ou a amamentar, nem são conhecidos os seus efeitos na saúde a longo prazo.” (DGS, 2019b, p.10).

Todas estas novas realidades e desafios impõem novos compromissos e um redobrar de esforços na luta contra a epidemia do tabaco, no sentido de se quebrar este

ciclo vicioso de consumo – dependência – pobreza – doença – morte, para as atuais e futuras gerações.

1.1 – A REALIDADE PORTUGUESA

Portugal tem sido pioneiro na adoção de medidas de controlo do tabagismo e na proteção dos não fumadores, ao estabelecer a interdição de fumar em recintos de espetáculos fechados e em transportes públicos, logo nos anos de 1959 e de 1968, e também por ter sido um dos primeiros países a ratificar a Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS, em 9 de janeiro de 2004, e a aprová-la pelo Decreto-Lei 25-A/2005, de 8 de novembro. Outro marco legislativo foi a aprovação da Lei 37/2007, de 14 de agosto, uma primeira lei abrangente sobre prevenção e controlo do tabagismo, que procurava dar execução ao disposto na Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS e a transpor para a ordem jurídica interna diversas diretivas da União Europeia a este respeito. Mais tarde, em 2012, o tabagismo foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (Despacho nº 404/2012). O PNPGT mantém, até hoje, o estatuto de programa prioritário, no contexto global do PNS 2021-2030, atualmente em vigor.

Apesar de todos os esforços legislativos empreendidos e de todas as campanhas e programas dirigidos à prevenção e controlo do tabagismo no nosso país, os dados nacionais relativos ao consumo de tabaco têm revelado uma realidade que ainda está longe de satisfazer as metas e os objetivos traçados. Analisando a prevalência global do consumo de tabaco registada em Portugal Continental em pouco mais de três décadas (1987 a 2019), verificou-se uma tendência de estabilidade entre 1987 e 2014, resultante do aumento do consumo entre as mulheres e da diminuição do consumo entre os homens (DGS, 2019b). Entre 2014 e 2019, verificou-se um decréscimo global de 15% na prevalência de pessoas fumadoras (homens e mulheres), com 15 ou mais anos de idade. Ainda assim, dados referentes a este período revelaram uma realidade longe do desejado. De facto, só no ano de 2017, estima-se que o tabaco tenha contribuído para 4,4% do total de óbitos ocorridos em Portugal e para cerca de 15,3% dos anos de vida perdidos prematuramente, 21,4% nos homens e 6,7% nas mulheres (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018, cit. DGS, 2019b), e que no ano seguinte, em 2018, a cada 50 minutos passados terá morrido, em média, uma pessoa devido ao consumo de tabaco no nosso país (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2018). Já dados referentes ao ano de 2019, revelaram que morreram em Portugal mais de 13 500 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco (destas cerca de 1700 por

exposição ao fumo passivo), das quais 10 814 eram homens (18,6% do total de óbitos) e 2745 eram mulheres (4,7% do total de óbitos), situando-se a prevalência global de fumadores diários e/ou ocasionais, com 15 ou mais anos, em 17% (Inquérito Nacional de Saúde 2019 & Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018, cit. DGS, 2019b).

Embora uma prevalência global de fumadores (com 15 ou mais anos) de 17% represente o valor mais baixo das últimas décadas, esta não reflete as tendências de consumo crescentes associadas a novos produtos, como os cachimbos de água e os cigarros eletrónicos, cuja prevalência de experimentação, em 2019, entre os jovens escolarizados dos 13 aos 18 anos (22%), se aproximou da observada nos cigarros tradicionais (29%). Do mesmo modo, o consumo de tabaco aquecido, disponível no mercado nacional desde 2015, tem registado uma tendência crescente junto dos mais jovens, com 5% dos adolescentes escolarizados, dos 13 aos 18 anos, a afirmarem já ter experimentado e 2% consumido, nos últimos 30 dias (dados de 2019). Também no que se refere à eliminação da exposição ao fumo ambiental do tabaco, tem-se registado uma evolução positiva desde 2014, ainda que aquém do objetivo do PNPCT de eliminação desta exposição. De facto, em 2019, 7,7% da população portuguesa com 15 ou mais anos afirmou estar diariamente exposta a esse fumo (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020, cit. DGS, 2020).

No ano de 2020 verificou-se um retrocesso significativo no âmbito do Programa de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica, como consequência direta resultante das políticas de combate à pandemia de covid-19 e que se traduziu por uma redução acentuada do número total de consultas de apoio à cessação tabágica realizadas (-39,2%), do número de primeiras consultas neste âmbito (-51,7%) e do número de locais disponibilizados para realização das mesmas (-35,3%). Registou-se, ainda, em igual período, uma diminuição da procura de medicamentos utilizados em tratamentos de combate à dependência da nicotina, como a vareniclina (-29,1%) e um ligeiro aumento da procura de medicamentos de substituição da nicotina (+2,6%) (Infarmed 2020, cit. DGS, 2020).

Mais recentemente, com a divulgação dos dados da Tobacco Control Scale (Escala de Controlo de Tabaco) referentes ao ano de 2021, verificou-se que Portugal tem vindo a faltar ao compromisso de implementação de novas políticas de prevenção e controlo do tabagismo e de proteção dos não fumadores, assim como em assegurar a efetividade das políticas já existentes. Esta escala, criada em 2006 por Luk Joossens da Organização Não Governamental (ONG) europeia Smoke Free Partnership e por Martin Raw, diretor do International Centre for Tobacco Cessation, baseia-se num conjunto de 6 estratégias (estudadas como as mais custo-efetivas pelo Banco Mundial) para prevenir e controlar o consumo de tabaco, e que são utilizadas para avaliar o grau

de implementação das políticas de controlo do tabagismo, em cada país analisado (Joossens et al, 2022). No conjunto dos 37 países incluídos nesta avaliação, o nosso país ocupava a 30ª posição com nota negativa (46 pontos de 100 possíveis), tendo recuado 10 patamares comparativamente ao relatório anterior, publicado em 2019. Portugal foi destacado como um mau exemplo de concretização de políticas públicas de prevenção e controlo do tabagismo, e integrado no lote de países que necessitam de efetivar, com urgência, medidas como o aumento da tributação e do preço do tabaco (considerada das medidas mais custo-efetivas para desencorajar o consumo), ou a criação de espaços públicos livres de tabaco, sem exceções e com fiscalização (Joossens et al, 2022; Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão, 2023).

No sentido de reverter esta realidade, em Maio de 2023 foi aprovada em Conselho de Ministros uma proposta para uma nova Lei do Tabaco, sob o mote “Uma geração livre de tabaco em 2040”, a qual prevê o aumento das restrições com vista à diminuição dos estímulos ao consumo (limitação dos locais de venda de tabaco, de cigarros eletrónicos e de produtos de tabaco aquecido; eliminação da publicidade, da promoção e do patrocínio desses produtos; criação de ambientes livres de tabaco), no sentido de limitar a experimentação e de garantir que as gerações mais novas não são expostas ao ciclo de dependência do tabaco e produtos equiparados.

Outro instrumento que poderá revelar-se fundamental na luta contra o tabagismo é o PNS 2021-2030, elaborado com base num diagnóstico holístico e profundo da situação de saúde da população em Portugal, e cujo carácter inovador reside nas seguintes características:

- É o primeiro PNS a ter como foco principal a saúde sustentável, em alinhamento com os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, das Nações Unidas.
- Centra-se nas pessoas (individuais ou coletivas) e na sua participação e compromisso em todas as etapas do Plano.
- Recorre a um modelo de planeamento e de intervenção orientados para um contexto de complexidade e de incerteza crescentes, o qual faz uso de um conjunto de abordagens flexíveis e tem em conta a multidimensionalidade dos problemas de saúde e respetivos determinantes, cujas interações e relações de interdependência e de potenciação são múltiplas e complexas.
- É um instrumento de natureza multinível, trans e multissetorial, elaborado com base num processo participativo, cocriativo, estruturado e integrador, que assenta numa base epidemiológica, mas que vai muito para além desta pois permite integrar em todas as suas etapas, desde o diagnóstico até à seleção das estratégias de intervenção e às recomendações, a visão, os contextos, as

necessidades, as expectativas e as experiências de saúde, numa perspectiva de “saúde de todos, para todos”.

- Adota a metodologia do planeamento estratégico em saúde de base populacional, numa perspectiva de planeamento integrativo, intersectorial e multidisciplinar, considerando os níveis nacional e subnacional e as dimensões política, social, ambiental e económica, como estratégia facilitadora rumo ao desenvolvimento sustentável e de redução das iniquidades em saúde.
- Coloca num mesmo patamar de relevância para a intervenção os problemas de saúde de elevada e de baixa magnitude, numa perspectiva de abordagem integrada.
- Destaca como determinantes de saúde os fatores relacionados com o sistema de saúde, os fatores relacionados com a prestação de cuidados, os fatores económicos, os fatores demográficos e os fatores sociais, a par dos fatores biológicos, comportamentais e ambientais.
- Utiliza a comunicação estratégica em saúde como elemento-chave facilitador, em todas as suas etapas (Plano de Comunicação estratégica).
- Efetua recomendações e identifica mecanismos de suporte considerados fundamentais para a sua implementação, além de traçar um plano de monitorização e avaliação, no sentido de garantir a sua eficácia.

(PNS 2021-2030, Resolução do Conselho de Ministros nº 93/2023)

Tanto a nova Lei do Tabaco “Uma geração livre de tabaco em 2040”, quanto o novo PNS 2021-2030 constituem um relevante e até inovador esforço normativo, orientador e de compromisso, com vista à concretização dos objetivos de desenvolvimento sustentável. No entanto, a sua eficácia e efetividade na concretização desses objetivos ainda está por determinar.

2 – CONSUMO DE TABACO E O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Encontra-se atualmente bem documentado que fumar compromete gravemente a saúde da mãe, do feto e do recém-nascido e que é a principal causa evitável de complicações ao longo da gestação (Nunes & Narigão, 2015). De acordo com os vários estudos analisados e as diferentes fontes e entidades consultadas por estes autores (2015), é possível estabelecer uma relação de evidência causal (suficiente ou sugestiva) entre o consumo de tabaco durante a gravidez e o pós-parto e o risco acrescido de: infertilidade, aborto espontâneo, gravidez ectópica, restrição do crescimento fetal e baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas, descolamento de placenta, placenta prévia, parto pré-termo, malformações congénitas, morte fetal, morte perinatal, síndrome de morte súbita do lactente, asma e infeções do trato respiratório inferior, otites do ouvido médio, redução da função pulmonar no recém-nascido e na criança, efeitos adversos no neuro desenvolvimento fetal, transtornos de comportamento, de hiperatividade e de défice de atenção na criança e maior propensão para consumo de tabaco na adolescência.

Não só o ato de fumar é prejudicial para a mãe e para o feto/criança, como também o fumo ambiental (exposição passiva) se revela nocivo para saúde, uma vez que não existe um nível seguro de exposição ao fumo do tabaco, sendo que morrem anualmente em todo o mundo 1,2 milhões de pessoas como consequência dessa exposição (OMS, 2022a). As grávidas e as crianças são particularmente vulneráveis a esses riscos (Gould et al, 2020). Em 2015, segundo dados do 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), 12,8% da população portuguesa dos 15 aos 74 anos afirmou estar exposta ao fumo ambiental do tabaco, durante pelo menos 1 hora por dia (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016), e outro estudo nacional realizado em 2016, mostrou que 18,4% das crianças dos 0 aos 10 anos estavam expostas ao fumo ambiental do tabaco, em casa ou no carro (DGS, 2019b). De acordo com as recomendações para aplicação do artigo 14º da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS, relativo à cessação tabágica, é reconhecido como um direito básico de qualquer grávida ser devidamente informada sobre os efeitos nocivos do consumo de tabaco e da exposição ao fumo ambiental, bem como o direito a um ambiente livre de fumo em casa, no local de trabalho e em espaços públicos (Nunes & Narigão, 2015; OMS, 2003). Porém, apesar de muito ter sido feito no nosso país a esse respeito, incluindo junto das mulheres grávidas, continuamos longe dos objetivos pretendidos, conforme os dados estatísticos já referenciados indicam.

Vários estudos têm procurado determinar as variáveis que caracterizam o consumo de tabaco nas mulheres grávidas e os fatores inerentes aos comportamentos

de manutenção ou cessação desses consumos, incluindo a análise da efetividade das intervenções junto desta população. Numa revisão sistemática da literatura, realizada com o objetivo de identificar instrumentos para a caracterização do consumo de tabaco na mulher grávida, André et al (2015) verificaram que: o consumo de tabaco durante a gravidez é tendencialmente mais frequente quando associado às variáveis sociodemográficas como o baixo nível de escolaridade e/ou elevados níveis de escolaridade, baixos níveis socioeconómicos e coabitação com fumadores; existe uma associação entre os sintomas depressivos pré-natais e/ou durante a gravidez e a dependência da nicotina; que as mulheres com hábitos tabágicos e etílicos apresentam scores mais elevados de sintomas depressivos. O mesmo estudo salienta a preocupação em se relacionarem os hábitos tabágicos das mulheres grávidas com outras variáveis, tais como fatores psicossociais (humor pré-natal, sintomas depressivos e a violência contra a mulher grávida), sociodemográficos (idade gestacional e coabitantes), fatores ambientais (exposição ao fumo ambiental), fatores culturais e consumo de outras substâncias (álcool e substâncias ilícitas). Outro estudo, realizado em 32 maternidades de Norte a Sul de Portugal e envolvendo 3232 mulheres que tinham sido mães, procurou identificar os determinantes do consumo de tabaco e vigilância da gravidez, tendo concluído que tanto fatores sociodemográficos como fatores contextuais à gravidez se constituem como preditores do consumo de tabaco pela mulher grávida (Coutinho et al, 2018), pelo que estes devem ser considerados nas intervenções que visem a cessação do consumo de tabaco junto das mesmas.

Mais recentemente, Gould et al (2020) analisaram as consequências para a mãe e criança da exposição ao tabaco e à nicotina durante a gravidez, bem como a eficácia das intervenções destinadas a reduzir essas exposições e as barreiras e facilitadores da cessação do tabagismo na gestação. Foram identificados fatores preditores de consumo e barreiras à cessação tabágica de ordem individual, de ordem social e os relacionados com os prestadores de cuidados. De acordo com os estudos analisados, os fatores e as barreiras individuais e sociais identificados foram: a multiparidade, a vivência da gravidez em idades mais avançadas, o baixo nível socioeconómico, a presença de um parceiro fumador e a dependência à nicotina, os quais parecem favorecer a manutenção dos consumos nas grávidas e atuam como barreiras à cessação dos consumos. Por outro lado, um alto nível de escolaridade, uma situação socioeconómica favorável, o não consumo de álcool antes e/ou durante a gravidez, a primiparidade, a vontade de amamentar, a adequada vigilância da gravidez, a ausência de sintomatologia depressiva, o ser casada ou viver em união de fato, a não convivência com fumadores, a baixa exposição ao fumo passivo, os baixos níveis de dependência física e/ou emocional em relação ao tabaco e os baixos níveis de stresse

durante a gravidez, parecem ser fatores facilitadores da cessação dos hábitos de consumo (Gould et al, 2020). Os fatores e as barreiras relacionados com os prestadores de cuidados prendem-se com a falta de formação e a conseqüente assistência deficitária no apoio à grávida fumadora. Uma intervenção estruturada e um apoio continuado por parte de um prestador experiente e confiante das suas capacidades, poderá influenciar positivamente a grávida para o seguimento e aconselhamento para a cessação tabágica. Também, a falta de conhecimentos, de experiência, de tempo e de recursos no apoio à cessação tabágica poderá condicionar negativamente todo o processo (Gould et al, 2020). Outros estudos analisados pelos mesmos autores, identificaram uma relação causal moderada entre a violência doméstica e o consumo de tabaco e que a depressão e a falta de apoio durante a gravidez contribuem para a manutenção desse consumo. Também da análise realizada por Gould et al (2020) é possível identificar como barreira para a cessação tabágica, a falta de informação adequada sobre as reais repercussões do tabaco na saúde materna e do feto/criança, e que em muitos casos fumar funciona como uma forma de gerir o stress e de manter a estabilidade emocional, num período caracterizado por uma quantidade significativa de mudanças a nível pessoal, familiar e social, como é a gravidez.

A efetividade das intervenções de prevenção e controlo dos hábitos tabágicos nas mulheres grávidas também têm sido alvo de estudo. De acordo com os estudos analisados por Nunes & Narigão (2015), a inclusão de programas específicos de cessação tabágica nos cursos de preparação para o parto e parentalidade parece ser uma das medidas mais efetivas. Outras estratégias, como as abordagens oportunistas breves, o apoio telefónico e o fornecimento de materiais de autoajuda (folhetos informativos ou programas específicos na Internet dirigidos à cessação tabágica na gravidez) parecem constituir boas alternativas em situações específicas. Já a eficácia e a segurança do uso de medicação de apoio à cessação tabágica durante a gravidez não estão, ainda, comprovadas. A revisão da literatura efetuada por Gould et al (2020), identificou que as intervenções comportamentais baseadas em incentivos (tais como recompensas financeiras) foram das mais bem-sucedidas para a cessação do tabagismo entre mulheres grávidas, embora a sua efetividade dependesse, em parte, do apoio governamental. Outras intervenções incluíam o apoio social, a educação para a saúde e o aconselhamento, intervenções culturalmente adaptadas, o bio-feedback durante as ecografias ou a farmacoterapia.

2.1 – GRAVIDEZ ENQUANTO CONTEXTO PROMOTOR DE SAÚDE

Sabe-se hoje que a cessação do consumo de tabaco é benéfica em qualquer idade e que o “abandono definitivo do tabaco antes dos 40 anos reduz em mais de 90% os riscos para a saúde que lhe estão associados” (DGS, 2019b, p.5), pelo que parar de fumar representa uma das mais importantes e efetivas decisões que influenciam positivamente a saúde, particularmente junto das mulheres grávidas, na medida em que esta decisão afeta não só a sua saúde como a saúde da criança em desenvolvimento. A cessação tabágica antes de engravidar ou nas primeiras semanas após a conceção permitirá reduzir, substancialmente, os riscos de saúde materna, fetal e da criança após o nascimento (Nunes & Narigão, 2015). Adicionalmente, num contexto de parentalidade, esta decisão “contribui para reduzir a exposição social das crianças ao comportamento de fumar dos adultos. Diversos estudos demonstram que o exemplo de fumar dos pais, influencia o comportamento de fumar dos seus filhos. Os pais têm, por isso, um papel muito importante na educação e proteção dos seus filhos contra os riscos associados ao consumo e à exposição ao fumo do tabaco.” (DGS, 2019b, p. 9-10)

Em Portugal, a esmagadora maioria das mulheres grávidas recebe assistência e vigilância de saúde. Segundo Nunes & Narigão (2015, p.28), “a gravidez é um momento de adaptação e aprendizagem. A condição psicoemocional da mulher neste período torna-a mais disponível e motivada para mudanças de comportamento que garantam a saúde do seu bebé. (...) A frequência de contactos, a regularidade dos mesmos e a proximidade afetiva que se estabelece entre os profissionais de saúde e a mulher, ou os casais, ao longo do período da gravidez, constituem fatores favoráveis para aumentar essa motivação, que devem ser aproveitados no sentido da promoção da literacia e da capacitação para escolhas mais saudáveis, em particular no domínio da cessação tabágica”. Também o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015, p.12) conceptualiza a gravidez como um contexto promotor de saúde e como uma “possibilidade de intervenção que ultrapassa os ganhos associados ao seu desfecho, nomeadamente na modificação dos hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, da criança e de todo o agregado familiar”, dando como exemplos a modificação de hábitos alimentares, de exercício físico, de cessação tabágica e de consumo de substâncias psicoativas.

Nunes & Narigão (2015), identificam o baixo nível de literacia como um importante fator preditor de maior probabilidade do consumo de tabaco e de exposição ao fumo durante a gravidez, e preditor de menor probabilidade de sucesso na cessação tabágica. Literacia em saúde é entendida pela OMS (cit. DGS, 2019a, p.3) como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações

básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde”. Segundo o Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde, “elevados níveis de Literacia em Saúde permitem à pessoa ter capacidade para tomar decisões de saúde fundamentadas no dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na navegação no sistema de saúde e no contexto político, possibilitando o aumento do controlo sobre a sua saúde” (DGS, 2019a, p.3). A educação para a saúde constitui-se, assim, como um pilar fundamental capaz de assegurar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar, tal como preconizado na Carta de Ottawa (1986) ao definir o conceito de promoção de saúde. Neste sentido, educar para a saúde revela-se fundamental para garantir níveis mais elevados de literacia em saúde, que permitam afetar positivamente os padrões de consumo do tabaco, por forma a mudar o paradigma atual.

Embora a promoção da saúde e as estratégias de educação para a saúde sejam fundamentais no combate aos hábitos tabágicos junto das mulheres grávidas, qualquer medida ou intervenção só será efetiva, mediante o reconhecimento de que os fatores e os condicionantes que determinam os consumos e a sua cessação são multifatoriais e traduzem a singularidade de cada mulher e do contexto em que ela está inserida, pelo que estes devem ser tidos em conta no planeamento, execução e avaliação das intervenções junto destas. A conceptualização destes aspetos à luz de um modelo teórico de promoção da saúde, poderá constituir-se como uma mais-valia na abordagem à complexidade destas questões.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1996), constitui-se como “uma tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde” (Tomey & Alligood, 2002, p.706), centrando-se em 10 categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde: comportamento anterior relacionado; fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais), benefícios da ação percebidos, barreiras percebidas à ação, autoeficácia percebida, atividade relacionada com a apresentação, influências interpessoais, influências situacionais, compromisso com um plano de ação, exigências e preferências de competição imediatas e comportamento de promoção da saúde. Este modelo enfatiza o papel ativo do indivíduo na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental, através de processos bio-psico-sociais que o motivam para comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde (Tomey & Alligood, 2002). De forma resumida, este modelo assume como principais pressupostos:

as pessoas procuram criar condições de vida através das quais possam exprimir o seu potencial de saúde humano único;

As pessoas têm a capacidade de auto-consciência reflexiva, incluindo a apreciação das suas próprias competências;

As pessoas valorizam o crescimento em direções entendidas como positivas e tentam atingir um equilíbrio pessoalmente aceitável entre mudança e estabilidade;

Os indivíduos procuram regular ativamente o seu próprio comportamento;

Os indivíduos em toda a sua complexidade bio-psico-social interagem com o ambiente, transformando progressivamente o ambiente e sendo transformados ao longo do tempo;

Os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo só seu ciclo vital;

A reconfiguração auto-iniciada dos padrões interativos pessoa-ambiente é essencial à mudança de comportamento. (Pender, 1996, cit. Tomey & Alligood, 2002, p.705-706)

Este modelo encontra-se alicerçado numa perspetiva de enfermagem holística e nos contributos da psicologia social e da teoria cognitiva social de Albert Bandura, e tem funcionado como enquadramento para a investigação dirigida para a predição de estilos de vida globais de promoção de saúde e de comportamentos específicos como por exemplo o exercício, pelo que o mesmo poderá constituir-se como uma mais-valia na investigação referente ao consumo de tabaco durante a gravidez.

3 – O PROJETO SMOKE-FREE FAMILIES

Vários projetos, alicerçados em pressupostos teóricos válidos, têm sido desenvolvidos e apresentados à comunidade científica como contributos para a abordagem do consumo de tabaco durante o ciclo gravídico-puerperal, sobretudo com o objetivo de o minimizar e, até, erradicar. Destes destaca-se o projeto Smoke-Free Families, em que se baseia a presente dissertação.

O projeto Smoke-Free Families tem a sua origem no Estado do Ohio, nos Estados Unidos da América, e nasceu como resposta às elevadas prevalências de grávidas fumadoras (cerca de 20%) e de crianças expostas ao fumo ambiental do tabaco (4 em cada 10 crianças em ambiente domiciliar) nesse Estado (Ohio Partners for Smoke-Free Families, 2023). Este projeto tem como objetivo identificar e promover novas práticas inovadoras que contribuam para a cessação do consumo de tabaco antes, durante e após a gravidez e, ao mesmo tempo, garantir a proteção das crianças da exposição passiva ao fumo do tabaco. Desenvolve a sua atividade, quer ao nível da investigação, quer ao nível da intervenção no aconselhamento e no apoio à cessação tabágica com base em evidência científica e através de diversas parcerias (Melvin et al, 2000; Ohio Partners for Smoke-Free Families, 2023).

Quando em 1995 o projeto Smoke-Free Families iniciou as suas primeiras pesquisas sobre tabagismo e gravidez, verificou-se um défice de evidência científica sobre a efetividade das intervenções de cessação tabágica junto das mulheres grávidas, e identificou-se a necessidade de se estabelecerem critérios científicos rigorosos de recolha e análise de dados, que permitissem o desenvolvimento de investigação válida e efetiva (Melvin et al, 2000). Nesse sentido, foi efetuada uma revisão sistemática da literatura sobre cessação tabágica durante a gravidez e realizados 11 ensaios clínicos, que englobavam uma ampla variedade de intervenções promissoras nessa área. Posteriormente, um grupo de trabalho constituído por membros do projeto Smoke-Free Families, do Centers for Disease Control and Prevention, da American Cancer Society, da Robert Wood Johnson Foundation, de beneficiários do projeto Smoke-Free Families e outros especialistas convidados, procedeu à avaliação e revisão das evidências, contribuindo com sugestões de alteração e ajustamento, até se obter consenso quanto ao conjunto de definições, medidas e processos mais úteis e efetivos na intervenção junto da mulher grávida fumadora (Melvin et al, 2000). Todo este processo possibilitou o desenvolvimento de um modelo de referência, consistente nas suas definições, medidas e processos, para a avaliação do status da mulher fumadora ao longo do ciclo gravídico-puerperal e da efetividade das intervenções de cessação tabágica junto da mesma, o qual tem-se revelado uma ferramenta fundamental para a pesquisa e para a

tomada de decisões, com base na melhor evidência científica disponível. É o instrumento Smoke-Free Families (Melvin et al, 2000) que é objeto de estudo nesta dissertação e que se pretende traduzir, adaptar e validar para a realidade portuguesa (anexo I).

4 – TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA E DE AVALIAÇÃO

Os processos migratórios e a globalização têm contribuído para a diversidade cultural, étnica e linguística das populações da maioria dos países. Efetuar investigação no conjunto destas populações tão diversas implica que os investigadores disponham de instrumentos culturalmente adaptados e validados, de modo a assegurar a qualidade dos estudos, a prevenir o enviesamento dos dados e a garantir que as pesquisas são generalizáveis e culturalmente congruentes (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Atendendo à complexidade e custo de desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação, Dixe (2022) defende, sempre que possível, a adaptação e validação de um instrumento já existente, pois trata-se de um processo que tem como vantagens ser mais económico e rápido, além de permitir a comparação de dados possibilitando, desse modo, a realização de estudos entre diferentes culturas e países.

Para Sousa & Rojjanasrirat (2011), a tradução de uma escala ou instrumento de avaliação deverá permitir a comparação de conceitos entre inquiridos pertencentes a culturas diferentes, sendo que este processo de adaptação vai muito além da tradução literal, mas antes pressupõe uma adaptação e conservação do significado dos conceitos da escala original, na língua-alvo. Também para Vilelas (2022), a aplicação de um instrumento numa população e cultura diferentes daquela em que ele foi criado implica que este passe por uma série de processos e validações rigorosas, incluindo uma avaliação das suas propriedades de medida, para que se possa realizar a sua tradução, adaptação e validação cultural. Já Dixe (2022), defende que para se avançar para um processo de validação e de adequação de um instrumento de medida é necessário conhecer diversos aspetos, tais como: objetivos, população-alvo, itens, domínios, formas de avaliação e, especialmente, propriedades psicométricas e qualidade das mesmas. Trata-se de processo sequencial de procedimentos, que requer um planeamento cuidado e a mais rigorosa abordagem metodológica, com vista à obtenção de uma equivalência concetual, de itens, semântica, psicométrica e funcional, que garantam que o instrumento adaptado e validado mede de forma apropriada (validade, fidelidade e sensibilidade) o(s) conceito(s) em estudo (Beaton et al, 2000; Dixe, 2022; Ribeiro, 2010; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

Embora existam abordagens metodológicas com regras bem estabelecidas para a tradução, a adaptação e a validação dos instrumentos a usar em investigação em saúde, verifica-se a prevalência de uma grande variação e discrepância na aplicação desses métodos na literatura (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Os mesmos autores (2011), identificaram diversos estudos, incluindo uma revisão de 47 estudos metodológicos com

enfoque no processo de tradução e validação de instrumentos para investigação transcultural, os quais corroboravam a evidência sobre a falta de rigor e consenso nas abordagens metodológicas a este respeito. Nesse sentido, e após revisão da literatura, Sousa & Rojjanasrirat (2011) identificaram e sintetizaram em 7 etapas as abordagens metodológicas mais recomendadas para a tradução, a adaptação e a validação transcultural de instrumentos de medida e avaliação. Este estudo segue a metodologia proposta por estes autores no processo de tradução, adaptação e validação do instrumento SFF para a realidade portuguesa.

As 7 etapas propostas por Sousa e Rojjanasrirat (2011) para uma rigorosa tradução, adaptação e validação transcultural de instrumentos de medida e avaliação são:

Etapa 1 – Tradução do instrumento original para a língua pretendida (tradução direta ou unidirecional).

Realizada por pelo menos 2 tradutores independentes, bilingues e cuja língua-mãe seja a língua para a qual se pretende traduzir o instrumento, de preferência certificados e com conhecimento profundo de ambas as culturas. Ambos os tradutores devem possuir backgrounds distintos: apenas um deles deve ser conhecedor da área de constructo do instrumento e da terminologia utilizada em saúde, na língua para a qual se pretende traduzir o instrumento; o outro tradutor deve ter domínio sobre as nuances linguísticas e culturais da língua pretendida (tanto linguagem coloquial, quanto jargões e outros termos e expressões da gíria). Esta etapa também pode ser efetuada por 2 equipas independentes de tradutores, com as características antes descritas.

Etapa 2 – Comparação das duas versões traduzidas do instrumento (síntese I).

Ambas as versões traduzidas (incluindo instruções, itens e formato de resposta) devem ser analisadas e comparadas com a versão original por um terceiro tradutor independente, que seja bilingue e preferencialmente pertencente a ambas as culturas, no sentido de se identificarem discrepâncias e ambiguidades em palavras, frases e significados. Os 3 tradutores e o(s) investigador(es) devem chegar a um consenso quanto às discrepâncias e ambiguidades existentes, de modo a obter-se a versão preliminar inicial traduzida do instrumento.

Etapa 3 – Retrotradução cega (tradução reversa às cegas ou dupla tradução às cegas) da versão preliminar inicial traduzida do instrumento.

Utilizando a versão do instrumento obtida por consenso na etapa anterior, outros 2 tradutores independentes, com as mesmas características dos 2 tradutores da etapa 1 e cuja língua-mãe seja a do instrumento original, voltam a traduzir essa versão de consenso para a língua original, gerando 2 versões retraduzidas independentes. Estes tradutores não devem conhecer o instrumento original. Esta etapa também pode ser efetuada por 2 equipas independentes de tradutores, à semelhança do que acontece na etapa 1.

Etapa 4 – Comparação entre as duas versões retraduzidas e entre estas e o instrumento original (síntese II).

Utilizando um comité multidisciplinar composto (preferencialmente) por, pelo menos um dos elementos da equipa de investigação, por um profissional da área do estudo em questão, por todos os tradutores que participaram nas anteriores e, se possível, pelo autor do instrumento original, discutem-se discrepâncias e ambiguidades até se obter consenso quanto a uma versão pré-final do instrumento na língua-alvo. Se, pelo contrário, não houver concordância quanto a uma versão pré-final do instrumento nesta etapa, todo o processo poderá ter de ser repetido, desde a etapa 1, recorrendo a novos tradutores independentes e com as mesmas características já descritas nas etapas anteriores. Obtém-se, assim, uma equivalência concetual, semântica e de conteúdo iniciais.

Etapa 5 – Teste piloto da versão pré-final do instrumento junto da população-alvo

Uma amostra de 10 a 40 indivíduos da população-alvo em que o instrumento será aplicado avalia a versão pré-final desse instrumento, através da aplicação de uma escala dicotómica (“Percetível” / “Não percetível”) para classificação dos diferentes itens que compõem essa versão. Pelo menos 80% do instrumento deve ser classificado como percetível. Sugestões por parte dos participantes, no sentido de aperfeiçoar o que não está percetível, são consideradas pelos investigadores e tradutores. Nesta fase também é altamente recomendável o contributo de um painel de 6 a 10 peritos (preferencialmente 10), com conhecimento aprofundado da área de estudo e da população-alvo, e cuja língua-mãe seja a da versão pré-final do instrumento, para uma determinação mais aprofundada em termos de equivalência concetual e de conteúdo. Também esta apreciação deverá gerar, pelo menos, 80% de consenso. A estes peritos é solicitado que classifiquem cada um dos itens que compõem a versão pré-final do

instrumento, utilizando a seguinte escala: “1 – Não relevante”; “2 – Incapaz de avaliar a relevância”; “3 – Relevante, mas necessita de uma pequena alteração”; “4 – Muito relevante e sucinto”; e que explicitem as objeções e/ou dúvidas suscitadas, sugerindo alternativas de aperfeiçoamento. Os itens classificados como “1 – Não relevante” e “2 – Incapaz de avaliar a relevância” devem ser revistos e reavaliados, até se obter consenso. Posteriormente, os índices de validade de conteúdo a nível do item (I-CVI, do inglês “Item-Content Validity Index”) e a nível da escala (S-CVI, do inglês “Scale-Content Validity Index”) devem ser calculados, utilizando como método preferencial o cálculo da média (S-CVA/Ave, do inglês “Scale-Content Validity Index / Average”). Os índices mínimos aceitáveis são um I-CVI de 0,78%, ou acima, e um S-CVA/Ave de 0,90%, ou acima, caso contrário os itens devem ser revistos e reavaliados, até se obterem índices aceitáveis. Adicionalmente, é recomendado a determinação do coeficiente kappa de concordância (0,60 é o mínimo aceitável para estabelecer um adequado nível de concordância), com o objetivo de conferir uma confiança adicional quanto à validade de conteúdo do instrumento. Esta etapa permite preparar a versão pré-final do instrumento para ser submetida a um teste piloto e começar a testar as suas propriedades de equivalência psicométrica.

Etapa 6 – Teste psicométrico preliminar da versão pré-final do instrumento traduzido junto de uma amostra bilingue.

Esta etapa raramente é considerada, embora seja recomendável quando é possível aceder a uma amostra de população bilingue e consiste num pré-teste do instrumento obtido nas etapas anteriores, junto de pelo menos 5 indivíduos (bilingues, pertencentes à população-alvo a que o mesmo se destina e que não conheçam o instrumento original) por cada item desse instrumento. Posteriormente, a essa mesma amostra deverá ser aplicado o instrumento original (porém os itens do mesmo devem aparecer numa ordem diferente) e comparam-se os resultados para obtenção de equivalência de critérios, através de análise estatística. Esta fase permite estabelecer as propriedades preliminares iniciais de equivalência psicométrica do instrumento e determina a equivalência técnica inicial do mesmo, além de garantir sustentabilidade adicional em termos de equivalência concetual, semântica, de conteúdo e de constructo.

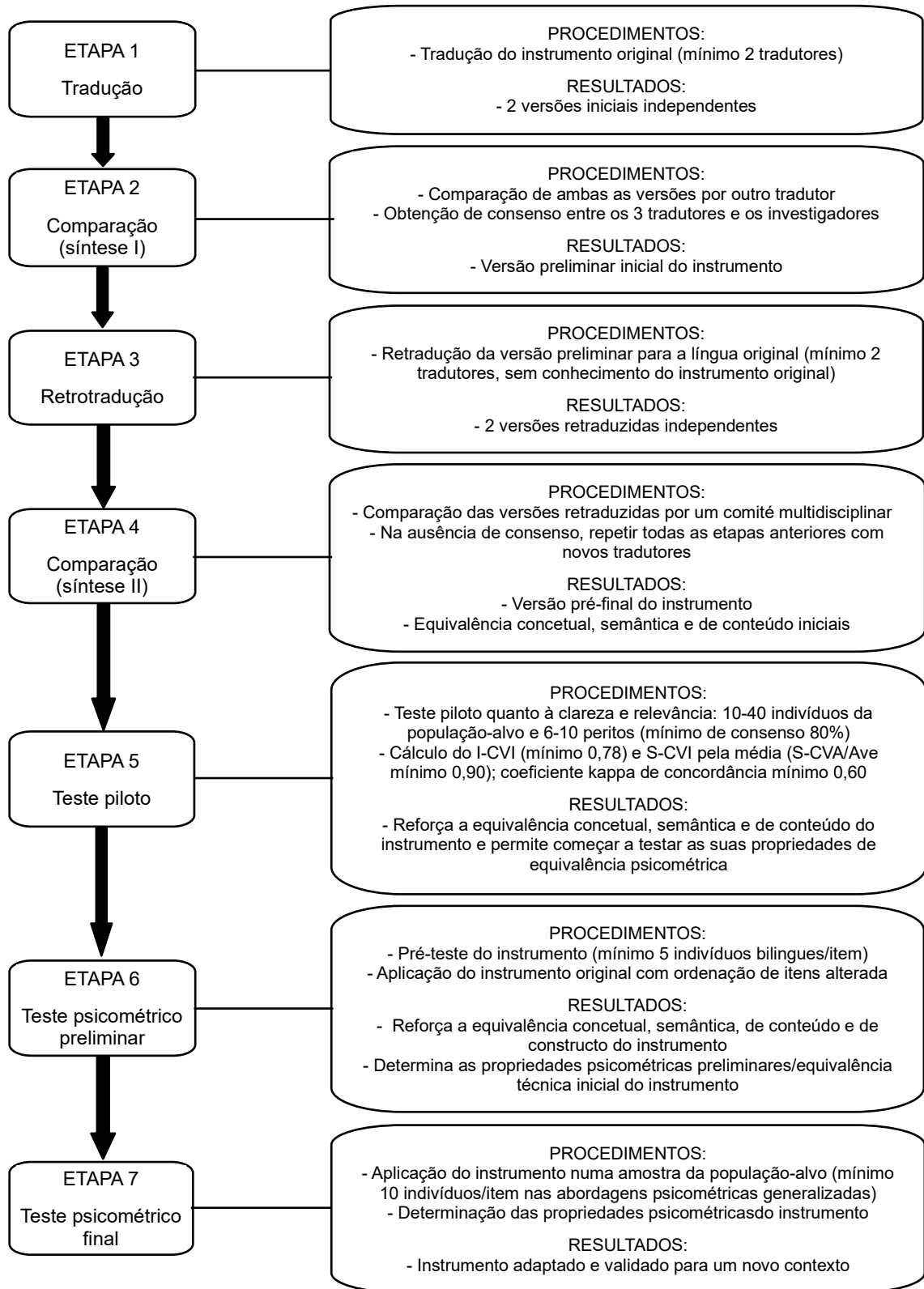
Etapa 7 – Teste psicométrico da versão pré-final do instrumento traduzido numa amostra da população-alvo.

É usada para estabelecer as propriedades psicométricas completas iniciais do instrumento recém-traduzido, adaptado e validado, utilizando uma amostra da população-alvo (aplicação do instrumento recém-traduzido no sentido garantir a sua

consistência em termos de estabilidade, fiabilidade, homogeneidade, validade e ajustamento). O tamanho dessa amostra varia em função dos tipos de abordagens psicométricas a utilizar, porém um mínimo de 10 indivíduos por item do instrumento é o número recomendável nas abordagens psicométricas generalizadas. Quanto mais completas forem as abordagens psicométricas para a avaliação do instrumento traduzido maior o grau de confiança, relativamente às suas propriedades de confiabilidade e de validade

Na parte II desta dissertação explicita-se o processo de tradução, adaptação e validação do instrumento SFF, com recurso à metodologia proposta por estes autores. Na página seguinte encontra-se uma representação esquemática das etapas acima descritas (Figura 1).

Figura 1 – Representação esquemática do processo de tradução, adaptação e validação de instrumentos e escalas, segundo a metodologia de Sousa & Rojjanasrirat (2011).



PARTE II
TRABALHO EMPÍRICO

ESTUDO I

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO “CONSUMO DE TABACO NA GRAVIDEZ: A SINGULARIDADE DA MULHER NA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM”

A presente dissertação de mestrado enquadra-se no projeto “Consumo de tabaco na gravidez: a singularidade da mulher na intervenção em enfermagem” (acrónimo: Mum2You), que tem por finalidade o desenvolvimento de investigação no âmbito do tabagismo ao longo do ciclo gravídico-puerperal, e a integração dos contributos dessa investigação nas intervenções dirigidas ao combate ao consumo de tabaco na mulher grávida (numa perspetiva de prática baseada na evidência científica), no sentido de garantir resultados efetivos. O projeto Mum2You integra o domínio “Gravidez e período neonatal” e é desenvolvido no âmbito das atividades de investigação em saúde, promovidas pela Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS) da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) e, numa perspetiva mais abrangente, na área científica “Saúde individual e comunitária” do CIEQV (Instituto Politécnico de Santarém e Instituto Politécnico de Leiria). O CIEQV tem como missão “contribuir para a criação de conhecimento e programas inovadores que promovam a melhoria da qualidade de vida dos seres humanos” (CIEQV, 2023), desenvolvendo as suas atividades de investigação numa perspetiva “multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar de vários domínios, incluindo: a) comportamento motor; b) dinâmica organizacional; c) produção e tecnologia alimentar / comportamento alimentar; d) atividade física e estilos de vida saudáveis; e) educação e formação; f) saúde individual e comunitária” (Amendoeira et al, 2022, p.15).

O projeto Mum2You decorre de um conjunto de premissas baseadas nos aspetos já referenciados no enquadramento concetual, a partir da seguinte questão de investigação: “Quais os fatores relacionados com a singularidade da mulher grávida que contribuem para a efetividade das intervenções de enfermagem na promoção da cessação tabágica e de proteção da exposição ao fumo ambiental?”.

Em termos de desenho contempla três fases com os seguintes objetivos:

- Fase 1 – validar o instrumento SFF para a população portuguesa (corresponde ao estudo desenvolvido pela presente dissertação de mestrado);
- Fase 2 – caracterizar o consumo de tabaco na mulher grávida; identificar os fatores associados ao consumo de tabaco na mulher grávida;

- Fase 3 – definir recomendações que contribuam para a efetividade das intervenções de enfermagem de promoção da cessação tabágica e de proteção da exposição ao fumo ambiental na mulher grávida.

O desenvolvimento de novas abordagens de pesquisa e de intervenção junto das grávidas e/ou puérperas fumadoras, exige o desenvolvimento e/ou a mobilização de métodos e instrumentos de pesquisa e de ação, também eles inovadores, válidos e adequados, face à multiplicidade e à complexidade das variáveis em estudo, neste domínio. O objetivo de traduzir, validar e adaptar o instrumento SFF, a que o presente estudo se propõe, vai ao encontro dessa exigência, identificada que foi a necessidade de desenvolver investigação no domínio do tabagismo ao longo do ciclo gravídico-puerperal em Portugal e de disponibilizar instrumentos válidos e fiáveis para o efeito, no contexto da realidade portuguesa.

O instrumento SFF surge na literatura como um dos mais usados na caracterização do consumo de tabaco ao longo do ciclo gravídico-puerperal (André et al, 2015), pelo que a sua tradução, adaptação e validação para o contexto português será uma mais-valia para investigação nacional a este nível e constituirá um ponto de partida fundamental na consecução dos objetivos propostos pelo projeto Mum2You, cuja relevância e caráter inovador assenta nos seguintes aspetos:

- Perspetiva a gravidez enquanto contexto promotor de saúde e mobiliza esse aspeto como uma oportunidade de influenciar positivamente a saúde da mulher, no sentido da obtenção de ganhos em saúde e em qualidade de vida (que vão para além da mulher e do contexto da gravidez), em alinhamento com os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, das Nações Unidas.
- Evidencia a natureza multifatorial complexa do tabagismo ao longo do ciclo gravídico-puerperal e identifica a necessidade de novas abordagens de pesquisa, no sentido da caracterização do consumo de tabaco na mulher grávida, pela identificação de perfis de consumo, seus fatores e determinantes, bem como da relação entre eles.
- Propõe a constituição de perfis de consumo como referencial para a elaboração de recomendações, que contribuam para a efetividade das intervenções de enfermagem na promoção da cessação tabágica e de proteção da exposição ao fumo ambiental, na mulher grávida, numa perspetiva de prática baseada na evidência, e em função da singularidade de cada mulher e do contexto em que se insere, possibilitando intervenções mais personalizadas e adaptadas a cada situação.

2 – PROCESSO DE TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO SMOKE-FREE FAMILIES

2.1 – METODOLOGIA

A metodologia científica corresponde ao conjunto de procedimentos que contribuem para a obtenção do conhecimento e sem os quais “a ciência, em si mesma, não poderia existir” (Vilelas,2022, p.21). Investigar, pressupõe fazer uso de um conjunto de práticas reconhecidas pela comunidade científica como válidas para a produção de conhecimento. Este processo, ou método científico, “(...) refere-se então diretamente à lógica interior do processo de descoberta científica, e a ele correspondem não somente orientar a seleção dos instrumentos e técnicas específicas de cada estudo, mas, também, fixar os critérios de verificação ou demonstração do que se afirma na investigação. O método tem como fim determinar as regras de investigação e a prova das verdades científicas. Engloba o estudo dos meios pelos quais se entendem todos os fenómenos e se ordenam os conhecimentos” (Vilelas, 2022, p.55).

2.1.1 – Objetivo do estudo

O presente estudo compreende a primeira fase do projeto Mum2You e tem por objetivo: traduzir, adaptar e validar o instrumento SFF para a realidade portuguesa.

2.1.2 - Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo metodológico. Tal como referem Costa et al, 2018 (cit. Galvão et al, 2022), “os estudos metodológicos são aqueles que possuem a finalidade de: elaborar novos instrumentos ou ferramentas, criar protocolos assistenciais, além de traduzir, validar e adaptar instrumentos preexistentes”.

2.1.3 – O Instrumento Smoke-Free Families

O instrumento SFF, constituiu-se como uma ferramenta de investigação útil que permite caraterizar o consumo de tabaco, ao longo do ciclo gravídico-puerperal, de forma consistente e rigorosa. É composto por um conjunto de 15 itens, os quais foram escolhidos, adaptados e desenvolvidos para serem aplicadas em dois momentos

distintos: durante a primeira consulta pré-natal e durante a consulta de revisão do puerpério. De um modo geral, este instrumento organiza-se em:

- **Questões recomendadas para o rastreio pré-natal**
- **Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto**
- **Estadiamento da cessação tabágica na gravidez**

O objetivo das “**Questões recomendadas para o rastreio pré-natal**” é o de identificar grávidas fumadoras, no momento em estas iniciam a vigilância da gravidez, para participação no estudo. Esta identificação estabelece uma medida de base do status de fumadora de cada participante e da prevalência de fumadoras a participar no estudo. O rastreio pré-natal é composto por 7 itens para avaliação:

- **Os itens 1, 2 e 3 “Consumo atual de tabaco”**, permitem classificar cada mulher em “fumadora” e “não fumadora”. O item 1 foi desenhado para facilitar que as mulheres assumam o seu status de fumadoras e para obter dados mais específicos acerca dos seus hábitos tabágicos (usando uma pergunta direta de resposta sim ou não, verificou-se que as mulheres tinham mais relutância em se assumirem como fumadoras, gerando maior percentagem de enviesamento de dados). Qualquer mulher que responda “sim” no item 3 e selecione a opção “a”, “b” ou “c” no item 1, é classificada como “fumadora”. Se pelo contrário, ela optar pela hipótese “d”, “e” ou “f” do item 1 e responder “não” no item 2, então é considerada “não fumadora”. O item 3 pode ser usado para determinar se a pessoa fuma atualmente.
- **Os itens 4 “Quantidade atual de tabaco consumido” e 5 “Grau de dependência”**, são aplicados apenas em grávidas fumadoras e permitem avaliar o seu nível de dependência, com base na quantidade de cigarros fumados durante um dia normal e no momento em que é fumado o primeiro cigarro do dia. A aplicação deste instrumento em determinadas populações específicas (como é o caso das adolescentes que ainda vivem com os pais, por exemplo) poderá, segundo Melvin et al (2000), obrigar a um ajustamento na formulação do item 5, uma vez que, em tais populações, o momento de consumo do primeiro cigarro do dia poderá estar condicionado por fatores como o constrangimento em fumar em frente aos progenitores, ou variar em função do maior ou do menor grau de supervisão destes em relação aos filhos, por exemplo.
- **O item 6 “Doseamentos bioquímicos (de base)”**, serve de confirmação adicional ao grau de veracidade das respostas fornecidas pelas mulheres, mediante a realização de testes e análises, que incluem medição dos níveis de cotinina urinária ou salivar e da quantidade de monóxido de carbono expirado.

- **O item 7 “Consumo de tabaco pré-concepcional”** pretende caracterizar o status e o nível de dependência tabágicos da mulher nos três meses anteriores à concepção, além de permitir estimar a prevalência de mulheres que mantiveram os consumos, que reduziram ou que deixaram de fumar espontaneamente entre este período e o momento atual.

O objetivo das **“Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto”**, é a identificação de mulheres fumadoras no período do pós-parto e a avaliação dos seus hábitos tabágicos, antes e durante a gravidez (**itens 8 “Consumo atual de tabaco” e 9 “Consumo de tabaco durante a gravidez”**). Durante esta avaliação, é recomendado que as mulheres respondam, também, às questões que compõem os itens 3, 4, e 5 do rastreio pré-natal, no sentido de se caracterizar o seu status atual enquanto “fumadoras” ou “não fumadoras”, incluindo a quantidade de cigarros fumada e o seu nível atual de dependência. As mulheres são classificadas como “fumadoras” se afirmarem ter fumado um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos 7 dias anteriores a esta avaliação (item 3). A verificação através de doseamentos bioquímicos (item 6) é, também, recomendada no rastreio pós-parto.

Outra componente do instrumento SFF consiste nas perguntas de **“Estadiamento da cessação tabágica na gravidez” (perguntas 10, 11 e 12)**, as quais permitem classificar as mulheres, quanto à sua intenção em deixar de fumar, em um de quatro estadios: pré-contemplação, contemplação, preparação ou ação. Esta caracterização deve ser feita quando as mulheres ingressam no estudo e na avaliação pós-natal, bem como em momentos selecionados entre estes dois períodos.

Por fim, o instrumento SFF engloba, ainda, questões específicas dirigidas às mulheres que deixaram de fumar e/ou que tiveram alguma recaída (**itens 13, 14 e 15**). Para comprovação inequívoca da cessação tabágica, qualquer mulher deve responder “não” no item 3 e ser submetida verificação bioquímica dos níveis de cotinina urinária / salivar ou de monóxido de carbono expirado. O item 13 permite determinar, com exatidão, o momento da cessação tabágica e é especialmente relevante em estudos que se foquem na documentação do nível total de exposição ao fumo do tabaco durante a gravidez, por exemplo. O item 14 procura determinar qualquer recaída, desde o momento em que a mulher deixou de fumar, e assume especial relevância em estudos sobre aconselhamento personalizado para as diferentes etapas do processo de parar de fumar, por exemplo. O item 15 determina o número de tentativas da mulher para deixar de fumar, antes e após saber da gravidez, o que possibilita uma avaliação sobre

o seu ciclo de cessação tabágica e sobre a sua capacidade efetiva para o fazer, relacionando estes aspetos com o conhecimento / desconhecimento da gravidez.

2.1.4 – Considerações éticas

“A ética é a ciência da moral que regula a nossa postura e o nosso comportamento” (Vilelas, 2022, p.467). Qualquer pesquisa implica o levantamento de questões morais e éticas, pois, tal como afirma Ribeiro (2010, p.155), “os aspetos éticos são decisivos em investigação. Sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação é a própria investigação que fica em causa”. Tal consideração assume especial significado quando a pesquisa em causa envolve seres humanos, especialmente na área da saúde, pois, tal como afirma Deodato (2022, p.97) “a investigação em saúde assume particular relevância ética. Se na investigação em geral devemos sempre ponderar entre o “apetite” de querer saber e a possibilidade ética da realização de cada estudo e se na investigação com seres humanos esta ponderação ganha ainda maior relevância, quando passamos para o campo da saúde, devemos elevar o nível de ponderação ética”, uma vez que “(...) as pessoas que serão participantes nos estudos estão (quase sempre) a vivenciar uma especial vulnerabilidade”. O presente estudo reporta para o domínio da investigação em saúde e envolve a participação de pessoas, em particular, mulheres, num período das suas vidas que a literatura classifica como complexo e particularmente sensível. Neste sentido, as atividades de planeamento e de condução deste estudo, foram norteadas pelo respeito e pela salvaguarda da dignidade, da liberdade, da segurança e do bem-estar de todas as participantes, assegurados que foram os seus direitos à autodeterminação, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo.

Segundo Vilelas (2022, p.471) “os estudos que envolvem a recolha de dados com participantes são elegíveis para aprovação ética”. O presente estudo encontra-se abrangido pela Declaração 022021Saúde (anexo II), do Comité de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém, com parecer favorável à realização do projeto Mum2You, onde o mesmo se engloba. Também em observância ao respeito e à salvaguarda dos mais elevados padrões éticos, no questionário disponibilizado às grávidas e puérperas constava uma parte introdutória, de contextualização do estudo e do tipo de colaboração pretendida, e onde era solicitado o consentimento livre e esclarecido para participação no mesmo, além de garantido o anonimato e a confidencialidade em todo o processo. Adicionalmente, foi garantido a estas mulheres que os dados obtidos seriam mobilizados, somente, pelo autor do estudo e respetiva

orientadora, e assegurada a possibilidade de recusarem ou de interromperem a sua participação, em qualquer momento e sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo.

2.1.5 – Etapas inerentes ao processo de tradução, adaptação e validação do instrumento Smoke-Free Families

Com a finalidade de disponibilizar o instrumento SFF para futuras pesquisas na área do tabagismo e da gravidez em Portugal (incluindo a concretização do projeto Mum2You), decidiu-se proceder à sua tradução, adaptação e validação para o contexto da realidade portuguesa. Recorreu-se, para tal, à metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011), conforme já foi referido. Tal como preconizado por estes autores, todo o processo começou pela elaboração e envio (via mail com aviso de leitura) de um pedido formal de autorização para os autores do instrumento e do qual não se obteve resposta, apesar de obtida confirmação de receção (anexo III). Ainda que publicado na sua totalidade, pode entender-se que a utilização do instrumento SFF não carece de autorização dos autores, contudo como refere Ribeiro (2010), quando não há resposta dos autores a utilização “deve ser feita com prudência (...) deve haver o cuidado para utilizar a técnica de modo adequado, com rigoroso respeito pelos procedimentos e normas definidas pelo autor” (p. 118-119). Em seguida, iniciou-se o processo de tradução, adaptação e validação do instrumento, de acordo com as seguintes etapas:

Etapa 1 – Tradução do instrumento original para a língua pretendida (tradução direta ou unidirecional).

No processo de tradução recorreu-se a duas tradutoras independentes e cuja língua-mãe era o português, ambas bilingues e com domínio técnico certificado da língua inglesa. As duas professoras do ensino superior, uma na área da saúde e a outra na área da literatura e cultura inglesas. Obtiveram-se duas versões independentes do instrumento, traduzidas para português.

Etapa 2 – Comparação das duas versões traduzidas do instrumento (síntese I).

As duas versões produzidas e a versão original, em inglês, foram alvo de análise e por uma terceira tradutora independente, professora do ensino superior na área da saúde e com domínio técnico certificado da língua inglesa. Posteriormente as três tradutoras e os investigadores do estudo procederam à comparação dessas versões. Obtido consenso, construiu-se a versão preliminar inicial traduzida do instrumento SFF, em português.

Etapa 3 – Retrotradução cega (tradução reversa às cegas ou dupla tradução às cegas) da versão preliminar inicial traduzida do instrumento.

Procedeu-se à retrotradução da versão obtida na etapa 2 para a língua inglesa, recorrendo a outras duas tradutoras independentes e que não tinham conhecimento do instrumento original, em inglês. Embora não fossem nativas da língua inglesa, possuíam formação avançada na mesma. Uma das tradutoras era professora do ensino superior na área da saúde, com formação em pedagogia do ensino superior e com formação técnica avançada em inglês. A segunda tradutora tinha formação avançada em línguas e literaturas modernas na área de estudos portugueses e ingleses. Obtiveram-se duas versões independentes do instrumento SFF, retrotraduzidas para inglês.

Etapa 4 – Comparação entre as duas versões retraduzidas e entre estas e o instrumento original (síntese II).

Procedeu-se à análise e comparação entre as versões retrotraduzidas e o instrumento original, em inglês, recorrendo a um painel composto pelos investigadores responsáveis do estudo e pelas tradutoras das etapas 1 e 3. Obtido consenso, construiu-se a versão pré-final do instrumento SFF na língua-alvo e obteve-se, em simultâneo, uma equivalência concetual, semântica e de conteúdo iniciais. (anexo IV).

Segundo a metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011), nesta etapa, é aconselhável integrar o(s) autor(es) do instrumento que se pretende adaptar e validar no painel que analisa e compara as versões retrotraduzidas, para obtenção da versão pré-final do instrumento na língua-alvo, no entanto, tal não foi possível pela razão já apresentada, por parte dos autores.

Etapa 5 – Teste piloto da versão pré-final do instrumento junto da população-alvo

Com o objetivo de submeter a versão pré-final do instrumento SFF a um teste piloto junto da população-alvo, constituída por mulheres grávidas e/ou puérperas, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: idades entre os 18 e os 44 anos (idade reprodutiva), a frequentarem cursos privados de preparação para o parto e parentalidade e/ou cursos de recuperação pós-parto, serem capazes de expressar o seu consentimento para participação no estudo, saberem ler e escrever, e terem acesso aos meios de comunicação digital. Tratou-se de uma amostra não probabilística de conveniência.

Foi elaborado um questionário na plataforma Google Docs, para ser disponibilizado via on-line. Era composto por uma parte introdutória de contextualização do estudo e do tipo de colaboração pretendida, e onde era solicitado o consentimento livre e esclarecido para participação no estudo, além de se garantir o anonimato e a

confidencialidade em todo o processo. Adicionalmente, garantia que os dados produzidos seriam mobilizados somente pelo autor do estudo respectiva orientadora, e salvaguardava a possibilidade de qualquer participante suspender a sua colaboração, em qualquer momento, e sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo (anexo V). Obtido esse consentimento, era dado acesso ao corpo do questionário, constituído pela versão pré-final do instrumento para apreciação e análise, no sentido de se aferir a clareza ou a ambiguidade de todos os seus componentes, através da aplicação de uma escala dicotómica (“percetível” / “não perceptível”).

O acesso à amostra da população-alvo foi feito através de um pedido de colaboração formal na rede social WhatsApp, dirigido a um conjunto de enfermeiras a ministrarem cursos privados de preparação para o parto e parentalidade e de recuperação pós-parto, a quem foi solicitada a divulgação do link de acesso ao questionário, no sentido de facilitar a partilha junto destas mulheres (anexo VI).

Dando continuidade à metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011), a versão pré-final do instrumento SFF foi, ainda, submetida à apreciação e avaliação de um painel composto por 10 peritos.

Na constituição deste painel foram tidos em conta os seguintes critérios de seleção:

- Incluir elementos altamente diferenciados e com conhecimento e experiência aprofundados da área de estudo e da população-alvo.
- Garantir a interdisciplinaridade ao incluir elementos das diferentes áreas da saúde diretamente relacionadas com o tabagismo e a gravidez (saúde materna e obstétrica; saúde mental, psiquiatria e pneumologia).
- Integrar elementos da área da educação (ensino superior) e da investigação, com domínio da área de constructo do estudo e conhecimento da população-alvo.

Como tal, deste painel constavam:

- Professoras do ensino superior das áreas da enfermagem de saúde materna e obstétrica e da enfermagem de saúde mental.
- Enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica que ministram cursos privados de preparação para o parto e parentalidade e de recuperação pós-parto.
- Médico da área da pneumologia e responsável pela consulta de cessação tabágica de um hospital.
- Médico da área da psiquiatria e professor do ensino superior, com experiência clínica na área.

A este painel de peritos foi dirigido um pedido de colaboração formal, onde constava uma contextualização do estudo e o tipo de colaboração pretendida (anexo

VII). Obtido o seu consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo, e garantido o anonimato e a confidencialidade em todo o processo, foi solicitado a cada elemento desse painel que apreciasse cada um dos componentes da versão pré-final do instrumento e que os classificassem, utilizando a seguinte escala: “1 – Não relevante”; “2 – Incapaz de avaliar a relevância”; “3 – Relevante, mas necessita de uma pequena alteração”; “4 – Muito relevante e sucinto” (anexo VIII).

Etapas 6 e 7

Atendendo a que o instrumento SFF não possui propriedades psicométricas, com o culminar da etapa 5, e após obtenção de consenso no que refere ao conteúdo estrutural e linguístico por parte de todos os envolvidos, considerou-se ter sido obtida a versão final do instrumento SFF, culturalmente adaptada e validada para a população portuguesa. (anexo IX).

3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo considerou as recomendações da metodologia proposta por Sousa e Rojjanasrirat (2011) no processo de tradução, adaptação e validação do instrumento SFF para Portugal. A primeira fase do estudo (Estudo Metodológico) decorreu em 5 etapas, desde a tradução inicial do instrumento SFF original, até à obtenção da versão portuguesa desse instrumento, devidamente adaptada e validada.

Relativamente às etapas 1, 2, 3 e 4 da metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011), as discrepâncias e as discordâncias verificadas entre tradutores e entre estes e os investigadores responsáveis pelo presente estudo, decorrentes dos processos de tradução e de retrotradução conducentes à versão pré-final do instrumento SFF, foram pontuais e a obtenção de consenso alcançada com ajustamentos mínimos à tradução inicial. Na etapa 2, as expressões “**uma baforada**” versus “**uma passa**” foram alvo de debate, tendo o grupo de tradutoras e de investigadores concordado em optar por esta última, por considerar ser uma expressão mais conhecida e de uso mais comum no contexto português. Já na etapa 4, na formulação das questões referentes aos itens 4, 7 e 9 da versão pré-final do instrumento, surgiu o debate sobre o modo mais adequado de finalizar o enunciado dessas questões: “**fumou por dia, em média**” ou “**fumou em média, por dia**”. Considerou-se a última opção como a mais adequada. Com a conclusão destas fases foi possível obter uma equivalência concetual, semântica e de conteúdo iniciais do instrumento em processo de adaptação e de validação.

Com vista à consecução da etapa 5 da metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011), a versão pré-final do instrumento SFF foi testada em 2 momentos. Num primeiro momento, a referida versão foi testada junto de uma amostra da população-alvo, quanto ao grau de percetibilidade de todos os seus componentes, incluindo instruções e formato de resposta. Num segundo momento, a mesma versão foi alvo de apreciação por um painel de peritos, quanto à relevância de todos esses componentes. Em ambos os testes recorreu-se a um questionário como instrumento de colheita de dados.

O primeiro desses testes decorreu entre a última semana de abril e a primeira quinzena de maio de 2023, e foi dirigido a um conjunto de grávidas e de puérperas a frequentarem cursos privados de preparação para o parto e parentalidade e de recuperação pós-parto, no distrito de Santarém (amostra não probabilística de conveniência). O questionário on-line aplicado continha todos os componentes da versão do instrumento em apreciação, com o objetivo de cada um deles ser classificado, quanto ao grau de percetibilidade, em “percetível” ou “não percetível”. Todos os componentes eram de resposta obrigatória e só era possível submeter o questionário

após o seu preenchimento na totalidade. Foram obtidos 26 questionários preenchidos, número que se revela adequado, face à recomendação dos autores de uma amostra de 10 a 40 indivíduos. Observou-se um grau de concordância global acima dos 80% (80,77%), o que permitiu classificar o instrumento como perceptível (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Três dos elementos do instrumento obtiveram um grau de concordância de 100%. Já o menor grau de concordância (19,23%) foi registado em quatro desses elementos, conforme se pode observar na tabela seguinte. (Tabela 1)

Tabela 1 – Grau de concordância, quanto à perceptibilidade, de cada um dos elementos da versão pré-final do instrumento SFF, numa amostra de 26 elementos da população-alvo.

Smoke-Free Families	Perceptível	Não perceptível
Questões recomendadas para o rastreio pré-natal	26	0
1. Consumo atual de tabaco.	25	1
Atualmente, qual destas afirmações a descreve melhor?	25	1
A. Fumo regularmente, a mesma quantidade que fumava ANTES de saber que estava grávida.	24	2
B. Fumo regularmente, mas mais do que ANTES de saber que estava grávida.	21	5
C. Fumo regularmente, mas reduzi DESDE que engravidei.	24	2
D. Parei de fumar DEPOIS de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.	26	0
E. Parei de fumar ANTES de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.	23	3
F. NUNCA fumei mais de 100 cigarros, ao longo da vida.	24	2
2. Consumo atual de tabaco.	25	1
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 30 dias?	23	3
A. Sim	23	3
B. Não	25	1
3. Consumo atual de tabaco.	25	1
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?	23	3
A. Sim	25	1
B. Não	25	1
4. Quantidade atual de tabaco consumido (opcional).	22	4
Nos últimos 7 dias, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)	24	2
____ cigarros ou ____ maços	22	4
() Menos de 1 cigarro / dia	24	2
() Não fumei	26	0
() Não sei	23	3

5. Grau de dependência (opcional).	22	4
Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?	24	2
____ Imediatamente	23	3
____ Minutos (número)	23	3
____ Horas (número)	22	4
____ Sem hora habitual / hora variável	24	2
____ Não sei	22	4
6. Doseamentos bioquímicos (de base) (opcional).	a)	a)
7. Consumo de tabaco pré-concepcional.	23	3
Nos últimos 3 meses antes de engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)	25	1
____ cigarros ou ____ maços	22	4
() Menos de 1 cigarro / dia	25	1
() Não fumei	23	3
() Não sei	23	3
Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto	22	4
8. Consumo atual de tabaco.	24	2
Fumou cigarros durante os 12 meses antes do parto?	23	3
() Sim – Avance para a próxima questão	25	1
() Não	24	2
9. Consumo de tabaco durante a gravidez.	24	2
Nos 3 meses após engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)	23	3
____ cigarros ou ____ maços	21	5
() Menos de 1 cigarro / dia	24	2
() Não fumei	24	2
() Não sei	23	3
Estadiamento da cessação tabágica na gravidez	21	5
10. Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?	23	3
() Sim – Avance para a próxima questão	24	2
() Não	23	3
11. Se respondeu sim, está a pensar seriamente, deixar completamente de fumar, durante a gravidez?	24	2
() Sim – Avance para a próxima questão	24	2
() Não	22	4
12. Se respondeu sim, planeia deixar completamente de fumar, nos próximos 30 dias?	23	3
() Sim	25	1
() Não	23	3
13. Momento em que deixou de fumar (opcional).	23	3

Quando é que fumou o seu último cigarro?	21	5
____ / ____ / ____ (dia / mês / ano)	22	4
14. Recaída (opcional).	23	3
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, desde que deixou de fumar?	22	4
() Sim	23	3
() Não	24	2
15. Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez (opcional).	24	2
A. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, ANTES de saber que estava grávida?	24	2
____ Nenhuma	24	2
____ Vezes	25	1
____ Não sei	23	3
B. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, DEPOIS de saber que estava grávida?	22	4
____ Nenhuma	22	4
____ Vezes	24	2
____ Não sei	22	4

Nota: a) as respostas obtidas neste item não foram consideradas, dado que o mesmo se refere a um aspeto muito específico, a colheita de produtos para doseamento bioquímico e, portanto, não implica resposta por parte da população alvo.

Relativamente às dúvidas suscitadas e respetivas sugestões de melhoria, importa referir que:

- Uma das inquiridas manifestou reservas quanto à expressão “**uma passa**”.
- Duas inquiridas referiram desconhecer o significado da palavra “**estadiamento**”.
- Uma das inquiridas considerou confuso existir a opção de resposta “____ **Minutos (número)**” juntamente com a opção de resposta “____ **Horas (número)**” no Item 5 “Grau de dependência” das “Questões recomendadas para o rastreio pré-natal”. Na sua opinião, deveria existir uma única opção de resposta, relativa ao tempo a que a pessoa depois de acordar fuma o primeiro cigarro.
- Uma inquirida considerou que o item 13 “Momento em que deixou de fumar (opcional)” relativo ao “Estadiamento da cessação tabágica na gravidez”, deveria ter como opção a resposta “**não sei**”
- Numa apreciação global ao questionário, uma das inquiridas considerou que o mesmo era perceptível, porém complexo de responder.

Da análise feita às considerações anteriormente referidas, importa referir que a expressão “**uma passa**” já havia sido alvo de debate na etapa 2 do processo de tradução, adaptação e validação do instrumento SFF e tomada a decisão de a manter, por se considerar ser a alternativa mais adequada. Relativamente à palavra

“**estadiamento**” ela surge no enunciado “**Estadiamento da cessação tabágica na gravidez**”, que contextualiza os itens 10, 11 e 12 do instrumento. A decisão de a manter baseou-se em dois aspetos: por ser a palavra que, na opinião consensual do grupo de tradutores e de investigadores, melhor caracteriza os itens a que se reporta, de acordo com o texto original; por não se tratar de um componente que careça de resposta por parte das inquiridas. Quanto às **opções de resposta referentes ao item 5 “Grau de dependência**” das “Questões recomendadas para o rastreio pré-natal”, as mesmas constam do instrumento original e, portanto, nenhuma foi excluída, de modo a respeitar a integralidade do instrumento. Quanto à sugestão de acrescentar a opção de resposta “**não sei**” no item 13 “Momento em que deixou de fumar (opcional)” relativo ao “Estadiamento da cessação tabágica na gravidez”, a mesma não consta do instrumento original, pelo que a sugestão não foi considerada. Atendendo ao exposto, optou-se, nesta fase, por não efetuar qualquer alteração à versão pré-final do instrumento SFF e submetê-la à apreciação de um painel de peritos, com conhecimento e experiência aprofundados na área do estudo e da população-alvo, conforme descrito na metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011).

Para apreciação da versão pré-final do instrumento SFF, junto deste painel de peritos, foram aplicados 10 questionários (distribuídos e devolvidos via e-mail), entre a segunda quinzena de maio e a primeira semana de junho de 2023. Todos os peritos responderam. O questionário disponibilizado utilizou a escala de resposta: “1 – Não relevante”; “2 – Incapaz de avaliar a relevância”; “3 – Relevante, mas necessita de uma pequena alteração”; “4 – Muito relevante e sucinto”, para classificar cada um dos elementos da versão pré-final do instrumento em apreciação, no sentido de aprofundar a sua equivalência concetual e de conteúdo, tal como referido por Sousa & Rojjanasrirat (2011) e Zamanzadeh et al (2015). Na página seguinte é possível observar a distribuição das respostas pelas quatro opções anteriormente mencionadas (tabela 2).

Tabela 2 – Resultados sobre a equivalência de conteúdo do painel de especialistas (10)

	Não relevante	Incapaz de avaliar a relevância	Relevante, mas necessita de uma pequena alteração	Muito relevante e sucinto
Smoke-Free Families	1	2	3	4
Questões recomendadas para o rastreio pré-natal				10
1. Consumo atual de tabaco.				10
Atualmente, qual destas afirmações a descreve melhor?				10
A. Fumo regularmente, a mesma quantidade que fumava ANTES de saber que estava grávida.			1	9
B. Fumo regularmente, mas mais do que ANTES de saber que estava grávida.			2	8
C. Fumo regularmente, mas reduzi DESDE que engravidei.			3	7
D. Parei de fumar DEPOIS de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.				10
E. Parei de fumar ANTES de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.				10
F. NUNCA fumei mais de 100 cigarros, ao longo da vida.	1	1	2	6
2. Consumo atual de tabaco.		1		9
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 30 dias?			2	8
A. Sim				10
B. Não				10
3. Consumo atual de tabaco.		1		9
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?			2	8
A. Sim				10
B. Não				10
4. Quantidade atual de tabaco consumido (opcional).			1	9
Nos últimos 7 dias, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)			1	9
____ cigarros ou ____ maços			1	9
() Menos de 1 cigarro / dia			1	9
() Não fumei			1	9
() Não sei			1	9
5. Grau de dependência (opcional).				10
Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?			2	8

____ Imediatamente	1	9
____ Minutos (número)		10
____ Horas (número)		10
____ Sem hora habitual / hora variável	2	8
____ Não sei	1	9
6. Doseamentos bioquímicos (de base opcional).	2	1
7. Consumo de tabaco pré-concepcional.	2	8
Nos últimos 3 meses antes de engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)	2	8
____ cigarros ou ____ maços	1	9
() Menos de 1 cigarro / dia	1	9
() Não fumei	1	9
() Não sei	1	9
Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto		10
8. Consumo atual de tabaco.	1	9
Fumou cigarros durante os 12 meses antes do parto?	2	8
() Sim – Avance para a próxima questão	1	9
() Não	1	9
9. Consumo de tabaco durante a gravidez.	1	9
Nos 3 meses após engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)	1	9
____ cigarros ou ____ maços	1	9
() Menos de 1 cigarro / dia		10
() Não fumei		10
() Não sei		10
Estadiamento da cessação tabágica na gravidez	1	1
10. Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?	2	8
() Sim – Avance para a próxima questão	1	9
() Não	1	9
11. Se respondeu sim, está a pensar seriamente, deixar completamente de fumar, durante a gravidez?	2	8
() Sim – Avance para a próxima questão	1	9
() Não	2	8
12. Se respondeu sim, planeia deixar completamente de fumar, nos próximos 30 dias?	1	9

() Sim		10
() Não		10
13. Momento em que deixou de fumar (opcional).	1	9
Quando é que fumou o seu último cigarro?	1	9
____ / ____ / ____ (dia / mês / ano)		10
14. Recaída (opcional).		10
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, desde que deixou de fumar?	1	9
() Sim		10
() Não		10
15. Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez (opcional).		10
A. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, ANTES de saber que estava grávida?		10
____ Nenhuma	1	9
____ Vezes	2	8
____ Não sei	1	9
B. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, DEPOIS de saber que estava grávida?		10
____ Nenhuma	1	9
____ Vezes	2	8
____ Não sei	1	9

Analisando as respostas obtidas, verifica-se uma predominância expressiva (90,4%) pela opção “4 – Muito relevante e sucinto”, seguida da opção “3 – Relevante, mas necessita de uma pequena alteração” (8,38%), da opção “2 – Incapaz de avaliar a relevância” (0,68%) e da opção “1 – Não relevante” (0,54%), conforme se pode verificar no gráfico 1.

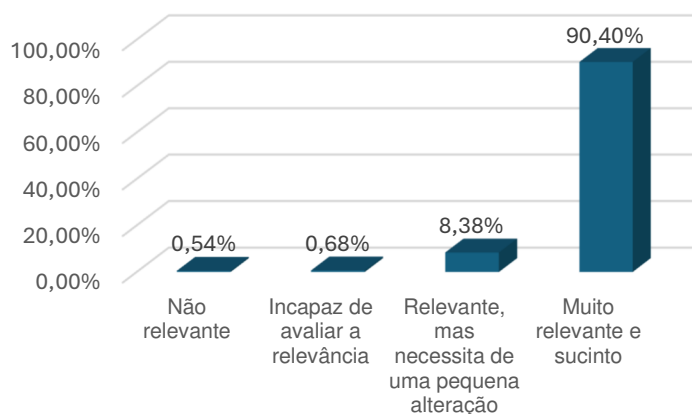


Gráfico 1 - Classificação, quanto ao grau de relevância, da versão pré-final do instrumento SFF, por parte do painel de peritos.

No seu conjunto, as opções 3 e 4 representam quase 99% das respostas obtidas (98,78%), portanto acima dos 80% requeridos, conforme descrito na metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011). Já as opções 1 e 2 representam, no seu conjunto, pouco mais de 1% (1,22%) do total de respostas obtidas. Estes dados permitem afirmar que, no geral, o painel de peritos considerou os componentes do instrumento em apreciação como relevantes, na sua generalidade.

Embora os componentes do instrumento classificados como “1 – Não relevante” e “2 – Incapaz de avaliar a relevância” traduzam um resultado pouco expressivo, foram alvo de análise e de debate, pelo que importa tecer algumas considerações a este respeito, nomeadamente:

- A opção de resposta “**F. NUNCA fumei mais de 100 cigarros, ao longo da vida.**”, do item “1. Consumo atual de tabaco”, das “Questões recomendadas para o rastreio pré-natal”, foi inicialmente considerada por dois dos peritos como “**difícil de quantificar**”, no entanto o seu objetivo é mais de carácter qualitativo (no sentido de caracterizar uma pessoa que fuma esporadicamente e não de forma regular) e não tanto quantitativo, pelo que a mesma foi mantida inalterada, por unanimidade de consenso entre o painel de peritos.
- Um dos peritos, considerou que a repetição do enunciado “**Consumo atual de tabaco**”, nos itens 1, 2 e 3 das “Questões recomendadas para o rastreio pré-natal”, poderia gerar alguma confusão entre as inquiridas, no entanto, o mesmo reporta-se à contextualização dos três itens que têm como objetivo caracterizar a mulher inquirida como “fumadora” ou “não fumadora”, quando o instrumento está a ser aplicado, ainda que por via de três abordagens diferentes. Dado que os três itens se reportam à caracterização dos hábitos atuais de consumo de tabaco, manteve-se a designação em todos eles, em concordância com o enunciado do instrumento original e após obtenção de consenso entre o painel de peritos.
- Outro dos componentes do instrumento que gerou dúvidas a 3 dos peritos foi o item “**6. Doseamentos bioquímicos (de base) (opcional).**”, no entanto, dado que este item se reporta a um aspeto específico dirigido aos investigadores (a colheita de produtos para doseamento bioquímico) não carece de resposta por parte das inquiridas e, como tal, manteve-se inalterado.
- A palavra “**estadiamento**” do enunciado “**Estadiamento da cessação tabágica na gravidez**”, que contextualiza os itens 10, 11 e 12 do instrumento, voltou a gerar reservas junto de um dos peritos, no entanto, pelas razões já anteriormente descritas neste capítulo, manteve-se inalterada.
- Relativamente ao item “**13. Momento em que deixou de fumar (opcional)**”, um dos peritos considerou que este já se encontrava devidamente enquadrado

nas questões referentes ao “Estadiamento da cessação tabágica na gravidez” e, como tal, a pergunta que lhe está associada (“Quando é que fumou o seu último cigarro”) não carecia de nova contextualização e deveria ser colocada diretamente. No entanto, todas as perguntas ao longo do instrumento são precedidas de um componente de contextualização, pelo que, por uma questão de coerência e de respeito pela estrutura do instrumento original, tal sugestão não foi considerada.

Por fim, e em conformidade com a metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011), procedeu-se, então ao cálculo do índice de validade de conteúdo no nível do item (I-CVI) e do índice de validade de conteúdo no nível da escala (S-CVI), recorrendo ao método de cálculo da média (S-CVA/Ave), referenciado pelos autores mencionados como o mais recomendável. Como valores de referência para um painel de 10 especialistas, considera-se o valor de 0,78 ou superior para o I-CVI e o valor de 0,90 ou superior para o S-CVA/Ave como os valores mínimos aceitáveis (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Adicionalmente, e tal como referenciado por Zamanzadeh et al (2015), recorreu-se à dicotomização da escala de resposta, em que as opções “1 – Não relevante” e “2 – Incapaz de avaliar a relevância” foram agregadas na categoria de resposta “Não relevante” e as opções “3 – Relevante, mas necessita de uma pequena alteração” e “4 – Muito relevante e sucinto”, foram agregadas na categoria de resposta “Relevante”. Sessenta e sete itens obtiveram um I-CVI de 1, logo considerados apropriados. O valor do I-CVI obtido foi de 0,987 e resulta da soma dos I-CVI de cada item (72,1), dividida pelo número total de itens (73), valor que é adequado. Quanto ao S-CVA/Ave, foi calculado pela divisão do número de itens que obtiveram valor de 1, divididos pelo número total de itens (67:73), obtendo-se o valor de 0,917, valor que cumpre o desejado, conforme se pode observar na página seguinte (Tabela 3).

Tabela 3 – Cálculo do I-CVI e S-CVI

<u>Smoke-Free Families</u>	Não relevante (nota 1 e 2)	Relevante (nota 3 e 4)	I-CVI*	Interpretação
Questões recomendadas para o rastreio pré-natal		10	1	Apropriado
1. Consumo atual de tabaco.		10	1	Apropriado
Atualmente, qual destas afirmações a descreve melhor?		10	1	Apropriado
A. Fumo regularmente, a mesma quantidade que fumava ANTES de saber que estava grávida.		10	1	Apropriado
B. Fumo regularmente, mas mais do que ANTES de saber que estava grávida.		10	1	Apropriado
C. Fumo regularmente, mas reduzi DESDE que engravidei.		10	1	Apropriado
D. Parei de fumar DEPOIS de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.		10	1	Apropriado
E. Parei de fumar ANTES de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.		10	1	Apropriado
F. NUNCA fumei mais de 100 cigarros, ao longo da vida.	2	8	0,8	Apropriado
2. Consumo atual de tabaco.	1	9	0,9	Apropriado
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 30 dias?		10	1	Apropriado
A. Sim		10	1	Apropriado
B. Não		10	1	Apropriado
3. Consumo atual de tabaco.	1	9	0,9	Apropriado
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?		10	1	Apropriado
A. Sim		10	1	Apropriado
B. Não		10	1	Apropriado
4. Quantidade atual de tabaco consumido (opcional).		10	1	Apropriado
Nos últimos 7 dias, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)		10	1	Apropriado
_____ cigarros ou _____ maços		10	1	Apropriado
() Menos de 1 cigarro / dia		10	1	Apropriado
() Não fumei		10	1	Apropriado
() Não sei		10	1	Apropriado
5. Grau de dependência (opcional).		10	1	Apropriado
Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?		10	1	Apropriado
_____ Imediatamente		10	1	Apropriado
_____ Minutos (número)		10	1	Apropriado
_____ Horas (número)		10	1	Apropriado
_____ Sem hora habitual / hora variável		10	1	Apropriado
_____ Não sei		10	1	Apropriado
6. Doseamentos bioquímicos (de base) (opcional).	3	7	0,7	a)
7. Consumo de tabaco pré-concepcional.		10	1	Apropriado
Nos últimos 3 meses antes de engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)		10	1	Apropriado
_____ cigarros ou _____ maços		10	1	Apropriado
() Menos de 1 cigarro / dia		10	1	Apropriado

() Não fumei		10	1	Apropriado
() Não sei		10	1	Apropriado
Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto		10	1	Apropriado
8. Consumo atual de tabaco.		10	1	Apropriado
Fumou cigarros durante os 12 meses antes do parto?		10	1	Apropriado
() Sim – Avance para a próxima questão		10	1	Apropriado
() Não		10	1	Apropriado
9. Consumo de tabaco durante a gravidez.		10	1	Apropriado
Nos 3 meses após engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)		10	1	Apropriado
_____ cigarros ou _____ maços		10	1	Apropriado
() Menos de 1 cigarro / dia		10	1	Apropriado
() Não fumei		10	1	Apropriado
() Não sei		10	1	Apropriado
Estadiamento da cessação tabágica na gravidez	1	9	0,9	Apropriado
10. Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?		10	1	Apropriado
() Sim – Avance para a próxima questão		10	1	Apropriado
() Não		10	1	Apropriado
11. Se respondeu sim, está a pensar seriamente, deixar completamente de fumar, durante a gravidez?		10	1	Apropriado
() Sim – Avance para a próxima questão		10	1	Apropriado
() Não		10	1	Apropriado
12. Se respondeu sim, planeia deixar completamente de fumar, nos próximos 30 dias?		10	1	Apropriado
() Sim		10	1	Apropriado
() Não		10	1	Apropriado
13. Momento em que deixou de fumar (opcional).	1	9	0,9	Apropriado
Quando é que fumou o seu último cigarro?		10	1	Apropriado
____ / ____ / ____ (dia / mês / ano)		10	1	Apropriado
14. Recaída (opcional).		10	1	Apropriado
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, desde que deixou de fumar?		10	1	Apropriado
() Sim		10	1	Apropriado
() Não		10	1	Apropriado
15. Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez (opcional).		10	1	Apropriado
A. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, ANTES de saber que estava grávida?		10	1	Apropriado
_____ Nenhuma		10	1	Apropriado
_____ Vezes		10	1	Apropriado
_____ Não sei		10	1	Apropriado
B. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, DEPOIS de saber que estava grávida?		10	1	Apropriado
_____ Nenhuma		10	1	Apropriado
_____ Vezes		10	1	Apropriado
_____ Não sei		10	1	Apropriado

Nota: a) o valor obtido neste item foi considerado válido, ainda que abaixo de 0,78, dado que se refere a um aspeto muito específico, a colheita de produtos para doseamento bioquímico e, portanto, não implica resposta por parte da população alvo.

Da apreciação do painel de peritos, surgiram algumas considerações e sugestões de alteração à versão pré-final do instrumento SFF e que foram incluídas na versão final deste, tal como mostra a tabela 4.

Tabela 4 – Alterações propostas pelo painel de peritos e incluídas na versão portuguesa do instrumento Smoke-Free Families

Smoke-Free Families (antes da apreciação dos peritos)	Smoke-Free Families (após apreciação dos peritos)	Considerações
<p>Questões recomendadas para o rastreio pré-natal.</p> <p>4. Quantidade atual de tabaco consumido.</p> <p>Nos últimos 7 dias, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros).</p>	<p>Questões recomendadas para o rastreio pré-natal.</p> <p>4. Quantidade atual de tabaco consumido.</p> <p>Nos últimos 7 dias, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros). Das opções seguintes, assinale a que mais se aproxima do seu consumo.</p>	<p>O painel de peritos considerou ser necessário esclarecer o inquirido sobre o propósito de selecionar, apenas, uma das hipóteses de resposta, nomeadamente aquela que melhor caracteriza a quantidade de tabaco que consumiu nos últimos 7 dias.</p>
<p>Questões recomendadas para o rastreio pré-natal.</p> <p>7. Consumo de tabaco pré-concepcional.</p> <p>Nos últimos 3 meses antes de engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros).</p>	<p>Questões recomendadas para o rastreio pré-natal.</p> <p>7. Consumo de tabaco pré-concepcional.</p> <p>Nos últimos 3 meses antes de engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava num dia normal? (um maço tem 20 cigarros). Das opções seguintes, assinale a que mais se aproxima do seu consumo.</p>	<p>À semelhança do item 4, o painel de peritos considerou ser necessário esclarecer o inquirido sobre o propósito de selecionar, apenas, a hipótese de resposta que melhor caracteriza a sua situação. Também considerou que a expressão “num dia normal” caracteriza melhor a expressão “on an average day” do instrumento original, em vez da expressão “em média, por dia”.</p>
<p>Questões recomendadas para o rastreio pós-parto.</p> <p>8. Consumo atual de tabaco.</p> <p>Fumou cigarros durante os 12 meses antes do parto?</p>	<p>Questões recomendadas para o rastreio pós-parto.</p> <p>8. Consumo atual de tabaco</p> <p>Fumava cigarros durante os 12 meses antes do parto?</p>	<p>Uniformização do tempo verbal do verbo fumar, de acordo com o enunciado do instrumento original.</p>
<p>Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto.</p>	<p>Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto.</p>	<p>Justificação de alteração de acordo com o descrito nos pontos anteriores.</p>

9. Consumo de tabaco durante a gravidez.	9. Consumo de tabaco durante a gravidez.	
Nos 3 meses após engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia?	Nos 3 meses após engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava num dia normal? (um maço tem 20 cigarros). Das opções seguintes, assinale a que mais se aproxima do seu consumo.	
15. Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez	15. Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez	O painel de peritos considerou importante esclarecer o inquirido que o propósito da hipótese de resposta “Veze” é o de enunciar o número de tentativas de deixar de fumar, contrariamente às 2 hipóteses restantes, onde se pretende que o inquirido assinale “X”.
Questões A e B	Questões A e B	
___ Nenhuma	___ Nenhuma	
___ Veze	___ N ^o de Veze	
___ Não sei	___ Não sei	

Concluída a etapa 5 da metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011) e atendendo a que o instrumento SFF não possui propriedades psicométricas, foi possível obter uma versão devidamente adaptada e validada, para Portugal, do referido instrumento.

4 – CONCLUSÕES

Em Portugal, verifica-se uma escassez de meios e de instrumentos concretos, que permitam o desenvolvimento de novas abordagens de investigação e de intervenção, no domínio do consumo de tabaco ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Como alternativa à criação de novos instrumentos, o presente estudo propôs-se adaptar o instrumento SFF à realidade portuguesa. A adaptação cultural de instrumentos de medida e de avaliação é um recurso utilizado em investigação e pressupõe uma rigorosa abordagem metodológica, no sentido de garantir a equivalência do instrumento adaptado e validado. Observa-se, na literatura, alguma variação, discrepância e até falta de rigor em algumas das abordagens metodológicas, dirigidas a estes processos. A metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011), resulta de uma síntese (num conjunto de 7 etapas) das abordagens metodológicas identificadas, na literatura, como as mais recomendadas para o efeito, pelo que a sua utilização como referencial revelou-se uma mais-valia e permitiu criar a versão portuguesa do instrumento SFF. Esta versão obteve aprovação generalizada por parte de um painel de 10 peritos, e a sua equivalência foi atestada pela obtenção de um I-CVI de 0,987 e de um S-CVA/Ave de 0,917, cumprindo os critérios exigidos pela metodologia de referência. O contributo dos autores do instrumento SFF original, teria constituído uma mais-valia para a concretização de todo este processo, porém, os mesmos não corresponderam a tal solicitação.

Com a concretização do presente estudo, cumpriu-se o primeiro objetivo do projeto Mum2You, ficando a versão portuguesa do instrumento SFF disponível para a concretização do referido projeto, bem como para futuras investigações, no âmbito do consumo de tabaco ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Por fim, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos, para aferição da validade do instrumento SFF na população portuguesa.

ESTUDO II

1 – O INSTRUMENTO SMOKE-FREE FAMILIES (VERSÃO PORTUGUESA) APLICADO NUM CONTEXTO PRÁTICO DE INVESTIGAÇÃO

Atendendo a que no processo de validação do instrumento SFF não se procedeu à concretização das etapas 6 e 7 da metodologia proposta por Sousa & Rojjanasrirat (2011), dado que o mesmo não possui propriedades psicométricas, optou-se por atestar a sua validade num contexto prático de investigação, aplicando-o numa amostra da população-alvo. A descrição de todo o processo, a análise dos resultados obtidos e as respetivas conclusões são apresentadas em seguida.

1.1 – METODOLOGIA

“Para produzir ciência, é preciso seguir determinados procedimentos que nos permitam alcançar o fim que procuramos. Não é possível obter um conhecimento racional, sistemático e organizado, atuando de qualquer modo; é necessário seguir um método, um caminho concreto que nos aproxime dessa meta” (Vilelas, 2022, p.55).

Neste capítulo, é feito o enquadramento metodológico do Estudo II.

1.1.1 – Questão de investigação e objetivos

“A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação” (Ribeiro, 2010). Definiu-se como questão de investigação:

- Quais os padrões de consumo / cessação de hábitos tabágicos, ao longo do ciclo gravídico-puerperal?

E como objetivos:

- Caracterizar os padrões de consumo / cessação de hábitos tabágicos, ao longo do ciclo gravídico-puerperal, recorrendo à aplicação da versão portuguesa do instrumento SFF, numa amostra da população-alvo;

- Atestar a validade da versão portuguesa do instrumento SFF, aplicado no contexto da prática.

1.1.2 – Tipo de estudo

O Estudo 2 corresponde a um estudo do tipo exploratório-descritivo, cujos dados servirão de suporte adicional para a concretização das fases posteriores a desenvolver no âmbito do projeto Mum2You. De acordo com Vilelas (2022), os estudos exploratórios são usados quando se pretende estudar um fenómeno novo ou ainda pouco explorado, o que torna difícil a formulação de hipóteses precisas e de possível verificação. São o tipo de estudos usados como preâmbulo a investigações posteriores, mais profundas e específicas, com o objetivo de obter um maior conhecimento acerca de um determinado fenómeno, como a descoberta de relações entre variáveis ou a identificação dos fatores intervenientes numa determinada situação. Já os estudos descritivos “procuram conhecer as características de determinada população/fenómeno, ou o estabelecer relações entre variáveis. Servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema, obtendo-se desta maneira uma visão mais completa”, o que o implica que “(...) o investigador detenha algum conhecimento da variável ou das variáveis que influenciam o problema” (Vilelas, 2022, p.214). O mesmo autor refere que o objetivo do investigador é o de acercar-se da realidade, descrevendo e documentando os fenómenos que nela ocorrem, mas sem procurar explicá-los, recorrendo, habitualmente, a questionários ou a observações estruturadas (Vilelas, 2022).

1.1.3 – Participantes

Este estudo tinha como população-alvo mulheres grávidas e/ou puérperas, a frequentarem cursos de preparação para o parto e parentalidade e/ou cursos de recuperação pós-parto, em contexto privado. Para constituição da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- terem uma idade compreendida entre os 18 e os 44 anos (idade reprodutiva);
- frequentarem cursos privados de preparação para o parto e parentalidade e/ou cursos de recuperação pós-parto;
- serem capazes de expressar o seu consentimento para participação no estudo;
- saberem ler e escrever;
- terem acesso a meios de comunicação digital.

Tratou-se de uma amostra não probabilística de conveniência. Embora muito utilizada em estudos exploratórios, este tipo de amostra, também conhecida como acidental, não permite fazer generalizações, dado que nunca se sabe até que ponto ela é ou não representativa da população que se pretende investigar (Vilelas, 2022).

1.1.4 – Instrumento de colheita de dados

Para a colheita de dados recorreu-se à elaboração de um questionário, composto por uma parte introdutória, de contextualização do estudo e do tipo de colaboração pretendida, e onde era solicitado o consentimento livre e esclarecido para participação no mesmo, além de garantido o anonimato e a confidencialidade em todo o processo (anexo X). Com a obtenção desse consentimento, era dado acesso ao corpo do questionário, o qual era constituído por um conjunto de questões de caracterização da amostra em estudo, bem como pelas questões que compõem o instrumento SFF, adaptado à realidade portuguesa, sendo que as questões de caracterização da amostra eram referentes a:

- Caraterização sociodemográfica (idade; nível de escolaridade; estado civil; número de pessoas do agregado familiar);
- Exposição ao fumo ambiental (número de fumadores no agregado familiar; autorização para fumar dentro de casa; frequência de áreas para fumadores);
- Literacia sobre o tabagismo (conhecimento sobre os efeitos do consumo de tabaco na saúde da mulher e do feto/bebé);
- Consumo de tabaco ao longo do ciclo gravídico-puerperal (aceitação pessoal e percepção sobre a aceitação social do consumo de tabaco durante a gravidez e o puerpério);
- Vigilância pré-natal (Consulta pré-concepcional, consultas de vigilância da gravidez e se o tema do tabagismo foi ou não abordado no decorrer das mesmas);
- Caraterização obstétrica (índice obstétrico);
- Etapa do ciclo gravídico-puerperal (gravidez e idade gestacional por trimestres / puerpério);
- Vigilância pós-natal (atividades de recuperação pós-parto/vigilância pós-natal e se o tema do tabagismo foi ou não abordado no decorrer das mesmas).

O conjunto de perguntas que compunham o questionário eram do tipo misto (abertas e fechadas) e todas elas eram de resposta obrigatória.

1.1.5 – Procedimentos de colheita de dados

Elaborado o questionário a aplicar no estudo 2, procedeu-se à sua informatização através da plataforma Google Docs, de modo que o mesmo pudesse ser disponibilizado, via on-line, junto da amostra da população-alvo em estudo. Posteriormente, foi criado um link de acesso ao questionário e solicitada a sua divulgação, através de um pedido de colaboração na rede social WhatsApp, dirigido a um conjunto de enfermeiras a ministrarem cursos privados de preparação para o parto e parentalidade e de recuperação pós-parto, no sentido de facilitar a partilha junto destas mulheres. O questionário esteve disponível para preenchimento durante os dias 19 e 26 de junho de 2023 e obtiveram-se 82 questionários preenchidos.

1.1.6 – Considerações éticas

As atividades de planeamento e de condução deste estudo, foram norteadas pelo respeito e pela salvaguarda da dignidade, da liberdade, da segurança e do bem-estar de todas as participantes, assegurados que foram os seus direitos à autodeterminação, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo. Tal como o Estudo I, também este estudo se encontra abrangido pela **Declaração 022021Saúde**, do Comité de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém, com parecer favorável à realização do projeto Mum2You, onde o mesmo se engloba. Em observância ao respeito e à salvaguarda dos mais elevados padrões éticos, no questionário disponibilizado às grávidas e puérperas constava uma parte introdutória, de contextualização do estudo e do tipo de colaboração pretendida, e onde era solicitado o consentimento livre e esclarecido para participação no mesmo, além de garantido o anonimato e a confidencialidade em todo o processo. Adicionalmente, foi garantido a estas mulheres que os dados obtidos seriam mobilizados, somente, pelo autor do estudo e respetiva orientadora, e assegurada a possibilidade de recusarem ou de interromperem a sua participação, em qualquer momento e sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo.

2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Caraterização sociodemográfica

Neste estudo participaram 82 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 42 anos, sendo a média de idade de 31,35 anos, com um desvio padrão de 4,93. 36 mulheres (43,9%) tinham entre 30 e 34 anos, revelando-se o grupo mais representativo, sendo que mais de dois terços da amostra (69,51%) tinham idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos, conforme se pode observar na tabela 5.

Tabela 5 – Caraterização sociodemográfica da amostra quanto à idade

Idade (anos)	Número de pessoas	Percentagem
[20 - 25[	7	8,54%
[25 - 30[	21	25,61%
[30 - 35[	36	43,9%
[35 - 40[	12	14,63%
[40 - 43[	6	7,32%
Total	82	100%

Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria (61%) possuía formação académica superior. Destas, 36 (43,9%) eram licenciadas e 14 (17,1%) tinham o grau de mestre. Das mulheres sem formação superior, a maioria (35,4%) possuía o 12º ano e apenas 3 das mulheres (3,7%) possuíam o 3º ciclo, representando, este, o grupo com menor expressividade (gráfico 2).

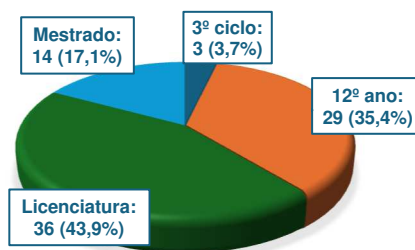


Gráfico 2 - Caraterização sociodemográfica da amostra quanto ao nível de escolaridade.

Quanto ao estado civil, contabilizou-se um total de 39 mulheres casadas (47,6%), sendo este o grupo mais representativo da amostra, por oposição ao grupo das divorciadas, com um total de 2 mulheres (2,4%) (gráfico 3).

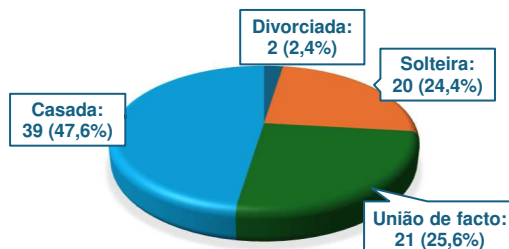


Gráfico 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra quanto ao estado civil.

Já quanto ao número de pessoas do agregado familiar, 31 mulheres referiram que o seu agregado era composto por duas pessoas, totalizando mais de um terço das respostas (38,75%). Por outro lado, apenas 2 mulheres (2,5%) responderam que o seu agregado era composto por uma só pessoa. Outras 2 mulheres não responderam de forma válida a esta questão, pelo que as suas respostas não foram consideradas (gráfico 4).

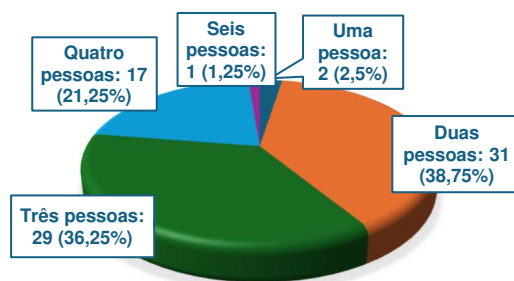


Gráfico 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra quanto ao número de pessoas do agregado familiar.

Exposição ao fumo ambiental

Pela análise do gráfico 5 pode constatar-se que a maioria das mulheres (62,21%) afirmou que no seu agregado familiar não existiam fumadores, contudo, mais de um terço (37,79%) coabitava com uma ou mais pessoas fumadoras, número que é significativo.

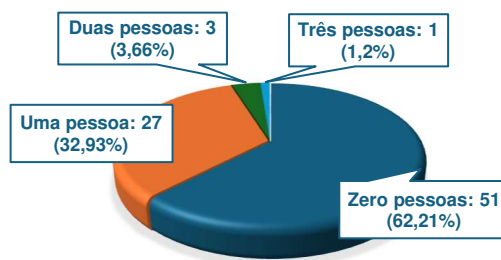


Gráfico 5 - Exposição ao fumo ambiental: Número de fumadores no agregado familiar.

Ainda assim, 79 mulheres (96%) afirmaram que não autorizavam que se fumasse dentro de sua casa (gráfico 6).

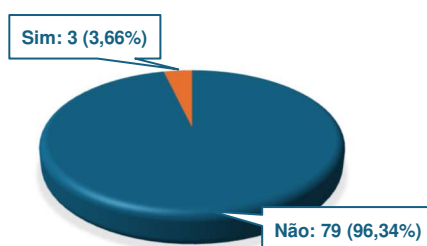


Gráfico 6 - Exposição ao fumo ambiental: Autorização para fumar dentro de casa.

Quanto a frequentar áreas para fumadores (gráfico 7), a maioria das mulheres (69,5%) afirmou não o fazer, embora esta percentagem revele que mais de um quarto das inquiridas terá estado exposta aos efeitos nocivos do consumo passivo de tabaco.

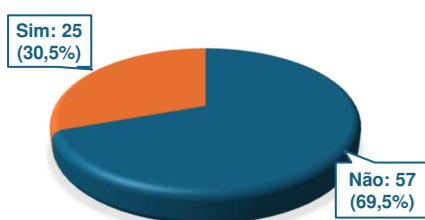


Gráfico 7 - Exposição ao fumo ambiental: Frequentar áreas para fumadores.

Literacia sobre o tabagismo

Analisando os dados obtidos, referentes à literacia sobre o tabagismo, verificou-se que a totalidade das participantes neste estudo afirmou ter conhecimento sobre os efeitos que o tabaco tem na sua saúde. Já quanto aos efeitos do consumo

de tabaco para a saúde do feto/bebê, 4 mulheres (4,9%) referiram não possuir esse conhecimento (gráfico 8).

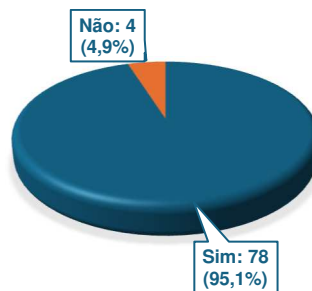


Gráfico 8 - Literacia sobre o tabagismo: Conhecimento sobre os efeitos do consumo de tabaco para o feto/bebê.

Quanto à percepção sobre a aceitação social do consumo de tabaco na gravidez, 50 mulheres (61%) consideraram que uma grávida fumadora pode ser alvo de discriminação (gráfico 9).

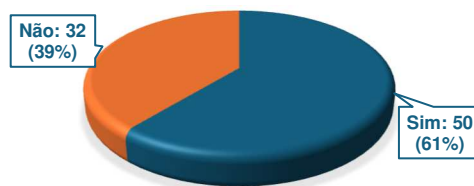


Gráfico 9 - Literacia sobre o tabagismo: Percepção quanto à discriminação da grávida fumadora, por parte da comunidade.

Já quanto à percepção sobre a aceitação social do consumo de tabaco no período pós-natal, apenas 34 mulheres (41,5%) julgaram poder sofrer algum tipo de discriminação, por fumarem após a gestação (gráfico 10).

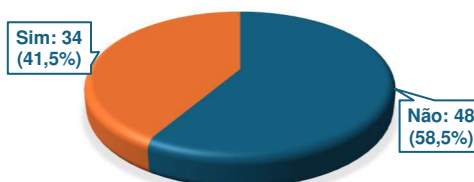


Gráfico 10 - Literacia sobre o tabagismo: Percepção quanto à discriminação da puérpera fumadora, por parte da comunidade.

Quando questionadas diretamente sobre se achavam aceitável uma grávida fumar, 64 mulheres (78%) consideraram que não (gráfico 11).

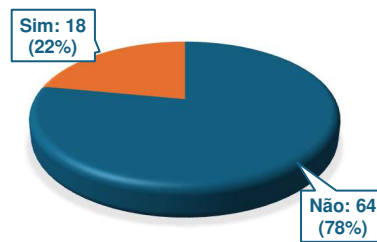


Gráfico 11 - Literacia sobre o tabagismo: Aceitação do consumo de tabaco durante a gravidez.

Já quando questionadas diretamente sobre se achavam aceitável fumar após o parto, 46 mulheres (56,1%) consideraram que não (gráfico 12).



Gráfico 12 - Literacia sobre o tabagismo: Aceitação do consumo de tabaco após o parto.

Consulta pré-concepcional

Pela análise dos dados obtidos, verificou-se que 44 mulheres (53,7%) tinham realizado uma consulta pré-concepcional, antes de tomarem a decisão de engravidar (gráfico 13).



Gráfico 13 - Consulta pré-concepcional: Realização de consulta pré-concepcional.

Das 44 mulheres que tinham realizado a consulta pré-concepcional, 27 (61,4%) afirmaram que o tema do tabagismo tinha sido abordado nessa consulta (gráfico 14).

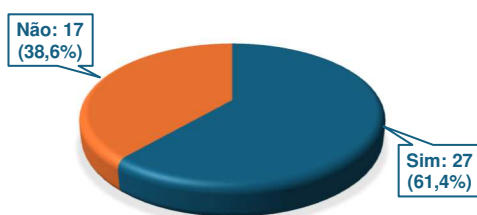


Gráfico 14 - Consulta pré-concepcional: Abordagem do tema do tabagismo durante a consulta pré-concepcional.

Vigilância pré-natal

A totalidade das mulheres inquiridas afirmou que tinha realizado consultas de vigilância pré-natal, no entanto, apenas 57 (69,5%) referiram que o tema do tabagismo foi abordado no decorrer das mesmas (gráfico 15).

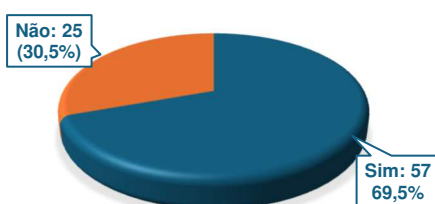


Gráfico 15 - Vigilância pré-natal: Abordagem do tema do tabagismo durante a vigilância pré-natal.

Caraterização Obstétrica – Índice Obstétrico

O índice obstétrico consiste num registo codificado, em formato numérico, composto por 4 algarismos, da história obstétrica de cada mulher, nomeadamente do número de gestações, de partos, de abortos e do número de filhos vivos.

Das 82 mulheres que responderam ao questionário, 3 não responderam de forma válida à questão “nº de partos de termo”, pelo que apenas foram consideradas 79 respostas. Das 79 mulheres que responderam corretamente, mais de metade (50,63%) já tinha tido, pelo menos, um parto de termo, perfazendo um total de 61 partos de termo.

Destas, a maioria (34,18%), tinha tido um parto de termo e apenas 1 das inquiridas (1,26%) tinha tido mais de dois partos de termo (gráfico 16).



Gráfico 16 - Índice obstétrico: nº de partos de termo.

Quanto ao número de partos pré-termo, foram consideradas 81 respostas e verificou-se que 6 mulheres (7,41%) tinham tido um parto antes das 37 semanas de gestação e, 1 delas (1,23%), dois partos pré-termo, perfazendo um total de 8 partos pré-termo (gráfico 17).

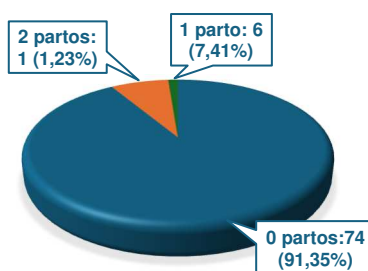


Gráfico 17 - Índice obstétrico: nº de partos pré-termo.

Das 82 mulheres inquiridas, 20 (24,39%) afirmaram ter tido, pelo menos, um aborto / gravidez ectópica, sendo que nenhuma delas tinha tido mais de dois abortos / gravidezes ectópicas. No conjunto da amostra totalizaram-se 24 abortos / gravidezes ectópicas (gráfico 18).

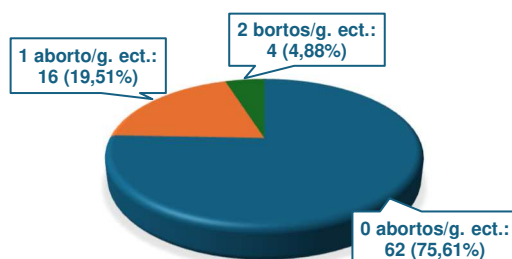


Gráfico 18 - Índice obstétrico: nº de abortos / gravidezes ectópicas.

Quanto ao número de filho vivos, 48 mulheres (58,5%) referiram ser mães de um ou dois filhos e 34 mulheres (41,5%) ainda não tinham sido mães. O número total de filhos vivos no conjunto da amostra foi de 63 (gráfico 19).

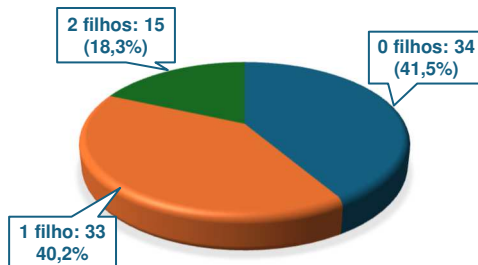


Gráfico 19 - Índice obstétrico: nº de filhos vivos.

Etapa do ciclo gravídico-puerperal e idade gestacional atual (por trimestres)

Das 82 mulheres que responderam ao questionário, 49 (59,8%) eram grávidas e 33 (40,2%) eram puérperas. (gráfico 20).

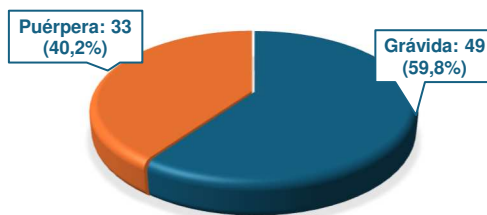


Gráfico 20 – Etapa do ciclo gravídico-puerperal

A esmagadora maioria das grávidas (91,84%) encontrava-se no terceiro trimestre de gestação (gráfico 21).

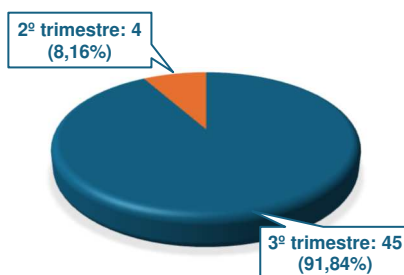


Gráfico 21 – Idade gestacional (por trimestres)

Vigilância pós-natal

Pela análise dos dados obtidos, verificou-se que das 33 puérperas que responderam ao questionário, 24 (72,7%) afirmaram ter realizado, ou ter agendada, consulta de revisão do puerpério (gráfico 22).

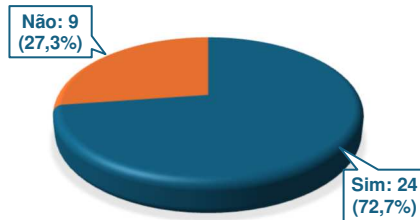


Gráfico 22 - Vigilância pós-natal: Realização / agendamento de consulta de revisão do puerpério.

Porém, apenas 5 (20,8%) referiram que o tema do tabagismo tinha sido abordado durante as atividades de recuperação pós-parto e/ou consulta de revisão do puerpério (gráfico 23).

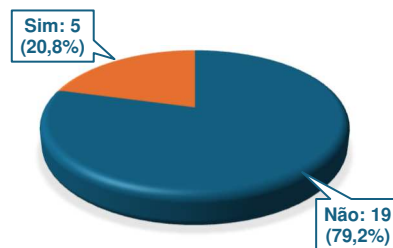


Gráfico 23 - Vigilância pós-natal: Abordagem do tema do tabagismo durante as atividades de recuperação pós-parto e/ou consulta de revisão do puerpério.

Smoke-Free Families – Questões recomendadas para o rastreio pré-natal

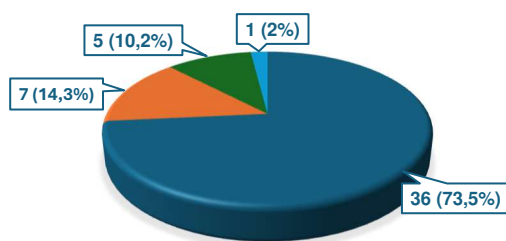
O conjunto de questões recomendadas para o rastreio pré-natal foram dirigidas às 49 grávidas que participaram neste estudo.

1. Consumo atual de tabaco

Atualmente, qual destas afirmações a descreve melhor?

- A. Fumo regularmente, a mesma quantidade que fumava ANTES de saber que estava grávida.
- B. Fumo regularmente, mas mais do que ANTES de saber que estava grávida.
- C. Fumo regularmente, mas reduzi DESDE que engravidei.
- D. Parei de fumar DEPOIS de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.
- E. Parei de fumar ANTES de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.
- F. NUNCA fumei mais de 100 cigarros, ao longo da vida.

Relativamente à primeira questão, em que era solicitado que selecionassem a afirmação que melhor as descrevia, a maioria (73,5%) afirmou nunca ter consumido mais de cem cigarros ao longo da vida, o que faz supor que não eram fumadoras regulares. Também foi possível verificar que, pelo menos 8 (16,3%), tinham alterado os seus padrões de consumo em função da gravidez e, apenas 1 (2%), continuou a fumar regularmente durante a gestação (gráfico 24).



- NUNCA fumei mais de 100 cigarros, ao longo da vida.
- Parei de fumar DEPOIS de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.
- Parei de fumar ANTES de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.
- Fumo regularmente, mas REDUZI desde que engravidei.

Gráfico 24 - Consumo atual de tabaco: Atualmente, qual destas afirmações a descreve melhor?

2. Consumo atual de tabaco

Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 30 dias?

Quando questionadas sobre se tinham fumado nos últimos trinta dias, 2 (4,1%), afirmaram que sim (gráfico 25).

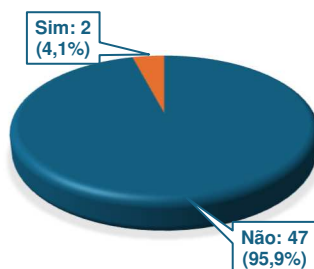


Gráfico 25 - Consumo atual de tabaco: Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 30 dias?

3. Consumo atual de tabaco

Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?

4. Quantidade atual de tabaco consumido (opcional).

Nos últimos 7 dias, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros). Das opções seguintes, assinale a que mais se aproxima do seu consumo.

Na questão 3, 1 grávida (2%) confirmou ter fumado nos últimos sete dias (gráfico 26) e referiu que fumava uma média de sete cigarros por dia, quando questionada sobre a quantidade atual de tabaco consumido.

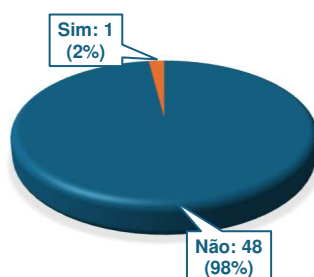


Gráfico 26 - Consumo atual de tabaco: Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?

5. Grau de dependência (opcional).

Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?

A mesma grávida que afirmou ser fumadora, selecionou a resposta “Sem hora habitual/hora variável” nesta questão.

7. Consumo de tabaco pré-concepcional.

Nos últimos 3 meses antes de engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava num dia normal? (um maço tem 20 cigarros). Das opções seguintes, assinale a que mais se aproxima do seu consumo.

Em relação a esta questão, a maioria das grávidas (79,6%) afirmaram não ter fumado. 5 (10,2%) especificaram o número de cigarros fumados por dia, valor que se situou entre dois e de dez cigarros, enquanto 3 (6,1%) afirmaram fumar menos de um cigarro/dia. Já duas grávidas (4,1%) não souberam especificar essa quantidade (gráfico 27).

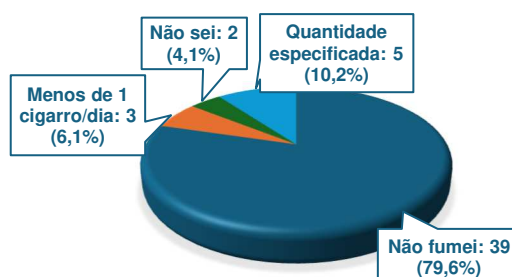


Gráfico 27 - Consumo de tabaco pré-concepcional: Nos últimos 3 meses antes de engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava num dia normal?

Smoke-Free Families – Estadiamento da cessação tabágica na gravidez

O conjunto de questões relativas ao estadiamento da cessação tabágica na gravidez, foram dirigidas a todas as grávidas que referiram ter fumado em algum dos itens anteriores (10 grávidas).

10. Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?

11. Se respondeu sim, está a pensar seriamente, deixar completamente de fumar, durante a gravidez?

Uma das grávidas (10%), referiu que tinha fumado nos últimos sete dias (gráfico 28) e quando questionada sobre se estava a pensar deixar de fumar durante a gravidez, respondeu que não.

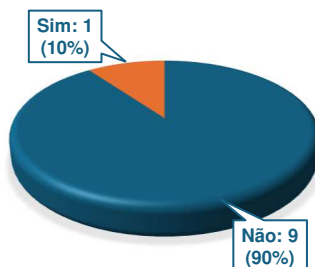


Gráfico 28 - Estadiamento da cessação tabágica na gravidez: Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?

13. Momento em que deixou de fumar (opcional).

Das 9 grávidas que tinham afirmado não ter fumado nos últimos sete dias (item 10), 8 especificaram as datas em que cessaram os consumos. Uma delas afirmou ter deixado de fumar em 07/06/2010, aquando da primeira gravidez, enquanto 6 especificaram as datas, que variaram entre 30/10/2022 e 31/12/2023. Já outra grávida referiu não se recordar da data.

14. Recaída (opcional).

Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, desde que deixou de fumar?

Das 9 grávidas que tinham afirmado ter deixado de fumar, 2 (22,2%) admitiram ter tido uma recaída (gráfico 29).

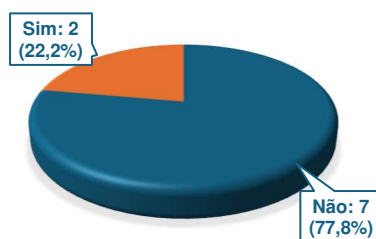


Gráfico 29 - Recaída: Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, desde que deixou de fumar?

Smoke-Free Families – Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto

O conjunto de questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto foram dirigidas às 33 puérperas que participaram no estudo.

3. Consumo atual de tabaco.

Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?

Das 33 puérperas inquiridas, 5 (15,2%) afirmaram que tinham fumado nos últimos sete dias, um acréscimo comparativamente às grávidas (gráfico 30).

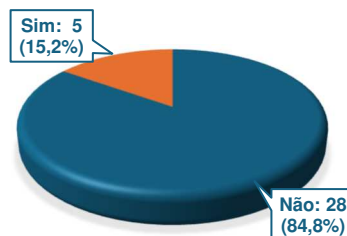


Gráfico 30 - Vigilância pós-natal: Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?

4. Quantidade atual de tabaco consumido (opcional).

Nos últimos 7 dias, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros). Das opções seguintes, assinale a que mais se aproxima do seu consumo.

Das 5 puérperas que tinham afirmado ter fumado nos últimos sete dias, 2 (6,1%) referiram fumar menos de um cigarro/dia, enquanto 3 (9,1%) especificaram a quantidade consumida, a qual variava entre dois e vinte cigarros (gráfico 31).

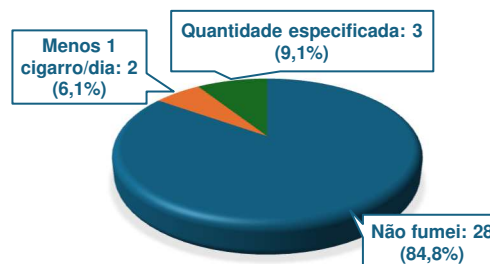


Gráfico 31 - Vigilância pós-natal: Quantidade atual de tabaco consumido.

8. Consumo atual de tabaco.

Fumava cigarros durante os 12 meses antes do parto?

Das 33 puérperas inquiridas, 8 (24,2%) referiram que tinham fumado durante os 12 meses que antecederam o parto (gráfico 32).

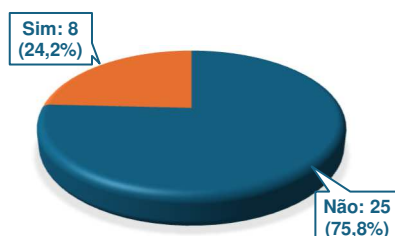


Gráfico 32 - Rastreo pós-parto: Fumava cigarros durante os 12 meses antes do parto?

9. Consumo de tabaco durante a gravidez.

Nos 3 meses após engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava num dia normal? (um maço tem 20 cigarros). Das opções seguintes, assinale a que mais se aproxima do seu consumo.

Das 8 puérperas que tinham afirmado ter fumado nos 12 meses que antecederam o parto, 5 (62,5%) referiram que tinham fumado no primeiro trimestre da gravidez. Destas, 2 (25%) afirmaram fumar menos de um cigarro/dia e 3 (37,5%) especificaram a quantidade fumada, a qual variava entre três e dez cigarros (gráfico33).

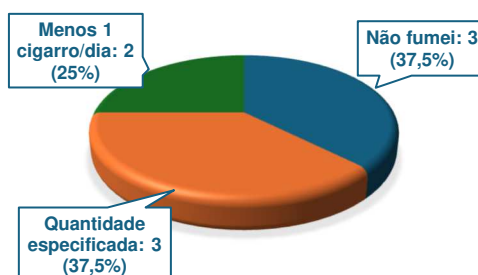


Gráfico 33 - Consumo de tabaco durante a gravidez: Nos 3 meses após engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava num dia normal?

15. Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez (opcional).

A. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, ANTES de saber que estava grávida?

As 5 puérperas identificadas como fumadoras atuais foram questionadas quanto ao número de vezes em que tinham deixado de fumar, por mais de 24h, antes de terem sabido que estavam grávidas. 2 (40%) afirmaram que nunca o tinham feito, enquanto outras 2 responderam que não sabiam. Apenas 1 das puérperas (20%) especificou ter tentado deixar de fumar por duas vezes (gráfico34).

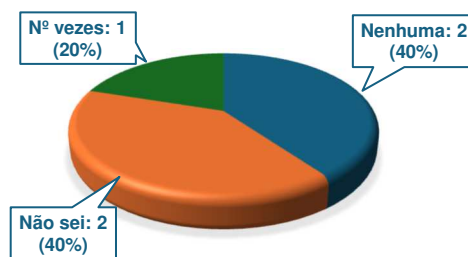


Gráfico 34 - Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez: Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24 horas, ANTES de saber que estava grávida?

15. Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez (opcional).

B. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, DEPOIS de saber que estava grávida?

No que se refere ao número de vezes em que tinham tentado deixar de fumar, por mais de 24 horas, depois de saberem da gravidez, 3 dessas 5 puérperas (60%) afirmaram desconhecer o número de vezes, enquanto 2 (40%) especificaram esse número, nomeadamente duas e cinco vezes (gráfico35).



Gráfico 35 - Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez: Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24 horas, DEPOIS de saber que estava grávida?

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Vários estudos têm vindo a identificar e a estabelecer uma relação causal entre um conjunto de fatores/determinantes e os padrões de consumo de tabaco ao longo do ciclo gravídico-puerperal, nomeadamente fatores sociodemográficos (idade, estado civil, nível de escolaridade/literacia, coabitação com fumadores, entre outros), fatores ambientais (grau de exposição ao fumo ambiental – consumo passivo), fatores contextuais à própria gravidez (vigilância da gravidez, primiparidade versus multiparidade, idade gestacional, entre outros) ou, ainda, fatores de ordem individual e cultural (André et al, 2015; Coutinho et al, 2018; Gould et al, 2020). Nesse sentido, as questões de caracterização da amostra visavam obter um conjunto de informações pertinentes e necessárias para a análise e para a interpretação das respostas obtidas com a aplicação do instrumento SFF, adaptado à realidade portuguesa.

Quanto ao fator idade, a amostra estudada era composta por mulheres entre os 20 e os 42 anos, a maioria das quais tinham idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos (57 = 69,51%), sendo que a média de idades se situava nos 31,35 anos, valor semelhante ao descrito nas estatísticas demográficas nacionais. Segundo dados do INE (2023), em Portugal as mulheres são mães em idades tendencialmente mais tardias, situando-se a idade materna média ao nascimento do primeiro filho nos 30,3 anos de idade, e a idade materna média ao nascimento de um filho, em geral, nos 31,7 anos de idade (dados referentes ao ano de 2022). Por outro lado, no contexto deste estudo, importa destacar que do conjunto das 82 mulheres inquiridas, 7 (8,54%) tinham menos de 25 anos, enquanto 6 (7,32%) tinham 40 ou mais anos, uma vez que os vários estudos analisados mostraram que ser mãe em idades mais jovens ou mais avançadas é, ao mesmo tempo, fator preditor de consumo de tabaco durante a gestação e barreira à cessação desse mesmo consumo (André et al, 2015; Gould et al, 2020).

No que respeita ao nível de escolaridade, a maioria das mulheres inquiridas (61%) possuía formação académica superior, e apenas 3 mulheres (3,7%) possuíam o 3º ciclo. O nível de habilitações literárias surge, na literatura, associado aos padrões de consumo/cessação de tabaco na gravidez. Um elevado nível de escolaridade parece favorecer a cessação de consumos na gravidez (Goul et al, 2020). Da análise efetuada por André et al (2015), o consumo de tabaco durante a gravidez é, tendencialmente, mais frequente quando associado às variáveis sociodemográficas: baixo nível de escolaridade e/ou elevados níveis de escolaridade. Também num estudo realizado por Alves et al (2013), verificou-se que as mulheres grávidas com mais de 12 anos de escolaridade, apresentaram uma probabilidade de parar de fumar cerca de 40% superior à observada nas mulheres grávidas com menos de 10 anos de escolaridade. Já um

estudo realizado por Madureira et al (2022), revelou uma maior prevalência de consumo de tabaco na população com menores níveis de formação (menos de 13 anos de escolaridade).

Quanto ao estado civil e à composição do agregado familiar, a maioria das mulheres eram casadas (47,6%) ou viviam em união de facto (25,6%), em agregados familiares compostos, por duas ou mais pessoas (97,5%). Apenas 2 mulheres (2,5%) afirmaram viver sozinhas. A literatura revela que ser casada ou ter um parceiro, favorece a cessação tabágica na gravidez (Coutinho et al, 2018; Gould et al, 2020), enquanto o estado civil “solteira” surge associado a uma maior probabilidade de consumo de tabaco, durante a gestação (André et al, 2015).

Os dados referentes à exposição passiva ao fumo ambiental, revelaram que mais de um terço das mulheres (37,79%) coabitava com pessoas fumadoras, embora a esmagadora maioria (96%) tivesse afirmado que não permitiam que se fumasse dentro de casa. Porém, 25 mulheres (30,5%) admitiram frequentar áreas para fumadores, ficando, desse modo, expostas aos efeitos nocivos do consumo passivo de tabaco. André et al (2015) e Gould et al (2020), identificaram como fator preditor do consumo / dificultador da cessação tabágica, a coabitação com parceiros e outros elementos do agregado familiar fumadores. Ao mesmo tempo, outros estudos demonstraram que mulheres que deixam de fumar durante a gravidez, apresentam um maior número de recaídas, após o parto, quando coabitam com parceiros fumadores (André et al, 2015). Por outro lado, a par do consumo ativo de tabaco, a exposição passiva ao fumo ambiental revela-se igualmente nociva para saúde, uma vez que não existe um limiar de exposição seguro (OMS, 2022a) e que as grávidas e as crianças são particularmente vulneráveis a esses riscos (Gould et al, 2020). Como tal, os dados referentes à exposição passiva ao fumo do tabaco, aqui descritos, revelam-se preocupantes, superando, até, os níveis estimados de exposição da população portuguesa, em geral (12,8%) (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016). A Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS, consagra como um direito básico a proteção à exposição ao fumo ambiental durante a gravidez, defendendo que toda a mulher grávida tem direito a um ambiente livre de fumo, tanto em sua casa, como no seu local de trabalho e em qualquer local público (OMS, 2003).

Pela análise dos dados referentes às questões da literacia sobre o tabagismo, verificou-se que a esmagadora maioria das mulheres afirmou possuir conhecimentos sobre os efeitos que o tabaco tem na sua saúde (100%) e na saúde do feto/bebé (95,1%). De acordo com a literatura, um baixo nível de literacia encontra-se associado a uma maior probabilidade de consumo de tabaco e de exposição passiva ao fumo durante a gravidez, bem como a uma menor probabilidade de sucesso na cessação

tabágica (Nunes & Narigão, 2015). A Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS, defende que todas as mulheres grávidas têm o direito a serem devidamente informadas sobre os riscos e os efeitos nocivos do consumo de tabaco (passivo e ativo) para a sua saúde e para a saúde do feto/bebé (OMS, 2003). Quanto às questões relacionadas com a perceção sobre a aceitação social do consumo de tabaco, ao longo do ciclo gravídico-puerperal, constatou-se haver a perceção de uma menor tolerância quando os consumos ocorrem durante a gravidez, com 50 mulheres (61%) a considerarem que uma grávida fumadora pode ser alvo de discriminação, comparativamente ao período pós-natal, em que a maioria (58,5%) considerou que uma mulher não é discriminada por ser fumadora, após a gestação. Verificou-se a mesma tendência, quando questionadas diretamente sobre se achavam aceitável fumar durante a gravidez (78% consideraram que não), comparativamente a fumar após o parto (56,1% consideraram que não). Ainda assim, estes dados mostram uma percentagem significativa de tolerância perante o consumo de tabaco, durante e após a gravidez, apesar de quase todas as mulheres terem afirmado possuir conhecimentos sobre os efeitos nocivos do tabaco, para a sua saúde e para a saúde do feto/bebé, o que demonstra a natureza multifatorial complexa do tabagismo, identificada na literatura.

No que se refere aos dados relativos à consulta pré-concepcional, pouco mais de metade das mulheres (53,7%) optaram pela realização desta consulta antes de decidirem engravidar. “A filosofia dos cuidados pré-concepcionais consubstancia-se num processo integrado e contínuo de cuidados antecipatórios em saúde reprodutiva” (DGS, 2015, p.24), contribuindo para que as mulheres em idade fértil possam fazer escolhas esclarecidas acerca do seu futuro reprodutivo. Entre outros objetivos, a consulta pré-concepcional visa contribuir “para o sucesso da gravidez através da identificação precoce de fatores de risco modificáveis e promoção da sua correção” (DGS, 2015, p.25), e de que é exemplo o consumo de tabaco. Comprovado que está o impacto positivo que os cuidados pré-concepcionais têm na saúde das mulheres e dos seus futuros filhos, e mesmo estando preconizado o direito de acesso aos mesmos no nosso país, os dados nacionais disponíveis revelam que o número de mulheres que realizam este tipo de consulta antes da gravidez fica aquém do desejável (Brando et al, 2011, cit. DGS, 2015). Por outro lado, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) elenca o conjunto de intervenções inerentes aos cuidados pré-concepcionais, entre elas a avaliação do consumo de substâncias como o tabaco, junto da mulher que pretende engravidar (DGS, 2015). Idealmente, a avaliação sobre os hábitos tabágicos, sobre o risco de exposição ao fumo ambiental e o aconselhamento para a cessação tabágica devem fazer parte dos cuidados pré-concepcionais, o que nem sempre acontece (Nunes & Narigão, 2015). De facto, das 44 mulheres que realizaram consulta pré-

concecional, 17 (38,6%) afirmaram que o tema do tabagismo não foi abordado nessa consulta.

Quanto à vigilância pré-natal, todas as mulheres inquiridas afirmaram realizar consultas de seguimento da gravidez. Em Portugal, a esmagadora maioria das mulheres grávidas recebe assistência e vigilância de saúde, o que permite a identificação atempada de fatores de risco, como o consumo de tabaco, e uma sensibilização oportuna da mulher/casal para uma gravidez sem tabaco e para a prevenção de complicações (Coutinho et al, 2018). A este respeito, Nunes & Narigão (2015, p.28) afirmam que, associada a uma maior disponibilidade e motivação da mulher grávida para a mudança de comportamentos que garantam a sua saúde e a saúde do seu filho, “a frequência de contactos, a regularidade dos mesmos e a proximidade afetiva que se estabelece entre os profissionais de saúde e a mulher, ou os casais, ao longo do período da gravidez, constituem fatores favoráveis para aumentar essa motivação, que devem ser aproveitados no sentido da promoção da literacia e da capacitação para escolhas mais saudáveis, em particular no domínio da cessação tabágica”. No entanto, à semelhança dos dados obtidos quanto à abordagem do tema do tabagismo durante as consultas pré-concepcionais, verificou-se que um número significativo de mulheres (30,5%) afirmaram que este tema não foi abordado nas consultas pré-natais (embora numa percentagem menor). Gould et al (2020), identificaram os fatores e as barreiras relacionados com os prestadores de cuidados, como preditores cruciais para a cessação do consumo de tabaco durante a gravidez. A assistência deficitária no apoio à grávida fumadora, por parte dos profissionais de saúde, como consequência da falta de conhecimentos/formação, de experiência, de tempo e de recursos, contribuem para a prevalência dos hábitos de consumo. Já uma intervenção estruturada e um apoio continuado, por parte de um prestador experiente e confiante das suas capacidades, poderá influenciar positivamente a grávida a deixar de fumar.

Dada a pertinência da caracterização obstétrica da amostra, para a interpretação dos dados obtidos, recorreu-se ao registo do índice obstétrico para esse efeito, bem como à identificação da etapa do ciclo gravídico-puerperal em que cada mulher se encontrava, à data do questionário. A amostra era composta por 33 puérperas (40,2%) e 49 grávidas (59,8%), sendo que a esmagadora maioria (91,84%) se encontrava no terceiro trimestre de gestação. Pela análise dos dados fornecidos pelo índice obstétrico verificou-se que, no seu conjunto, as 82 mulheres inquiridas tinham tido um total de 61 partos de termo, 8 partos pré-termo, 24 abortos / gravidezes ectópicas e 63 filhos vivos. O número total de partos (termo e pré-termo = 69), superou o número total de filhos vivos (63). Tal facto, poderá advir de acontecimentos como a morte perinatal e/ou infantil, mas também ser consequência do enviesamento de dados, atendendo ao conjunto de

respostas excluídas, por terem sido consideradas inválidas. Importa, também, ressaltar que na questão “nº de partos de termo” uma das mulheres referiu ter tido dez partos, o que poderá ser uma resposta enviesada, atendendo a que na questão “nº de filhos vivos”, nenhuma mulher referiu ter tido mais de dois filhos. Ainda assim, perante a possibilidade de que tal facto possa corresponder à realidade, essa resposta foi considerada. Da caracterização obstétrica da amostra importa, ainda, referir que 34 das mulheres inquiridas (41,5%) nunca tinham sido mães e que nenhuma delas tinha mais de dois filhos. Em média, e ressaltando as respostas excluídas, o número de filhos por mulher nesta amostra era de 0,77, valor que se situa abaixo da média nacional, atendendo a que o índice sintético de fecundidade (número médio de filhos vivos por mulher em idade fértil – dos 15 aos 49 anos de idade) registado em Portugal, no ano de 2022, foi de 1,43 (INE, 2023). Tais dados revelam-se fundamentais no contexto do presente estudo, uma vez que a paridade surge na literatura como um fator contextual à gravidez, preditor dos padrões de consumo de tabaco na mulher grávida (Coutinho et al, 2018). A este respeito, Gould et al (2020), identificaram que a multiparidade surge associada a uma maior probabilidade de consumo de tabaco na gravidez, enquanto a primiparidade parece favorecer a cessação desse consumo.

No que respeita aos cuidados de vigilância pós-natal, verificou-se que nem todas as mulheres realizaram, ou tinham agendada consulta de revisão do puerpério. Das 33 puérperas que responderam ao questionário, apenas 24 (72,7%) realizaram, ou tinham agendada essa consulta, o que fica aquém do desejável. Tal como descrito na literatura, o puerpério diz respeito ao período de recuperação física e psicológica da mãe, que se inicia imediatamente após o parto e se prolonga por 6 semanas (42 dias). Os cuidados de vigilância desenvolvidos nesta etapa são uma componente fundamental da continuidade de cuidados maternos, neonatais e infantis, e são essenciais para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável em saúde reprodutiva (OMS, 2022b). Por outro lado, mais uma vez se verificou que o tema do tabagismo nem sempre é incluído nos cuidados de promoção da saúde, inerentes a estas atividades. Das 24 puérperas inquiridas, 19 (79,2%) afirmaram que este tema não foi abordado, quer na consulta de revisão do puerpério, quer nas atividades de recuperação pós-parto (a maior percentagem verificada, comparativamente aos valores obtidos para as consultas pré-concepcional e pré-natal). A este respeito, Nunes e Narigão (2015, p.22) afirmam que “embora a abordagem sobre o consumo de tabaco deva ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente no período pré-concepcional, a mesma deve ser mantida durante toda a gravidez e no período pós-parto”, com claros benefícios, tanto para a saúde da mulher / casal, como para a saúde dos seus filhos.

O instrumento Smoke-Free Families (Melvin et al, 2000), revela-se uma ferramenta de investigação útil na caracterização dos padrões de consumo de tabaco, ao longo do ciclo gravídico-puerperal. É composto por um conjunto de 15 itens, organizados em:

- Questões recomendadas para o rastreio pré-natal (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7);
- Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto (itens 8 e 9);
- Estadiamento da cessação tabágica na gravidez (itens 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

O objetivo das questões recomendadas para o rastreio pré-natal é o de identificar grávidas fumadoras e caracterizar os seus hábitos de consumo. Pelo conjunto de respostas obtidas, junto das 49 grávidas que responderam às questões do rastreio pré-natal, foi possível enumerar duas apreciações principais: que a prevalência de grávidas que fumavam regularmente, quando o questionário foi aplicado, foi de 2% (apenas uma grávida afirmou ser fumadora regular); que a gravidez condicionou, positivamente, os padrões de consumo de tabaco de, pelo menos, 7 mulheres (14,3%), levando a que as mesmas deixassem de fumar. Quanto à primeira apreciação, importa referir que os itens 1, 2 e 3 do instrumento SFF permitem classificar as grávidas em “fumadoras” (caso selecionem as opções A, B ou C do item 1 e respondam “sim” no item 3) ou “não fumadoras” (caso selecionem as opções D, E, F do item 1 e respondam “não” no item 2) (Melvin et al, 2000), critérios que apenas uma das grávidas preenchia, para ser classificada como fumadora. Uma prevalência de 2% revela-se um valor substancialmente inferior ao encontrado em diversas pesquisas, sobre a prevalência do consumo de tabaco durante a gestação. De facto, num estudo realizado por Alves et al (2013), envolvendo 5420 grávidas, a prevalência de fumadoras foi de 22,9%. Mais recentemente, noutro estudo realizado por Madureira et al (2022), envolvendo 595 grávidas, a prevalência de consumo de tabaco situou-se em 27,9% antes da gravidez e em 12,9% ao nascimento. A nível europeu, a prevalência de grávidas fumadoras foi estimada em 8,1% (Lange et al, 2018). A baixa prevalência de grávidas fumadoras que se verificou no presente estudo, poderá ter relação com algumas características particulares da amostra, nomeadamente o elevado nível de habilitações literárias ou a baixa paridade, bem como o facto de a maioria destas mulheres pertencer a uma faixa etária situada entre os 25 e os 34 anos, ser casada ou viver em união de facto, não coabitar com fumadores ou expor-se à inalação passiva do fumo do tabaco, afirmar possuir um elevado nível de literacia sobre o tabagismo e realizar consultas de vigilância da gravidez, fatores que influenciam positivamente os padrões de consumo / cessação dos hábitos tabágicos, conforme já descrito anteriormente. Como tal, teria sido interessante poder aceder à caracterização particular da grávida que manteve o consumo regular de tabaco durante a gestação e que afirmou não estar a pensar deixar de fumar,

no sentido de uma comparação com o descrito na literatura. Quanto à segunda consideração, e de acordo com as respostas obtidas no item 1 do instrumento SFF, 7 mulheres (14,3%) afirmaram que tinham deixado de fumar depois de saberem que estavam grávidas; 5 mulheres (10,2%) afirmaram que tinham cessado os consumos antes da gravidez (decisão que poderá ter estado relacionada ou não com a expectativa de engravidar); 1 mulher (2%) apesar de fumadora, afirmou ter reduzido a quantidade de tabaco consumida diariamente, desde o momento em que tinha engravidado. Adicionalmente foram identificadas 10 mulheres fumadoras (20,41%), na questão dirigida ao período pré-concepcional (item 7 do instrumento SFF - que procura caracterizar os padrões de consumo de tabaco, nos três meses anteriores à concepção, e comparar com o momento atual), das quais, apenas uma mantinha consumos regulares, quando o questionário foi aplicado. A influência que a gravidez exerce sobre os padrões de consumo de tabaco encontra-se documentada na literatura. No estudo realizado por Alves et al (2013), verificou-se que 47,4% das mulheres tinham deixado de fumar durante a gravidez e que 41,7% tinham reduzido o consumo. Noutro estudo, realizado por Madureira et al (2022), 46,4% das grávidas tinham cessado o consumo de tabaco durante a gestação. A gravidez surge, assim, como “um período no ciclo de vida da mulher, de maior disponibilidade para a mudança de comportamentos relacionados com a saúde” (MCBride, 2003, cit. Nunes & Narigão, 2015, p.12).

O item 4 “quantidade atual de tabaco consumido” e o item 5 “grau de dependência” do instrumento SFF, devem ser aplicados às grávidas fumadoras, e procuram avaliar o seu nível de dependência, com base na quantidade de cigarros fumados durante um dia normal e no momento em que é fumado o primeiro cigarro do dia. A quantificação do consumo de tabaco / grau de dependência constitui um dado relevante em investigações relativas à caracterização dos padrões de consumo / cessação de hábitos tabágicos, na medida em que existe evidência de que a dependência à nicotina constitui uma barreira à cessação tabágica (Gould et al, 2020). A este respeito, Alves et al (2013), verificaram que, na amostra estudada, as grávidas que fumavam dez ou mais cigarros por dia, nos três meses anteriores à gravidez, apresentavam uma probabilidade de parar de fumar aproximadamente 50% inferior às restantes grávidas fumadoras. Nos itens anteriormente referidos (4 e 5) a grávida identificada como fumadora atual, referiu fumar cerca de sete cigarros/dia e selecionou a resposta “sem hora habitual / hora variável”, quando questionada sobre o tempo que levava a fumar o primeiro cigarro, depois de acordar. Por si só, estes dados não permitiram aferir o grau de dependência desta grávida. Para tal, teria sido necessário submetê-la a testes como a medição dos níveis de cotinina urinária ou salivar, ou da quantidade de monóxido de carbono expirado (item 6 do instrumento SFF), o que não

se enquadrava no âmbito do presente estudo. A este respeito, Nunes & Narigão (2015) afirmam que, no contexto da vigilância da gravidez, o consumo de tabaco autorreportado nem sempre é fidedigno, sendo aconselhável recorrer a este tipo de testes, de modo a evitar o enviesamento de dados.

Os itens 10, 11 e 12 enquadram-se na terceira componente do instrumento SFF (estadiamento da cessação tabágica) e permitem classificar as mulheres, quanto à sua intenção em deixar de fumar, em um de quatro estádios: pré-contemplanção, contemplanção, preparação ou ação. A este conjunto de questões responderam 10 grávidas, identificadas como fumadoras, antes ou durante a gravidez. Uma vez mais, apenas uma das grávidas (10%) confirmou ter fumado nos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário, afirmando que não estava a pensar deixar de fumar durante a gravidez. Atendendo ao descrito, pode inferir-se que 9 das 10 grávidas que responderam a este conjunto de questões, encontravam-se no estádio “ação” (não se encontravam a fumar), enquanto a grávida fumadora, não se enquadrava em nenhum dos quatro estádios, uma vez que tencionava manter os consumos. Estas 10 mulheres foram, ainda, questionadas sobre se tinham fumado um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, desde que tinham cessado os consumos. Das 9 grávidas que tinham deixado de fumar, 2 (22,2%) assumiram ter tido uma recaída (item 14 do instrumento SFF). A possibilidade de recaída surge na literatura como relativamente frequente. De facto, no estudo de Alves et al (2013), 32,1% das grávidas que tinham parado de fumar durante a gravidez, recaíram após o parto; enquanto 33,8% das grávidas que tinham reduzido a quantidade de tabaco fumada durante a gestação, retomaram os níveis de consumo anteriores à gravidez.

O objetivo das questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto, é a identificação de mulheres fumadoras neste período e a caracterização dos seus padrões de consumo, antes e durante a gravidez (itens 8 e 9 do instrumento SFF). É recomendado que estas mulheres também respondam aos itens 3, 4, e 5 do rastreio pré-natal. As mulheres são classificadas como “fumadoras”, se afirmarem ter fumado um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos sete dias anteriores a esta avaliação (item 3). A verificação através de doseamentos bioquímicos (item 6) é, também, recomendada no rastreio pós-parto (Melvin et al, 2000). O conjunto de questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto foi dirigido às 33 puérperas que participaram no estudo. O conjunto de respostas ao item 3 do instrumento SFF, permitiu classificar 5 (15,2%) das 33 puérperas como fumadoras atuais. Da análise às respostas obtidas no item 8, verificou-se uma prevalência do consumo de tabaco de 24,2% (8 puérperas), nos doze meses que antecederam o parto de cada uma destas mulheres, valor ligeiramente superior ao da prevalência registada entre mulheres, da população em

geral, no nosso país, em 2022 (23,4%) (Balsa et al, 2023). Já o conjunto de respostas ao item 9, permitiu estabelecer uma prevalência de consumo de tabaco de 15,2% no primeiro trimestre de gestação de cada uma destas mulheres, a mesma prevalência verificada no período pós-parto. Quanto à quantidade de tabaco consumido, no item 4 (referente ao período pós-parto) a quantidade reportada variou entre menos de um cigarro/dia e vinte cigarros, enquanto no item 9 (referente ao primeiro trimestre de gestação) a quantidade reportada variou entre menos de um cigarro/dia e dez cigarros. Esta diferença na quantidade de tabaco consumido entre a gravidez e o período pós-parto, está em linha com o descrito na literatura, conforme já enunciado. Por outro lado, também foi possível observar um acréscimo na prevalência do consumo de tabaco entre as puérperas (15,2% fumavam à data da realização do questionário), comparativamente ao grupo das grávidas (2% de prevalência), o que também está de acordo com o descrito na literatura. Também atendendo ao conjunto de respostas obtidas nos itens 3, 8 e 9, observou-se que 8 mulheres afirmaram ser fumadoras nos 12 meses que antecederam o seu parto, e que tanto na fase correspondente ao primeiro trimestre da gestação, como no período pós-parto, apenas 5 dessas 8 mulheres afirmaram manter consumos. Tal poderá significar que 3 dessas 8 mulheres terão deixado de fumar, provavelmente em função da gravidez. Confirmando-se essa hipótese, fica uma vez mais patente a influência da gravidez sobre os padrões de consumo de tabaco. Por fim, o conjunto de 5 puérperas identificadas como fumadoras atuais, foram inquiridas quanto ao número de tentativas para deixar de fumar, por mais de 24h, antes e após saberem da gravidez (item 15 do instrumento SFF, que possibilita uma avaliação sobre os padrões de cessação tabágica e sobre a capacidade efetiva das mulheres para deixarem de fumar, relacionando estes aspetos com o fator gravidez). A este respeito, verificou-se que a maioria destas mulheres tentou deixar de fumar, antes e após saberem da gravidez, embora nem sempre sabendo especificar o número de vezes. Das mulheres que especificaram, uma (20%) afirmou ter tentado deixar de fumar, por duas vezes, antes de saber que estava grávida, enquanto duas (40%) afirmaram ter tentado deixar de fumar, após saberem da gravidez, duas e cinco vezes. Constatou-se, ainda, que duas das puérperas nunca tinham tentado deixar de fumar antes de terem conhecimento da gravidez, e que após esse conhecimento o tentaram fazer, porém sem sucesso. Tal como já referenciado anteriormente, num contexto de gravidez, o consumo de tabaco tende a cessar ou, pelo menos, a diminuir, porém o período pós-parto revela-se crítico, no que diz respeito à possibilidade de recaída. Não descurando a dificuldade em deixar de fumar, consequência da componente altamente aditiva e viciante do tabaco, o insucesso da cessação tabágica, verificado nas 5 puérperas fumadoras deve, também, ser analisado em função dos dados obtidos na caracterização da amostra em estudo.

Entre outros fatores, o facto de uma percentagem significativa da amostra não ter realizado uma consulta pré-concepcional (46,3%) nem ter cumprido uma adequada vigilância pós-parto (27,3%), assim como o facto de as questões relacionadas com o consumo de tabaco não terem sido abordadas em muitas destas consultas (incluindo as de vigilância pré-natal), podem ter contribuído para este insucesso. Tal como afirmam Hughes et al (2004, cit. Nunes & Narigão, 2015, p.12) “o papel dos profissionais de saúde no apoio à cessação tabágica é de extrema importância, dado que a maioria das pessoas fumadoras que tentam parar de fumar sem apoio acaba por recair nas primeiras semanas após a tentativa”. “O aconselhamento por parte dos profissionais de saúde pode aumentar a motivação para parar e o sucesso da cessação, de modo significativo, repercutindo-se favoravelmente em termos de ganhos em saúde individuais e coletivos (Nunes & Narigão, 2015, p.12). Em termos de ganhos coletivos, importa destacar que o exemplo de fumar dos pais influencia o comportamento de fumar dos seus filhos, pelo que, num contexto de parentalidade, o sucesso da cessação tabágica contribui para reduzir a exposição das crianças a esse comportamento, diminuindo a probabilidade de elas mesmas fumarem no futuro (DGS, 2019b).

4 – CONCLUSÕES (ESTUDO II)

O presente estudo foi desenvolvido no sentido de complementar e de consolidar os resultados obtidos no Estudo I, e permitiu aferir, na prática, a validade da versão portuguesa do instrumento SFF. Os dados obtidos pela aplicação do referido instrumento, permitiram, regra geral, caracterizar os padrões de consumo / cessação de hábitos tabágicos na amostra estudada, embora com algumas limitações, decorrentes da não aplicação integral do instrumento SFF, nomeadamente no que respeita ao item 6 (doseamentos bioquímicos), cujos dados permitiriam atestar a veracidade das respostas obtidas. Outro aspeto que importa ressaltar é a importância das questões de caracterização da amostra, na interpretação dos dados obtidos pela aplicação do instrumento SFF, as quais devem centrar-se e reportar um conjunto de características, identificadas na literatura como preditoras / condicionantes dos padrões de consumo / cessação de hábitos tabágicos, ao longo do ciclo gravídico-puerperal. A este respeito, importa referir que a caracterização da amostra em estudo, poderia ter englobado um leque mais extensivo de variáveis que, à partida, teriam influência sobre os hábitos tabágicos destas mulheres, como o nível socioeconómico das participantes, consumo de outras substâncias como o álcool, presença de distúrbios depressivos ou de ansiedade, acesso aos cuidados de saúde, existência de relações abusivas / violência doméstica, entre outras... Tal deverá ser tido em conta nas fases posteriores do projeto Mum2You.

Não obstante às considerações anteriores, os dados obtidos permitiram perceber que a gravidez condicionou positivamente os padrões de consumo / cessação dos hábitos tabágicos de algumas destas mulheres, fato que vai ao encontro da concetualização da gravidez enquanto contexto promotor de saúde, preconizada na literatura. A prevalência do consumo de tabaco verificada entre as grávidas era significativamente inferior ao reportado noutros estudos analisados. Quanto ao grupo das puérperas, os dados obtidos revelaram um aumento da prevalência do consumo de tabaco, face ao grupo das grávidas, revelando uma tendência de retorno aos consumos no período pós-parto, que também encontra sustentação na literatura. Por outro lado, os dados obtidos evidenciaram, também, que no conjunto total da amostra havia um menor grau de aceitação pessoal, além da perceção de uma menor tolerância social, face ao consumo de tabaco durante a gestação, comparativamente ao período pós-parto. Ainda assim, os mesmos dados mostraram um grau de aceitação expressivo face ao consumo de tabaco, sobretudo fora do contexto da gravidez, entre as inquiridas. Por fim, os dados obtidos mostraram que um número significativo destas mulheres não procuraram realizar uma consulta pré-concepcional ao decidirem engravidar, assim como

nem todas efetuaram uma consulta de vigilância pós-parto. Os dados relativos a estas consultas, bem como às consultas de vigilância pré-natal, revelam um desinvestimento aparente na promoção da cessação tabágica, sobretudo no período pós-parto, onde se registam um maior número de recaídas nos consumos. Sendo a gravidez um contexto privilegiado de promoção da saúde, com possibilidades de intervenção que ultrapassam os ganhos associados ao seu desfecho (DGS, 2015), importa questionar se este potencial está a ser devidamente aproveitado, no combate ao tabagismo. Sugere-se pesquisa futura acerca desta temática, podendo a versão portuguesa do instrumento SFF ser mobilizada, enquanto ferramenta de investigação útil neste âmbito. O projeto Mum2You dará, certamente, o seu contributo.

5 – CONCLUSÕES FINAIS

Os dados epidemiológicos referentes ao tabagismo, revelam que o consumo de tabaco continua a constituir um grave problema de saúde pública, quer à escala nacional, quer à escala mundial, o que impõe a que se desenvolvam novos paradigmas de investigação e de intervenção neste domínio, particularmente junto de grupos populacionais mais vulneráveis aos riscos do tabagismo, como são as grávidas e as crianças. No contexto nacional, verificou-se uma escassez de meios e de instrumentos concretos para a consecução desse propósito, que a versão portuguesa do instrumento SFF poderá ajudar a colmatar. Esta versão foi testada e revelou-se uma ferramenta útil de investigação, permitindo avaliar o status da grávida/puérpera, relativamente ao consumo de tabaco, no conjunto da amostra estudada. Este instrumento fica, assim, disponível para a concretização do projeto Mum2You, bem como para outras pesquisas que venham a ser realizadas no nosso país, relacionadas com o consumo de tabaco ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Face ao exposto, consideram-se cumpridos os objetivos deste trabalho e poder-se-á dar início à fase 2 do projeto Mum2You.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves E, Azevedo A, Correia S, Barros H. Long-term maintenance of smoking cessation in pregnancy: an analysis of the birth cohort generation XXI. *Nicotine Tob Res.* 2013 Sep;15(9):1598-607. doi: 10.1093/ntr/ntt026. Epub 2013 Mar 18. PMID: 23509090. Acedido em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23509090/>

Amendoeira et al. (2022). Saúde Individual e Comunitária - A Saúde no centro da transdisciplinaridade para a promoção da Qualidade de Vida. Centro de Investigação em Qualidade de Vida. Acedido em:
<https://www.cieqv.pt/wp-content/uploads/2022/07/saude-individual-e-comunitaria.pdf>

André, M., Cândido, A., Santiago, C., Cruz, O., Carreira, T. & Amendoeira, J. (2015). Consumo de tabaco na mulher grávida: Revisão sistemática da literatura, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 2), 113-118. Acedido em:
https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1917/1/PPT%20Viseu%20RSL_TA_BACO_GRAVIDAS%20%281%29.pdf

Australian Government. Department of Health (2020). Smoking and tobacco. Página web. Acedido a 12 de fevereiro em:
<https://www.health.gov.au/health-topics/smoking-and-tobacco>

Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. (2023). V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022. Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa (CICS.NOVA - NOVA FCSH). Acedido em:
https://www.sicad.pt/BK/Documents/2023/CICSNOVA_INPG_2023.pdf

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2000) Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine.* 25(24), 3186- 3191.

Bentley, M., Peerenboom, C. A., Hodge, F. W., Passano, E. B., Warren, H. C., & Washburn, M. F. (1929). Instructions in regard to preparation of manuscript. *Psychological Bulletin*, 26(2), 57–63. Acedido em:
<https://doi.org/10.1037/h0071487>

Centro de Investigação em Qualidade de Vida. (2023). Página web. Acedido a 2 de junho em:

<https://www.cieqv.pt>

Coutinho, E., Pereira, C., Nelas, P., Chaves, C., Amaral, O. & Cruz, C. (2018). Determinantes do consumo de tabaco durante a gravidez e vigilância de gravidez. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Vol. 3, 1, 2018. 335-342. Acedido em:

<https://www.redalyc.org/journal/3498/349856428034/349856428034.pdf>

Decreto n.º 25-A/2005 do Ministério dos Negócios Estrangeiros. (2005). *Diário da República: 1º Suplemento, Série I-A, n.º 214, de 8 de novembro, p. 2-35*. Acedido em:

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto/25-a-2005-251019>

Despacho n.º 404/2012 do Ministério da Saúde. (2012). *Diário da República: Série II, n.º 10, de 13 de janeiro, p. 1341-1342*. Acedido em:

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/404-2012-2150516>

Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. Acedido em:

<http://nocs.pt/wpcontent/uploads/2016/01/Programa-Nacional-Vigilancia-Gravidez-Baixo-Risco-2015.pdf>

Direção Geral da Saúde (2019a). *Manual de boas práticas, Literacia em saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. Acedido em:

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2019b). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. Acedido em:

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RelatorioTabaco2019.pdf.pdf>

Deodato, S. Validação e Adaptação de Instrumentos de Medida. In Nené, M. & Sequeira, C. *Investigação em Enfermagem. Teoria e Prática*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda, 2022978-989-752-490-5.

Dixe, M. (2022). Validação e Adaptação de Instrumentos de Medida. In Nené, M. & Sequeira, C. Investigação em Enfermagem. Teoria e Prática. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda, 2022978-989-752-490-5.

GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2021 Jun 19;397(10292):2337-2360. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01169-7. Epub 2021 May 27. Erratum in: Lancet. 2021 Jun 19;397(10292):2336. PMID: 34051883; PMCID: PMC8223261. Acedido em:

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2901169-7>

Gould, S., Havard, A. & Lim, L. PSANZ Smoking in Pregnancy Expert Group; Kumar, R. (2020). Exposure to Tobacco, Environmental Tobacco Smoke and Nicotine in Pregnancy: A Pragmatic Overview of Reviews of Maternal and Child Outcomes, Effectiveness of Interventions and Barriers and Facilitators to Quitting. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020; 17, 2034. Acedido em:

<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/6/2034/html>

Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão. (2023, janeiro, 13). Escala de Controlo de Tabaco de 2021. Página web. Acedido em:

<https://www.gecp.pt/escala-de-controlo-de-tabaco-de-2021/>

Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas demográficas: 2022. Lisboa: INE, 2023. Acedido em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=280978178&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: INSA IP, 2016. Acedido em:

<https://www.insa.min-saude.pt/1o-inquerito-nacional-de-saude-com-exame-fisico-cuidados-preventivos-dos-portugueses-em-2015-relatorio/>

Joossens L, Olefir L, Feliu A, Fernandez E. (2022). The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. Brussels: Smoke Free Partnership, Catalan Institute of Oncology. Acedido em:

<https://www.cancer.eu/tobacco-control-scale/>

Lange, S., Probst, C., Rehm, J., & Popova, S. (2018). National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 6(7), e769–e776. Acedido em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30223-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30223-7)

Lei n.º 37/2007 da Assembleia da República. (2007). *Diário da República: Série I*, n.º 156, de 14 de agosto, p. 5277-5285. Acedido em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/37-2007-636938>

Madureira, J. Silva, A. Camelo, A. Reis, A. Machado, A. Ribeiro, A. Teixeira, J. Costa, C. (2022). Caracterização da exposição ao tabaco durante a gravidez e da sua influência em indicadores de saúde neonatal: projeto NeoGene. *Boletim Epidemiológico Observações*. 2022 janeiro-abril;11(31):10-16. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Acedido em: https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/8038/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N31_janeiro-abril_2022.pdf

Melvin, C. L. & Tucker, P. (2000). Measurement and definition for smoking cessation intervention research: The Smoke-Free Families experience. Smoke-Free Families common evaluation measures for pregnancy and smoking cessation projects working group. *Tobacco Control*, 9 (Suppl 3), iii87–iii90

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Acedido em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Nunes, E. & Narigão, M. (2015). *Cessação Tabágica na Gravidez: Guia para Profissionais de Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: <https://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-Cessa%C3%A7%C3%A3o-Tab%C3%A1gica-Gravidez.pdf>

Organização das Nações Unidas. (2015). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável*. 17 objetivos para transformar o nosso mundo. Acedido em : https://www.instituto-camoes.pt/images/ods_2edicao_web_pages.pdf

Ohio Partners for Smoke-Free Families. (2023). Smoke-Free Families. Página web. Acedido a 5 de junho em: ohiosmokefreefamilies.org

Paulo César da Costa Galvão, Camila Brito de Vasconcelos, Cíntia Raquel Ferreira de Amorim, Ricardo Oliveira da Cunha Lima e Giovanna Fiorentino. “Caracterização dos estudos metodológicos em enfermagem: Revisão Integrativa”, International Journal of Development Research, 12, (03), 54315- 54317

Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Diário da República: Série I, n.º 158, de 16 de agosto, p. 72-126. Acedido em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/93-2023-219991577>

Ribeiro, J. (2010) Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde (3ª edição). Legis Editora.

Small & Linou (2017). The WHO framework convention on tobacco control – an accelerator for sustainable development. Discussion paper. WHO FCTC Secretariat and United Nations Development Programme. New York: UNDP, 2017. 019a. Acedido em: <https://www.undp.org/publications/who-framework-convention-tobacco-control-accelerator-sustainable-development>

Sousa, V. & Rojjanasrirat, W. (2011) Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and userfriendly guideline. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 17. 268-274

Tomey, A. & Alligood, M. (2002) Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª edição). Lusociência.

U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization; 2016. Acedido em: <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21>

Vilelas, J. (2022) Investigação: O processo de construção do conhecimento (3ª edição). Edições Sílabo.

WHO Framework Convention on Tobacco Control & World Health Organization. (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization. Acedido em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42811>

WHO Framework Convention on Tobacco Control DGO & World Health Organization. (2009). History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. ISBN: 9789241563925. Acedido em:
<https://fctc.who.int/publications/i/item/9789241563925>

World Health Organization. (2004). Tobacco and poverty: A vicious circle. World Health Organization. Acedido em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68704/WHO_NMH_TFI_04.01.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2014). Systematic review of the link between tobacco and poverty. World Health Organization. Acedido em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136001/9789241507820_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2021). WHO report on the global tobacco epidemic, 2021: Addressing new and emerging products. World Health Organization. Acedido em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>

World Health Organization. (2022a). Tobacco. Página web. Acedido em:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

World Health Organization. (2022b). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. Acedido em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., AlaviMajd, H., Nikanfar, A. (2015). Design and Implementation Content Validity Study: Development of

an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 165-178. Acedido em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4484991/>

ANEXOS

Anexo I – Instrumento Smoke-Free Families (versão original).

Smoke-Free Families (Melvin e Tucker, 2000)

Melvin, C. L., & Tucker, P. (2000). "Measurement and definition for smoking cessation intervention research: The Smoke-Free Families experience. Smoke-Free Families common evaluation measures for pregnancy and smoking cessation projects working group." *Tobacco Control*, 9 (Suppl 3), iii87–iii90.

Recommended questions for prenatal screening

1. Current smoking status

Which statement best describes you now?

- a. I smoke regularly now—about the same amount as BEFORE I found out I was pregnant.
- b. I smoke regularly now, but more than BEFORE I found out I was pregnant.
- c. I smoke some now, but I have cut down SINCE I got pregnant.
- d. I stopped smoking AFTER I found out I was pregnant, and I am not smoking now.
- e. I stopped smoking BEFORE I found out I was pregnant, and I am not smoking now.
- f. I have NEVER smoked more than 100 cigarettes.

2. Current smoking status

Have you had a cigarette, even a puff, within the last 30 days?

- a. Yes
- b. No

3. Current smoking status

Have you had a cigarette, even a puff, within the last 7 days?

- a. Yes
- b. No

4. Current smoking quantity (optional)

During the past 7 days, how many cigarettes or packs of cigarettes did you smoke on an average day? (A pack has 20 cigarettes)

__cigarettes or __packs

- () Less than 1 cig/day
- () Didn't smoke
- () Don't know

5. Addiction measure (optional)

How soon after you wake up do you usually smoke your first cigarette?

- Immediately
- __minutes (number)
- __Hours (number)
- No usual time/time varies
- Don't know

6. Baseline biochemical measurements (optional)

7. Preconceptional smoking status

In the past 3 months before you got pregnant, how many cigarettes or packs of cigarettes did you smoke on an average day? (A pack has 20 cigarettes)

- __cigarettes or __packs
- () less than 1 cig/day
- () Didn't smoke
- () Don't know

Recommended supplementary questions for postpartum screening

8. Current smoking status

Did you smoke cigarettes at all during the 12 months before your delivery?

- () Yes—Go to next question
- () No

9. Smoking status during pregnancy

In the 3 months after you got pregnant, how many cigarettes or packs of cigarettes did you smoke on an average day? (A pack has 20 cigarettes)

- __cigarettes or __packs
- () Less than 1 cig/day
- () Didn't smoke
- () Don't know

Staging pregnancy quitting

10. Have you smoked any cigarettes in the past 7 days, even a puff?

- () Yes —Go to next question
- () No

11. If yes, are you seriously thinking about quitting completely during this pregnancy?

- () Yes—Go to next question
- () No

12. If yes, are you planning to quit completely in the next 30 days?

Yes

No

13. Timing of quit (optional):

When did you smoke your last cigarette?

____/____/____ (month/day/year)

14. Relapse (optional):

Have you smoked at all, even a puff, since you last quit?

Yes

No

15. Quit attempts before and after pregnancy (optional):

(a) How many times had you quit smoking for more than 24 hours before you found out about this pregnancy?

____ None ____ Times ____ Don't know

(b) How many times have you quit smoking for more than 24 hours since you found out about this pregnancy?

____ None ____ Times ____ Don't know

Anexo II – Parecer do Comité de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (Declaração 022021Saúde).



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM



COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

EMISSÃO DE PARECER 022021Saúde

Identificação do Investigador: Nome completo | **Hélia Maria Silva Dias**

Identificação do Projeto| **CONSUMO DE TABACO NA GRAVIDEZ: A SINGULARIDADE DA MULHER NA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM**

Acrónimo: Mum2You

PARECER

Considerando que:

- Projeto de investigação e desenvolvimento;
- Os objetivos estão em concordância com o enquadramento e fundamentação descrita;
- A metodologia e instrumentos utilizados são descritos e adequados;
- O recrutamento é voluntário;
- É apresentado o consentimento informado que garante a autorização e anonimato dos participantes,
- É apresentada a autorização para utilização das escalas;
- Os investigadores estão enquadrados no Código Deontológico do Enfermeiro, pelo que está salvaguarda as questões associadas à confidencialidade dos dados recolhidos e o seu tratamento;
- É claro como se preserva para futuro a informação recolhida, nomeadamente os dados, ao nível da confidencialidade e divulgação dos resultados;

Se trata de um estudo académico em que os objetivos estão adequados à metodologia apresentada; **Somos de parecer que este projeto de natureza académica, cumpre os requisitos éticos inerente ao respeito pela autonomia dos participantes.**

Santarém, 5 de março de 2021

Carla Chicau Borrego
(Coordenadora da Comissão de Ética)

Anexo III – Email a solicitar aos autores do instrumento Smoke-Free Families a sua utilização Anexo IV – Instrumento Smoke-Free Families (versão pré-final).

02/06/23, 22:40

Fw: Permission - M. Clara Andre - ESSaude - Outlook

 Eliminar  Arquivar  Comunicar  Responder  Responder a todos  Reencaminhar

Fw: Permission

Para: M. Clara André - ESSaude
Cc: Secretariado - ESSaude
Assunto: FW: Permission

Obrigado,
Parece que agora foi!
Abraço

De: UMIS-ESSaude
Enviada: 28 de janeiro de 2015 00:34
Para: 'cheryl.merzel@einstein.yu.edu'
Assunto: FW: Permission
Importância: Alta

Dear Professors

Cheryl Merzel, Kevin English e Joyce Moon-Howard,

We are a group of teachers and researchers: Maria Clara André, Anabela Cândido, Conceição Santiago, Teresa Carreira, Olimpia Cruz, Hélia Dias e José Amendoeira (Coordinator of UMIS), da Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS), of Escola Superior de Saúde (ESSS) do Instituto Politécnico de Santarém, we are developing a study on the theme "Tobacco use in pregnant women." We developed a systematic review in order to identify instruments that characterize tobacco use in pregnant women.

We identified the Smoking Assessment Instruments of your authorship and considered it a very complete instrument of particular relevance to the research we are developing.

Thus, we hereby request authorization to use the Smoking Assessment Instruments.

In this regard we would like to know:

- If the Smoking Assessment Instruments has been translated into Portuguese?
- If the Smoking Assessment Instruments has been culturally adapted to Portuguese population?
- If the Smoking Assessment Instruments was the target of an update due to its application in the context of smoke-free families program?
- If you authorize the translation, cultural validation and use of Smoking Assessment Instruments in Portugal?
- We also wanted to request one article or a few articles of your own, where we can identify the psychometric data of Smoking Assessment Instruments.

Thank you for your attention, and looking forward to your answer.

My best regards,

José Amendoeira PhD
Coordinator of UMIS



 Responder  Responder a todos  Reencaminhar

Anexo IV – Instrumento Smoke-Free Families (versão pré-final).

Smoke-Free Families – Versão Pré-Final

Questões recomendadas para o rastreio pré-natal

1. Consumo atual de tabaco.

Atualmente, qual destas afirmações a descreve melhor?

- A. Fumo regularmente, a mesma quantidade que fumava ANTES de saber que estava grávida.
- B. Fumo regularmente, mas mais do que ANTES de saber que estava grávida.
- C. Fumo regularmente, mas reduzi DESDE que engravidei.
- D. Parei de fumar DEPOIS de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.
- E. Parei de fumar ANTES de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.
- F. NUNCA fumei mais de 100 cigarros, ao longo da vida.

2. Consumo atual de tabaco.

Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 30 dias?

- A. Sim
- B. Não

3. Consumo atual de tabaco.

Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?

- A. Sim
- B. Não

4. Quantidade atual de tabaco consumido (opcional).

Nos últimos 7 dias, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia?
(um maço tem 20 cigarros)

_____ cigarros ou _____ maços

Menos de 1 cigarro / dia

Não fumei

Não sei

5. Grau de dependência (opcional).

Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?

_____ Imediatamente

_____ Minutos (número)

_____ Horas (número)

_____ Sem hora habitual / hora variável

_____ Não sei

6. Doseamentos bioquímicos (de base) (opcional).

7. Consumo de tabaco pré-concepcional.

Nos últimos 3 meses antes de engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)

_____ cigarros ou _____ maços

Menos de 1 cigarro / dia

Não fumei

Não sei

Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto

8. Consumo atual de tabaco.

Fumou cigarros durante os 12 meses antes do parto?

Sim – Avance para a próxima questão

Não

9. Consumo de tabaco durante a gravidez.

Nos 3 meses após engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)

_____ cigarros ou _____ maços

Menos de 1 cigarro / dia

Não fumei

Não sei

Estadiamento da cessação tabágica na gravidez

10. Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?.

Sim – Avance para a próxima questão

Não

11. Se respondeu sim, está a pensar seriamente, deixar completamente de fumar, durante a gravidez?

Sim – Avance para a próxima questão

Não

12. Se respondeu sim, planeia deixar completamente de fumar, nos próximos 30 dias?

Sim

Não

13. Momento em que deixou de fumar (opcional).

Quando é que fumou o seu último cigarro?

____ / ____ / ____ (dia / mês / ano)

14. Recaída (opcional).

Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, desde que deixou de fumar?

Sim

Não

15. Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez (opcional).

A. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, ANTES de saber que estava grávida?

____ Nenhuma

____ Vezes

____ Não sei

B. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, DEPOIS de saber que estava grávida?

____ Nenhuma

____ Vezes

____ Não sei

Anexo V – Pedido de colaboração dirigido à população-alvo, para apreciação da versão pré-final do instrumento Smoke-Free Families.

Exmo/a. Sr/a.

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Santarém, encontro-me a desenvolver com uma equipa de investigadores da referida Instituição o projeto “CONSUMO DE TABACO NA GRAVIDEZ: A SINGULARIDADE DA MULHER NA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM”, sob orientação da Professora Doutora Hélia Maria Da Silva Dias.

A primeira fase deste projeto tem como objetivo: validar a versão portuguesa do instrumento “Smoke-Free Families de Melvin e Tucker (2000)”, cuja aplicação permitirá melhorar o conhecimento sobre a caracterização do consumo de tabaco ao longo do ciclo gravídico-puerperal. É para esta fase que solicito a sua colaboração, que consistirá na apreciação da versão preliminar traduzida para Português da “Smoke-Free Families”, no sentido de se obter a versão final do referido instrumento que melhor se adapta e se adequa à realidade portuguesa.

Ao aceder a este pedido de colaboração, ser-lhe-á solicitado que aprecie cada um dos enunciados traduzidos que compõem o instrumento “Smoke-Free Families”, que explicita as eventuais dúvidas surgidas e que contribua com sugestões de melhoramento.

Na expectativa de uma resposta favorável expresso, desde já, o meu profundo agradecimento pela atenção dispensada e pela colaboração prestada.

Em caso de necessidade de algum esclarecimento adicional, por favor não hesite em contactar-me:

Tlm: 917 366 399

E-mail: 100434026@essaude.ipsantarem.pt

Atenciosamente.

Iúri Daniel Maia Faria

Anexo VI – Pedido de colaboração dirigido às enfermeiras dos cursos de preparação para o parto e parentalidade e de recuperação pós-parto, para divulgação do link de acesso ao questionário de avaliação da versão pré-final do instrumento Smoke-Free Families, junto da população-alvo.

Exma. Sra. Enfermeira (...)

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, encontro-me a desenvolver com uma equipa de investigadores da referida Instituição o projeto “CONSUMO DE TABACO NA GRAVIDEZ: A SINGULARIDADE DA MULHER NA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM”, sob orientação da Professora Doutora Hélia Maria Da Silva Dias.

A primeira fase deste projeto tem como objetivo: validar a versão portuguesa do instrumento “Smoke-Free Families de Melvin e Tucker (2000)”, cuja aplicação permitirá melhorar o conhecimento sobre a caracterização do consumo de tabaco ao longo do ciclo gravídico-puerperal. É para esta fase que solicito a sua colaboração.

O que se pretende é a aplicação de um questionário online às grávidas e/ou puérperas que se encontrem a frequentar o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade ou o Curso de Recuperação Pós-Parto, independentemente de serem ou não fumadoras, com o objetivo de apreciarem a tradução preliminar, em português, do referido instrumento.

O questionário é composto pela tradução de todos os elementos que compõem o instrumento “Smoke-Free Families” e às senhoras é solicitado que classifiquem cada um deles como “Perceptível” ou “Não perceptível”, que explicitem as eventuais dúvidas surgidas e que contribuam com sugestões de alterações nos itens classificados como “Não perceptível”.

Os dados recolhidos serão posteriormente analisados por um painel peritos, no sentido de se obter a versão final do instrumento “Smoke-Free Families” que melhor se adapta e se adequa à realidade portuguesa.

Ao longo de todo o processo são garantidos o anonimato e a confidencialidade e dada a garantia de que qualquer participante pode, em qualquer momento e sem qualquer prejuízo, recusar ou interromper a sua colaboração no projeto.

Na expectativa de uma resposta favorável a este pedido de colaboração, solicito à Exma. Sra. Enfermeira a divulgação do link:

<https://docs.google.com/forms/d/1vR7V7D9r-xXv3HBKpJbukofMPY931kHtPgaonHHfrC8/edit?usp=sharing>

junto das grávidas e puérperas para preenchimento online dos questionários.

Em caso de necessidade de algum esclarecimento adicional, por favor não hesite em contactar-me através do tlm: 917 366 399, ou do e-mail: 100434026@essaude.ipsantarem.pt

O meu profundo agradecimento pela atenção dispensada e pela colaboração prestada.

Atenciosamente.

Iúri Daniel Maia Faria

Anexo VII – Pedido de colaboração dirigido ao painel de peritos para apreciação da versão pré-final do instrumento Smoke-Free Families.

Exmo/a. Sr/a.

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Santarém, encontro-me a desenvolver com uma equipa de investigadores da referida Instituição o projeto “CONSUMO DE TABACO NA GRAVIDEZ: A SINGULARIDADE DA MULHER NA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM”, sob orientação da Professora Doutora Hélia Maria Da Silva Dias.

A primeira fase deste projeto tem como objetivo: validar a versão portuguesa do instrumento “Smoke-Free Families de Melvin e Tucker (2000)”, cuja aplicação permitirá melhorar o conhecimento sobre a caracterização do consumo de tabaco ao longo do ciclo gravídico-puerperal. É para esta fase que solicito a sua colaboração, que consistirá na apreciação da versão preliminar traduzida para Português da “Smoke-Free Families”, no sentido de se obter a versão final do referido instrumento que melhor se adapta e se adequa à realidade portuguesa.

Ao aceder a este pedido de colaboração, ser-lhe-á solicitado que aprecie cada um dos enunciados traduzidos que compõem o instrumento “Smoke-Free Families”, que explicita as eventuais dúvidas surgidas e que contribua com sugestões de melhoramento.

Na expectativa de uma resposta favorável expresso, desde já, o meu profundo agradecimento pela atenção dispensada e pela colaboração prestada.

Em caso de necessidade de algum esclarecimento adicional, por favor não hesite em contactar-me:

Tlm: 917 366 399

E-mail: 100434026@essaude.ipsantarem.pt

Atenciosamente.

Iúri Daniel Maia Faria

Anexo VIII – Instruções para apreciação da versão pré-final do instrumento Smoke-Free Families dirigidas aos peritos.

DIRETRIZES DE PREENCHIMENTO

Na tabela seguinte encontra-se a tradução preliminar, para Português, do instrumento “Smoke-Free Families”, o qual procura caracterizar a condição da mulher, relativamente ao consumo de tabaco, ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Em cada linha da tabela encontram-se traduzidos um enunciado, uma afirmação, uma questão ou as respetivas hipóteses de resposta, que compõem o instrumento original.

O que se pretende é a sua apreciação de **TODOS** esses itens, com o objetivo de se obter a versão final traduzida que melhor se adapta e se adequa à realidade portuguesa.

Utilizando a seguinte escala de 4 pontos, assinale com (X) a resposta que considera mais adequada, no sentido de classificar **TODOS** os elementos traduzidos do instrumento “Smoke-Free Families”, em que a correspondência é a seguinte:

1 – Não relevante

2 – Incapaz de avaliar a relevância

3 – Relevante, mas necessita de uma pequena alteração

4 – Muito relevante e sucinto

Ao classificar algum item como “**1 – Não relevante**” ou “**2 – Incapaz de avaliar a relevância**”, considera que o mesmo necessita de ser reformulado, pelo que se agradece que explicita as objeções e/ou dúvidas suscitadas e que sugira alternativas de melhoramento.

Ao classificar algum item como “**3 – Relevante, mas necessita de uma pequena alteração**”, considera que o mesmo é passível de se tornar mais claro / perceptível com uma pequena reformulação que, se possível, deverá sugerir.

Ao classificar algum item como “**4 – Muito relevante e sucinto**”, considera que o mesmo é claro / perceptível e que não necessita de qualquer tipo de reformulação.

<u>“Smoke-Free Families”</u>	1	2	3	4	Sugestões de alteração
Questões recomendadas para o rastreio pré-natal					
1. Consumo atual de tabaco.					
Atualmente, qual destas afirmações a descreve melhor?					
A. Fumo regularmente, a mesma quantidade que fumava ANTES de saber que estava grávida.					
B. Fumo regularmente, mas mais do que ANTES de saber que estava grávida.					
C. Fumo regularmente, mas reduzi DESDE que engravidei.					
D. Parei de fumar DEPOIS de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.					
E. Parei de fumar ANTES de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.					
F. NUNCA fumei mais de 100 cigarros, ao longo da vida.					
2. Consumo atual de tabaco.					
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 30 dias?					
A. Sim					
B. Não					
3. Consumo atual de tabaco.					
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma					

passa”, nos últimos 7 dias?					
A. Sim					
B. Não					
4. Quantidade atual de tabaco consumido (opcional).					
Nos últimos 7 dias, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)					
_____ cigarros ou _____ maços					
() Menos de 1 cigarro / dia					
() Não fumei					
() Não sei					
5. Grau de dependência (opcional).					
Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?					
_____ Imediatamente					
_____ Minutos (número)					
_____ Horas (número)					
_____ Sem hora habitual / hora variável					
_____ Não sei					
6. Doseamentos bioquímicos (de base) (opcional).					
7. Consumo de tabaco pré-concepcional.					
Nos últimos 3 meses antes de engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava, em média, por dia? (um maço tem					

20 cigarros)					
_____ cigarros ou _____ maços					
<input type="checkbox"/> Menos de 1 cigarro / dia					
<input type="checkbox"/> Não fumei					
<input type="checkbox"/> Não sei					
Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto					
8. Consumo atual de tabaco.					
Fumou cigarros durante os 12 meses antes do parto?					
<input type="checkbox"/> Sim – Avance para a próxima questão					
<input type="checkbox"/> Não					
9. Consumo de tabaco durante a gravidez.					
Nos 3 meses após engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros)					
_____ cigarros ou _____ maços					
<input type="checkbox"/> Menos de 1 cigarro / dia					
<input type="checkbox"/> Não fumei					
<input type="checkbox"/> Não sei					
Estadiamento da cessação tabágica na gravidez					
10. Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?.					

() Sim – Avance para a próxima questão					
() Não					
11. Se respondeu sim, está a pensar seriamente, deixar completamente de fumar, durante a gravidez?					
() Sim – Avance para a próxima questão					
() Não					
12. Se respondeu sim, planeia deixar completamente de fumar, nos próximos 30 dias?					
() Sim					
() Não					
13. Momento em que deixou de fumar (opcional).					
Quando é que fumou o seu último cigarro?					
____ / ____ / ____ (dia / mês / ano)					
14. Recaída (opcional).					
Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, desde que deixou de fumar?					
() Sim					
() Não					
15. Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez (opcional).					
A. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, ANTES de saber que estava grávida?					

___ Nenhuma					
___ Vezes					
___ Não sei					
B. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, DEPOIS de saber que estava grávida?					
___ Nenhuma					
___ Vezes					
___ Não sei					

Muito obrigado pela sua colaboração.

Anexo IX – Versão final do instrumento Smoke-Free Families, culturalmente adaptado e validado para a população portuguesa.

Smoke-Free Families – Versão Portuguesa

Questões recomendadas para o rastreio pré-natal

1. Consumo atual de tabaco.

Atualmente, qual destas afirmações a descreve melhor?

- A. Fumo regularmente, a mesma quantidade que fumava ANTES de saber que estava grávida.
- B. Fumo regularmente, mas mais do que ANTES de saber que estava grávida.
- C. Fumo regularmente, mas reduzi DESDE que engravidei.
- D. D. Parei de fumar DEPOIS de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.
- E. Parei de fumar ANTES de saber que estava grávida, e atualmente não fumo.
- F. NUNCA fumei mais de 100 cigarros, ao longo da vida.

2. Consumo atual de tabaco.

Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 30 dias?

- A. Sim
- B. Não

3. Consumo atual de tabaco.

Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?

- A. Sim
- B. Não

4. Quantidade atual de tabaco consumido (opcional).

Nos últimos 7 dias, quantos cigarros ou maços de cigarros fumou, em média, por dia? (um maço tem 20 cigarros). Das opções seguintes, assinale a que mais se aproxima do seu consumo.

_____ cigarros ou _____ maços

Menos de 1 cigarro / dia

Não fumei

Não sei

5. Grau de dependência (opcional).

Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?

_____ Imediatamente

_____ Minutos (número)

_____ Horas (número)

_____ Sem hora habitual / hora variável

_____ Não sei

6. Doseamentos bioquímicos (de base) (opcional).

7. Consumo de tabaco pré-concepcional.

Nos últimos 3 meses antes de engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava num dia normal? (um maço tem 20 cigarros). Das opções seguintes, assinale a que mais se aproxima do seu consumo.

_____ cigarros ou _____ maços

Menos de 1 cigarro / dia

Não fumei

Não sei

Questões complementares recomendadas para o rastreio pós-parto

8. Consumo atual de tabaco.

Fumava cigarros durante os 12 meses antes do parto?

- Sim – Avance para a próxima questão
- Não

9. Consumo de tabaco durante a gravidez.

Nos 3 meses após engravidar, quantos cigarros ou maços de cigarros fumava num dia normal? (um maço tem 20 cigarros). Das opções seguintes, assinale a que mais se aproxima do seu consumo.

_____ cigarros ou _____ maços

- Menos de 1 cigarro / dia
- Não fumei
- Não sei

Estadiamento da cessação tabágica na gravidez

10. Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, nos últimos 7 dias?

- Sim – Avance para a próxima questão
- Não

11. Se respondeu sim, está a pensar seriamente, deixar completamente de fumar, durante a gravidez?

- Sim – Avance para a próxima questão
- Não

12. Se respondeu sim, planeia deixar completamente de fumar, nos próximos 30 dias?

Sim

Não

13. Momento em que deixou de fumar (opcional).

Quando é que fumou o seu último cigarro?

____ / ____ / ____ (dia / mês / ano)

14. Recaída (opcional).

Fumou um cigarro, ou mesmo só “uma passa”, desde que deixou de fumar?

Sim

Não

15. Tentativas de deixar de fumar, antes e após a gravidez (opcional).

A. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, ANTES de saber que estava grávida?

____ Nenhuma

____ Nº de Vezes

____ Não sei

B. Quantas vezes deixou de fumar, por mais de 24h, DEPOIS de saber que estava grávida?

____ Nenhuma

____ Nº de Vezes

____ Não sei

Anexo X – Pedido de colaboração dirigido à população-alvo, para apreciação da versão portuguesa do instrumento Smoke-Free Families.

Exma. Sra.

Enquanto estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, encontro-me a desenvolver com uma equipa de investigadores da referida Instituição o projeto: “CONSUMO DE TABACO NA GRAVIDEZ: A SINGULARIDADE DA MULHER NA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM”.

É para a primeira fase deste projeto que solicito a sua colaboração voluntária, que consistirá no preenchimento da versão portuguesa do instrumento “Smoke-Free Families”.

Os dados produzidos serão mobilizados, somente, pelo investigador responsável pelo projeto, a Professora Doutora Hélia Maria da Silva Dias, e pela equipa de investigação. São assegurados o anonimato e a confidencialidade relativos à identificação dos participantes e respetivos dados da sua participação, ao abrigo da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo. Em qualquer momento poderá recusar ou interromper a sua participação no projeto, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Solicito, igualmente, que autorize a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo-se, uma vez mais, o anonimato e a confidencialidade.

A sua participação será um importante contributo para melhorar o conhecimento sobre a caracterização do consumo de tabaco ao longo ciclo gravídico-puerperal, pelo que, na expectativa de uma resposta favorável, agradeço a sua disponibilidade e deixo os meus contatos e da Investigadora Responsável, caso pretenda algum esclarecimento adicional:

Mestrando Iúri Faria; tlm: 917 399 366; email: 100434026@essaude.ipsantarem.pt
Professora Doutora Hélia Dias; email: helia.dias@essaude.ipsantarem.pt