

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem**  
**Comunitária**

Relatório de Estágio

**“Tabagismo na Mulher em Idade Fértil: as TIC como  
estratégia de promoção da saúde”**

**Renata Gomes Miranda**

**Lisboa**

**2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem**  
**Comunitária**

Relatório de Estágio

**“Tabagismo na Mulher em Idade Fértil: as TIC como  
estratégia de promoção da saúde”**

**Renata Gomes Miranda**

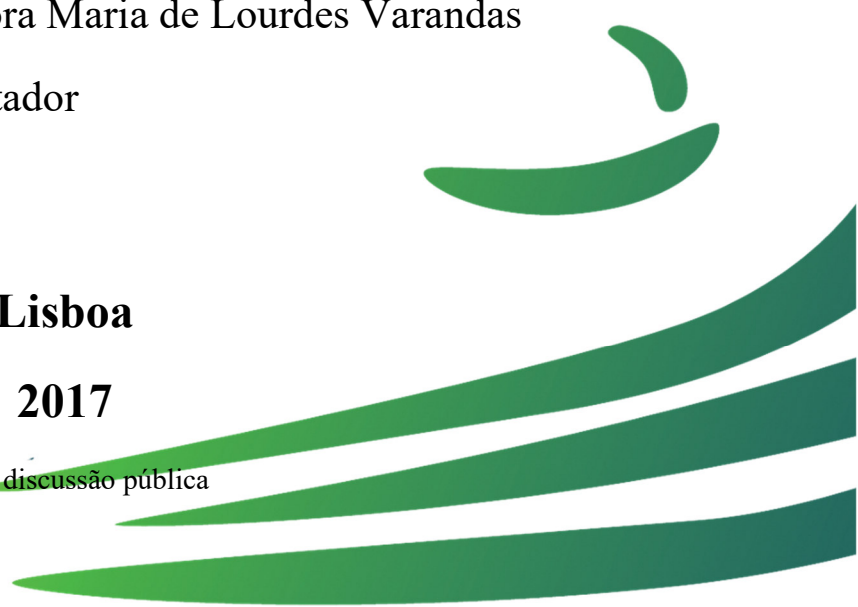
Orientador: Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas

Co-Orientador: sem co-orientador

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas pela competência da sua orientação, encorajamento, partilha de conhecimentos e disponibilidade.

À Enfermeira Especialista Elsa Rosa pela dedicação, serenidade, compreensão e apoio na concretização deste projeto.

A toda a equipa da UCSP Marvila e às utentes que participaram no projeto pelo seu contributo fundamental ao longo da intervenção comunitária.

À Jéssica e ao Cruz, pois, sem a sua ajuda e altruísmo não seria possível desenvolver uma aplicação para dispositivos móveis.

Ao Guilherme e ao Tomás, os meus amores maiores, pela vossa inspiração e motivação.

Ao meu marido que, com o seu amor me dá o alento necessário para acreditar nas minhas convicções.

À minha mãe, por se dedicar a mim incondicionalmente, por ser o meu pilar, o meu suporte. Sem ti nada seria possível!

A todos muito obrigado!

## **LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

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

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CIPE** - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**EEECSP** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

**EpS** – Educação para a Saúde

**ESEL** – Escola Superior de Saúde de Lisboa

**FAT** – Fumo Ambiental do Tabaco

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**INS** – Inquérito Nacional de Saúde

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**p.** – Página

**PCC** – População, Conceito, Contexto

**PF** – Planeamento Familiar

**REPE** - Regulamento para Exercício da Profissão de Enfermagem

**SF** – Saúde Familiar

**SM** – Saúde Materna

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**TIC** - Tecnologias de Informação e Comunicação

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UMD** – Unidade de Medicina Dentária

**URAP** – Unidade Recursos Assistenciais Partilhados

**USF** – Unidade Saúde Familiar

**USP** – Unidade de Saúde Pública

**%** - Percentagem

## RESUMO

O tabagismo é um problema de saúde com repercussões nefastas para a saúde pública, social, económica e ambiental, tanto à escala mundial, como nacional. Para a OMS (2015), este é responsável pela morte de cerca de 6 milhões de pessoas/ano, prevendo-se que este número aumente. Nas mulheres, o consumo de tabaco tem vindo a crescer. Em Portugal, segundo a DGS (2016), a sua prevalência tem aumentado, sendo a faixa etária dos 40-49 anos com maior taxa de mortes.

O Projeto de Intervenção Comunitária decorreu numa UCSP do ACES Lisboa Central, tendo como objetivo geral *“incentivar a cessação tabágica nas mulheres em idade fértil fumadoras que recorrem às consultas de PF e SM na referida Unidade de Saúde”* e como objetivos específicos, capacitar as mulheres em idade fértil, fumadoras, através de intervenções de apoio à cessação tabágica, no âmbito das consultas de SM e PF e; sensibilizar as mulheres em idade fértil, fumadoras, e a sua família sobre os riscos da exposição ao fumo ambiental do tabaco e as estratégias para reduzir essa mesma exposição.

Este, seguiu a Metodologia do Planeamento em Saúde e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

No diagnóstico de situação utilizamos um questionário para avaliar os dados sociodemográficos, a história do consumo de tabaco, a dependência tabágica, a motivação para deixar de fumar e os conhecimentos sobre o tabagismo. Os resultados foram submetidos à análise descritiva e análise de conteúdo. Após definirmos os diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia CIPE, priorizamos os problemas recorrendo ao procedimento Plano de Biscaia. Como estratégia de intervenção, utilizamos a EpS com recurso às TIC.

Na avaliação da intervenção comunitária, atendendo aos indicadores previamente definidos, concluímos que as metas estabelecidas foram alcançadas atingindo os objetivos.

Palavras-chave: Mulheres em Idade Fértil, Prevenção do Tabagismo, Enfermagem, Promoção da Saúde, TIC

## ABSTRAT

Smoking is a health problem with harmful repercussions for public, social, economic and environmental health, both at global and national levels. For WHO (2015), it is responsible for the death of about 6 million people/year, and this number is expected to increase. In women, the consumption of tobacco has been growing. In Portugal, according to the DGS (2016), its prevalence has increased and the age group between 40-49 has the highest death rate.

The Community Intervention Project was carried out in a UCSP (Public Health Unit) of the Central Lisbon ACES (Local Health Units Group), with the general objective of "*encouraging smoking cessation in women of childbearing age who resort to FP and MH consultations in the above mentioned Health Unit*" and as specific objectives, to empower women of childbearing age, smokers, through interventions to support smoking cessation, in the context of MH and FP consultations and; to sensitize women of childbearing age, smokers, and their family about the risks of exposure to environmental tobacco smoke and the strategies to reduce that same exposure.

This followed the Health Planning Methodology and the Nola Pender Health Promotion Model.

In the diagnosis of the situation, we used a questionnaire to evaluate sociodemographic data, the history of tobacco consumption, smoking dependence, smoking cessation motivation and knowledge about smoking.

The results were submitted to descriptive and content analysis. After defining the nursing diagnoses according to the CIPE taxonomy, we prioritized the problems applying the Biscaia Plan procedure. As an intervention strategy, we used the EfH (Education for Health) with ICT.

In the evaluation of the community intervention, taking into account the previously defined indicators, we concluded that the established goals were achieved the objectives reached.

Key words: Women of childbearing age, Smoking prevention, Nursing, Health promotion, ICT

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO

<b>1. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA</b> .....	12
1.1. O Tabagismo enquanto Problemática Mundial e Nacional.....	12
1.2. Tabagismo na Mulher em Idade Fértil.....	14
1.3. Tabagismo enquanto Patologia .....	15
1.4. As TIC na Saúde .....	19
<b>2. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA</b> .....	24
2.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender .....	25
<b>3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	27
<b>3.1. Diagnóstico da Situação em Saúde</b> .....	27
3.1.1. Caracterização do Local de Intervenção .....	27
3.1.2. Caracterização da População Alvo e Amostra .....	28
3.1.3. Instrumentos e Método de Colheita de Dados.....	29
3.1.4. Questões éticas .....	29
3.1.5. Tratamento, Apresentação e Discussão dos Resultados .....	30
<b>3.2. Identificação e Priorização dos Problemas</b> .....	31
3.2.1. Diagnósticos de Enfermagem segundo Taxonomia CIPE .....	35
<b>3.3. Fixação de Objetivos</b> .....	35
<b>3.4. Seleção das Estratégias</b> .....	37
<b>3.5. Preparação Operacional</b> .....	40
<b>3.6. Avaliação</b> .....	43
<b>4. CONCLUSÕES</b> .....	52
4.1. Limitações do Projeto de Intervenção Comunitária .....	52
4.2. Reflexão sobre o Desenvolvimento de Competências na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.....	53
4.3. Considerações Finais .....	56

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ANEXOS

**Anexo I** – Diagrama Adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

### APÊNDICES

**Apêndice I** – Metodologia de Investigação

**Apêndice II** - Autorização do Presidente Executivo do ACES de Lisboa Central e do Coordenador da UCSP de Marvila

**Apêndice III** – Questionário elaborado para colheita de dados

**Apêndice IV** – Autorizações para utilização do Teste de *Richmond* e Teste de *Fagerström*

**Apêndice V** – Consentimento livre e informado para aplicação dos questionários

**Apêndice VI** – Tabelas com os resultados

**Apêndice VII** – Apresentação dos resultados

**Apêndice VIII** – Priorização dos Problemas segundo Plano de Biscaia

**Apêndice IX** – Cronograma de atividades

**Apêndice X** – Vídeo em formato *power-point*

**Apêndice XI** – Questionário após visualização do vídeo

**Apêndice XII** – Tabela com os resultados após intervenção comunitária

**Apêndice XIII** – Resposta do pedido ao ACES para a criação de *link* com o vídeo

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Descrição dos problemas identificados. ....	31
<b>Quadro 2-</b> Priorização dos problemas identificados. ....	34
<b>Quadro 3-</b> Plano de intervenção educativa sobre o tabagismo, com recurso a vídeo, dirigido às mulheres em idade fértil que frequentam as consultas de PF e SM. ....	41
<b>Quadro 4-</b> Construção e disponibilização de uma aplicação para dispositivos móveis ( <i>android</i> ) sobre tabagismo.....	42
<b>Quadro 5-</b> Resultados obtidos após a intervenção comunitária. ....	44

## INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado um problema de saúde, quer à escala mundial, quer à escala nacional, com repercussões nefastas a nível da saúde pública, social, económica e ambiental, tendo uma grande relevância para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003), através da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco realizado em Genebra e para a Direção Geral de Saúde (DGS) (2012), com o Programa Prioritário Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo.

A OMS (2015), refere que esta problemática é responsável pela morte de cerca de 6 milhões de pessoas por ano com uma doença relacionada com o tabaco, prevendo-se que este número aumente. Nas mulheres, o consumo de tabaco, a nível mundial tem vindo a crescer, havendo uma necessidade de olhar para o assunto de uma forma mais aprofundada na medida em que, o seu consumo está associado a diversas consequências negativas ao nível físico, emocional e social. A sua prevalência em Portugal, segundo a DGS (2016), tem aumentado, sendo a faixa etária dos 40-49 anos, a que apresenta a maior taxa de mortes atribuíveis ao consumo de tabaco e à sua exposição e, no que concerne às patologias do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias, é a nona causa de perda de anos vividos com saúde.

Sendo o tabagismo considerado fator potenciador das doenças crónicas não transmissíveis mais prevalentes: cancro, doenças respiratórias, cerebrais, cardiovasculares e da diabetes, tendo muitos malefícios para a saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente a diminuição da fertilidade, menopausa precoce, osteoporose e aumento da mortalidade fetal e perinatal, é fundamental que o enfermeiro especialista em saúde comunitária vá ao encontro das recomendações da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011), quando refere que o enfermeiro deve ser capaz de avaliar as diversas causas para um determinado problema de saúde, participando em processos de tomada de decisão e no desenvolvimento de projetos e programas de intervenção comunitária, no sentido de capacitar e empoderar os indivíduos, famílias e comunidades, visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações e, conseqüentemente, aumentar os ganhos em saúde.

A realização do projeto no âmbito do tabagismo nas mulheres em idade fértil tem a sua pertinência justificada, indo ao encontro das orientações do Programa

Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (DGS, 2012), bem como, às necessidades encontradas na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Marvila aquando do levantamento das necessidades.

Assim, no âmbito do 7º Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na unidade curricular de Estágio com Relatório, foi realizado o estágio de intervenção comunitária, do qual resultou a elaboração do presente relatório, tendo como objetivos descrever, analisar e avaliar as intervenções realizadas.

O Projeto de Intervenção Comunitária decorreu de setembro 2016 a fevereiro de 2017, na UCSP de Marvila, tendo como finalidade promover a saúde da mulher em idade fértil com hábitos tabágicos seguidas na consulta de Saúde Materna (SM) e Planeamento Familiar (PF) da UCSP de Marvila. O objetivo geral é *incentivar a cessação tabágica nas mulheres em idade fértil fumadoras que recorrem às consultas de PF e SM na UCSP de Marvila*. Os objetivos específicos visam:

- i. capacitar as mulheres em idade fértil fumadoras, através de intervenções de apoio à cessação tabágica, no âmbito das consultas de SM e PF;
- ii. sensibilizar as mulheres em idade fértil fumadoras e a sua família sobre os riscos da exposição ao Fumo Ambiental do Tabaco (FAT) e as estratégias para reduzir essa mesma a exposição.

O desenvolvimento do Projeto de Estágio seguiu a Metodologia do Planeamento em Saúde e o referencial norteador da prática clínica adotado foi o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, que, segundo Victor, Lopes & Ximenes (2005), é essencialmente um modelo de enfermagem, com uma estrutura simples e clara, permitindo ao enfermeiro prestar cuidados ao indivíduo só ou a um grupo de indivíduos, e, implementar e avaliar ações que visam a promoção da saúde. Segundo Pender, Murdaugh & Parsons (2001), o Modelo de Promoção de Saúde tem presente três aspetos fundamentais. Estes são as características e experiências individuais; as cognições e afetação dos comportamentos; e o compromisso do indivíduo com o plano de ação no sentido do comportamento de promoção de saúde desejável e espectável. (Anexo I)

O trabalho apresentado foi realizado segundo as normas APA (ESEL, 2016) e é composto, para além da introdução ao trabalho, pelo capítulo da revisão crítica da literatura, onde se explica sucintamente a metodologia de investigação utilizada e se desenvolve o estado da arte, nomeadamente a problemática do tabagismo quer a nível mundial e nacional, o tabagismo na mulher em idade fértil, o tabagismo enquanto patologia e as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na saúde. O segundo capítulo refere-se às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EEECSP) e ao referencial teórico de Enfermagem que sustenta o projeto de intervenção comunitária, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. O terceiro capítulo integra a Metodologia do Planeamento em Saúde, dividindo-se em subcapítulos, nos quais se desenvolve as diversas etapas do processo. Por fim, a conclusão, onde se desenvolve as limitações do projeto, faz-se uma reflexão acerca das competências do enfermeiro especialista e se desenvolve as conclusões da nossa intervenção.

## 1. REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

Para a realização da revisão crítica da literatura, utilizamos como método de investigação a *scoping review*. Assim, com o intuito de aprofundar os conhecimentos sobre o tabagismo nas mulheres em idade fértil em todas as suas dimensões, e, compreender as intervenções dos enfermeiros face a essa problemática, numa perspetiva da prevenção e consequentemente promoção da saúde, formulamos a seguinte questão de investigação recorrendo à metodologia População, Conceito, Contexto (PCC): ***“Que intervenções o enfermeiro especialista em Saúde Comunitária pode utilizar para promover a prevenção do tabagismo em mulheres em idade fértil?”***. No Apêndice I encontra-se descrita toda a metodologia de investigação utilizada, bem como o diagrama de prisma.

### 1.1. O Tabagismo enquanto Problemática Mundial e Nacional

Segundo a OMS (2015), morrem atualmente em todo o mundo, cerca de 6 milhões de pessoas por ano de uma doença relacionada com o tabaco, das quais 600 000 como resultado da exposição ao FAT, estimando-se que em 2030 morram derivado ao uso do mesmo cerca de 8 milhões de pessoas, sendo 80% nos países desenvolvidos. Também a Comissão Europeia em 2015 citado por DGS (2016) refere morrerem atualmente cerca de 700000 de pessoas na União Europeia, sendo 19000 devido à exposição ao FAT.

Para Treloar & Gunn (2012), citando dados da OMS de 2010, o consumo de tabaco pelas mulheres é um problema crescente à escala mundial, representando 20% do total de fumadores mundialmente, prevendo-se que o número de mulheres fumadoras triplique na próxima geração. Estima-se também que, nos próximos 30 anos, ocorram mais de 10 milhões de mortes em mulheres de meia idade como consequência do consumo de tabaco, uma vez que este está associado a consequências nefastas a nível físico, como doenças cardiovasculares e o cancro do pulmão, e a nível emocional e social.

Os dados mais recentes acerca dos números relativos à prevenção e controlo do tabagismo em Portugal são referentes ao ano 2015, através do Inquérito Nacional

de Saúde (INS) realizado pela DGS (2016). Este relatório revela que o tabaco foi responsável, no ano 2013, pela morte de cerca de 12000 pessoas. Cita também um decréscimo ligeiro, em cerca de 0.9%, do consumo do tabaco da população residente em Portugal com 15 ou mais anos, desde o ano 2005/06 para o ano 2014, bem como, uma redução de quase 2% da prevalência de fumadores diários, havendo um aumento da prevalência dos ex-fumadores de quase 6% nesses mesmos anos.

A DGS (2016), no que diz respeito à prevalência do consumo do tabaco nos diferentes sexos, refere que, no sexo masculino verificou-se um decréscimo da prevalência de consumidores diários e por sua vez, um aumento do mesmo no sexo feminino e no consumo ocasional em ambos os sexos. No ano de 2014, das pessoas que cessaram o consumo de tabaco, só 3,6% é que recorreram a apoio médico ou farmacológico para tal e, 8,6% da população com 15 ou mais anos afirma estar exposta todos os dias ao fumo passivo, tendo maior impacto os locais de lazer, a habitação e o local de trabalho.

Segundo a DGS, e atendendo às estimativas do Institute for Health Metrics and Evaluation, o consumo do tabaco e a exposição ao FAT foram responsáveis, no ano 2013 “(...) pela morte de cerca de 12.350 pessoas residentes em Portugal (...)” (2016, p.9), sendo a faixa etária dos 50-59 anos com maior percentagem de mortes no sexo masculino e no sexo feminino a faixa etária dos 40-49 anos.

Segundo a fonte supracitada (2016), a mortalidade nas mulheres tem vindo a aumentar desde 1995, havendo uma ligeira diminuição entre 2010 e 2013. A faixa etária dos 15 aos 49 anos tem uma percentagem mais significativa de mortes atribuíveis ao tabaco (cerca de 9,6%), sendo que fumar representa, nomeadamente nas patologias do aparelho circulatório, respiratório e nas neoplasias, a nona causa de perda de anos vividos com saúde.

No que diz respeito ao consumo de tabaco nas mulheres grávidas, os dados do INS de 2014, mostram que 9.7% das mulheres inquiridas referiram ter fumado na última gravidez (DGS, 2016).

## 1.2. Tabagismo na Mulher em Idade Fértil

Para Mackey, McKinney & Tavakoli (2008), o consumo de tabaco na mulher é responsável pelo aumento significativo de cancro do pulmão, aumentando o risco de cancro da cavidade oral, esófago, rim, útero e cervical, bem como, das doenças cardíacas, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), infertilidade, menopausa precoce e osteoporose, levando a uma baixa densidade óssea em mulheres na menopausa e consequente aumento do risco de fratura do colo do fémur.

Segundo Treloar & Gunn (2012), existem diferenças no comportamento de fumar das mulheres relativamente ao comportamento de fumar dos homens. A mulher começa a fumar na adolescência mais tardia, e, geralmente as questões de *stress*, o relaxamento e o prazer estão muito associadas ao seu consumo. Estas têm mais dificuldade em deixar de fumar, apresentando uma maior taxa de recaídas, na medida em que qualquer acontecimento negativo ou stressante nas suas vidas são um forte motivo para voltar a fumar, contudo, fazem-no mais depressa em benefício de outra pessoa.

Ao falar em tabagismo na mulher em idade fértil, torna-se fundamental refletir e perceber esta problemática também na mulher grávida. Isto porque, segundo a DGS (2016), fumar representa a principal causa evitável de complicações durante a gravidez, tanto para a mãe como para o feto e posteriormente para o recém-nascido, sendo que, a cessação tabágica ou a redução do consumo de tabaco, antes de engravidar, durante a gravidez ou mesmo após o nascimento do bebé, traduzem-se sempre em ganhos para a saúde.

O consumo de tabaco durante a gravidez representa

o mais importante fator de risco, modificável, associado a um mau prognóstico na gravidez, estando associado a problemas como baixo peso à nascença, parto pré-termo, aumento do risco de morte fetal (após as 28 semanas gestação), risco de rotura prematura das membranas, descolamento da placenta e placenta prévia, abortos espontâneos e aumento da infertilidade nas mulheres fumadoras (Reis et al, 2009, p.8).

Para Alves, Azevedo, Correia & Barros (2013), a gravidez é um momento de excelência para intervir no sentido da cessação tabágica, pois é um momento da vida da mulher em que esta tende a ser fortemente motivada para proteger a saúde do feto

e porque está sujeita a uma pressão social significativa para deixar de fumar, podendo as taxas de cessação tabágica variar entre 30 a 50 %.

A DGS (2016), no guia para os profissionais de saúde acerca da cessação tabágica na gravidez, cita a importância deste momento do ciclo vital do indivíduo proporcionar excelentes momentos de promoção da saúde e prevenção de doenças, traduzindo-se em diversas oportunidades de apoio e aconselhamento no sentido da cessação tabágica, na medida em que a assistência e vigilância médica durante este período da vida da mulher, em Portugal, é abrangente a quase todas as mulheres grávidas. É importante evitar as recaídas do consumo do tabaco após o parto, na medida em que esta estratégia está diretamente relacionada com o número de mulheres que deixam de fumar antes da meia idade, com a redução da exposição das crianças ao FAT em contexto familiar e a redução do comportamento de fumar das mães. Estas estratégias contribuem assim para a diminuição do risco de doenças crónicas evitáveis e mortalidade, bem como, para a diminuição da probabilidade das crianças, na adolescência consumirem tabaco.

### **1.3. Tabagismo enquanto Patologia**

Segundo a OMS (1994), droga é qualquer substância que o organismo não produz e que atua sobre um ou mais sistemas do organismo, provocando alterações no seu funcionamento. As drogas não são boas nem más, umas são utilizadas com objetivo de produzir um benefício, sendo consideradas por isso drogas medicamentosas, outras provocam dano à saúde, e por isso são consideradas tóxicas. Algumas drogas alteram o funcionamento normal do cérebro, sendo denominadas por drogas psicotrópicas ou psicoativas.

Nas drogas psicoativas encontram-se as substâncias como o álcool, os opióides, canabinóides, sedativos ou hipnóticos; substâncias estimulantes como a cocaína e o crack, as anfetaminas ou ainda substâncias relacionadas como a cafeína ou a nicotina (tabaco) e os alucinógenos, sendo que todas as substâncias psicoativas têm a capacidade de provocar dependência, uma vez que, todas elas afetam o Sistema Nervoso Central (SNC).

Como é referido por Moreira (2010), o cigarro tem diversos constituintes. A nicotina é o mais conhecido e aquele que maior dependência causa no indivíduo, sendo considerado uma substância psicoativa primária, em que o mecanismo de dependência é mediado pelo sistema de recompensa cerebral também denominado sistema dopamino-mesocorticolímbico. A nicotina provoca tanto uma dependência física, caracterizado por síndrome de privação, como também uma dependência psicológica, caracterizado pelos rituais, prazer de fumar, gestão do *stress*, controle do peso e apetite, entre outros.

A dependência da nicotina é considerada desde 1992 pela OMS como uma doença e, Kupfer & Regier (2014) fazem referência às perturbações relacionadas com o tabaco, nomeadamente relacionadas com o seu consumo e a sua abstinência.

O tabaco pode ser consumido nas diversas formas, nomeadamente cigarro com ou sem filtro, charuto, cachimbo, rapé e tabaco de mascar, estando o grau de toxicidade relacionado ao modo como é consumido e à intensidade da inalação. De referir também que o filtro do cigarro ou o tabaco sem fumo não o torna menos nocivo.

O consumo do tabaco atua nos diferentes sistemas do organismo nomeadamente ao nível do Sistema Nervoso Central e Periférico, Sistema Endócrino, Cardiovascular, Músculo-esquelético, Aparelho Respiratório, Gastrointestinal e no Metabolismo, sendo inúmeras as doenças provocadas ou agravadas pelo consumo do mesmo.

Mota (2010) faz relevância às seguintes doenças associadas ao consumo do tabaco e consequências para a saúde:

- Efeitos no aparelho respiratório: exacerbação da asma, infeções respiratórias infantis, irritação sensorial, pneumonia bacteriana, pneumotórax espontâneo, DPOC, doença do interstício pulmonar associado a bronquiolite respiratória, doença do interstício pulmonar associado à artrite reumatoide, asbestose, tosse, expetoração e pieira em crianças, alterações do desenvolvimento pulmonar nas crianças;
- Efeitos no aparelho cardiovascular: aterosclerose, doença coronária, hipertensão arterial e morte súbita cardíaca;

- Efeitos no sistema cardiovascular: vasculopatias como Doença de *Buerger*, aneurisma aorta abdominal e flebite periférica;
- Efeitos no Sistema Nervoso Central: Acidente Vascular Cerebral;
- Efeitos cancerígenos: cancro do pulmão, da laringe, da cavidade oral, do esófago, estômago, do pâncreas, aparelho urinário, do cérvix, leucemias e cancro do fígado e colo-rectal interrogado, lesões pré-malignas da cavidade oral;
- Efeitos na cavidade oral: doença periodontal e perda parcial ou total da dentição;
- Efeitos no aparelho digestivo: doença de refluxo gastroesofágico e úlcera péptica;
- Efeitos no aparelho reprodutor: anomalias da fertilidade e fecundação feminina, rutura prematura de membranas, placenta prévia, descolamento da placenta e gravidez ectópica e aborto espontâneo interrogado;
- Manifestações perinatais: anomalias no desenvolvimento fetal, aborto espontâneo, mortalidade perinatal e malformações congénitas;
- Manifestações pós-natais: síndrome morte súbita infantil, anomalias cognitivas e comportamentais da criança cuja mãe fumou durante a gestação, desenvolvimento pós-natal e anomalias da função e do desenvolvimento respiratório da criança.

Neste sentido, e sendo o tabagismo considerado no Livro Branco Europeu do Pulmão, como refere Mota (2010), uma doença crónica, é importante ter em conta os benefícios da cessação do consumo de tabaco para a saúde e a importância da prevenção da iniciação do consumo do mesmo. A cessação tabágica tem sempre benefícios, quer a curto, médio e longo prazo, independentemente da idade, sexo, e das co-morbididades que o indivíduo possua associado ao tabagismo, sendo os ganhos em saúde maiores quanto mais precoce for a cessação tabágica definitiva, contribuindo também para a menor visibilidade social do ato de fumar, estratégia relevante para a prevenção do início do consumo do tabaco nas crianças e jovens, bem como, na diminuição da exposição ao FAT.

O autor supracitado (2010) acrescenta também que, os indivíduos ex-fumadores têm uma esperança média de vida mais elevada comparativamente aos

indivíduos fumadores, que a cessação tabágica reduz o risco de diversos cancros, enfartes do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e DPOC, que a cessação tabágica na mulher grávida reduz os riscos perinatais e pós-natais e que, os efeitos adversos psicológicos e de ganho ponderal de deixar de fumar não ultrapassam os ganhos em saúde. Defende também que a interrupção do consumo de tabaco tem benefícios desde os primeiros momentos até longo prazo, como por exemplo, após 24h de deixar de fumar o risco de ter enfarte do miocárdio desce, após três meses há uma recuperação de cerca de 30% da função pulmonar, após um ano, o risco de doenças coronária é metade do risco de um fumador e 15 anos depois o risco iguala ao risco de um não fumador.

O tabagismo é um comportamento bastante complexo determinado por aspetos genéticos e socioambientais. Fumar, segundo DGS (2012), é um ato socialmente aprendido, sendo que o comportamento de fumar do grupo de pares, dos pais e das pessoas significativas têm relação direta com a iniciação do consumo do tabaco por parte dos jovens e adolescentes, bem como o fácil acesso ao tabaco, a visibilidade dos produtos do tabaco no mercado e o facto de ser socialmente aceite. Neste sentido, é fundamental atuar ao nível da prevenção do início do consumo do tabaco entre jovens e adolescentes e simultaneamente atuar ao nível da promoção da cessação tabágica, com o objetivo de reduzir a prevalência de fumadores na população.

A problemática do tabagismo não se prende apenas com o consumo do mesmo e as suas repercussões no indivíduo, mas também compreende a problemática da exposição por parte das crianças, mulheres grávidas, doentes crónicos, trabalhadores e os indivíduos não fumadores ao FAT. Mota (2010) refere que existe um grande impacto na saúde tanto do tabagismo ativo, atrás desenvolvido, como do tabagismo passivo. Este último compreende a exposição involuntária do indivíduo não fumador ao fumo do tabaco dos outros, sendo a terceira causa evitável de morte a seguir ao tabagismo ativo e ao consumo do álcool. Tem diversos efeitos para a saúde, tanto imediatos como a longo prazo. Os efeitos imediatos para a saúde compreendem irritação nos olhos, nariz e garganta, rinorreia, obstrução nasal, entre outros, e, exacerbação de complicação de problemas de saúde pré-existentes como asma, alergias, DPOC e doenças cardíacas crónicas. Os efeitos a longo prazo podem ser subdivididos em efeitos comprovados e efeitos prováveis, tanto na criança como no

adulto, nomeadamente efeitos comprovados na criança: baixo peso ao nascer, síndrome de morte súbita, otite média crónica, etc.; efeitos prováveis nas crianças: aborto espontâneo, impacto na aprendizagem e comportamento da criança, cancro e leucemias em crianças; efeitos comprovados no adulto: cancro pulmão, doenças cardiovasculares, sintomas respiratórios e exacerbação da asma; efeitos prováveis no adulto: exacerbação de fibrose quística, redução da função pulmonar, cancro da cavidade oral, do colo do útero e outros cancros.

Segundo AWHONN (2010), a exposição ao FAT, é nos Estados Unidos a terceira causa evitável de morte, como consequência de doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crónica, cancro do pulmão e síndrome de morte súbita infantil. Esta é uma das principais fontes de poluição do ar interior, sendo o FAT resultado do fumo lateral (da queima final do produto do tabaco) e do fumo principal (fumo exalado pelo fumador), contendo mais de 250 produtos químicos considerados tóxicos, não havendo um nível considerado seguro para a exposição ao FAT.

As crianças são, segundo a DGS (2012), um grupo muito vulnerável à exposição ao fumo do tabaco, não só pelos fatores biológicos, fisiológicos, comportamentais, sociais e ambientais, que repercutem no estado de saúde das mesmas, como também por terem mais propensão para serem futuros adultos fumadores por considerarem o tabagismo como um comportamento normal dos adultos.

#### **1.4. As TIC na Saúde**

Segundo Tinio (2003), vivemos numa economia global baseada na tecnologia, informação e conhecimento, o que veio tornar mais coeso as comunicações, a segurança, a produtividade, os cuidados de saúde, entre outras. Para o autor supracitado (2003), as TIC contemplam a rádio, a televisão e as tecnologias digitais mais recentes como o computador e a *internet*, sendo consideradas como ferramentas potencialmente poderosas na vertente educacional.

A tecnologia, para Silva (2014), é basilar e caracteriza a sociedade moderna, muitas vezes denominada de Sociedade da Informação ou do Conhecimento, levando

às mudanças de comportamentos, a alterações na forma como os cidadãos se relacionam, dos seus valores e da forma como o mundo é perspectivado e como estes se posicionam no mesmo.

A mesma autora (2014), afirma que a sociedade atual exige aos indivíduos que estes não se reduzam a saber ler, escrever e realizar cálculos matemáticos simples, mas sim, que estes sejam capazes de utilizar as tecnologias emergentes, quer nas tarefas simples do dia a dia, quer na tomada de decisão informada e responsável que o afetem enquanto elemento integrado na sociedade e no ambiente que o rodeia, já que, o ambiente é resultado do seu comportamento e este, por sua vez, é resultado do desenvolvimento tecnológico e do acesso às TIC.

Para Tinio (2003), as TIC são definidas como um conjunto diversificado de ferramentas tecnológicas e de recursos utilizados para se comunicar, criar, divulgar armazenar e gerir informações e inclui computadores, *internet*, rádio, televisão e telefone.

Para Perron, Taylor, Glass, & Leys (2010), as TIC são o conjunto de tecnologias eletrónicas como *emails*, mensagens de texto através de telemóvel, *chats* de vídeo, redes sociais *online*, dispositivos de computação, entre outras, com o objetivo de transmitir, manipular e armazenar informação, permitindo assim a comunicação. As mesmas estão acessíveis em vários equipamentos do dia a dia do cidadão, nas suas casas, nos locais de trabalho, nos locais de lazer, permitindo a aquisição e partilha de conhecimentos, bem como, estimula a participação social e política dos indivíduos e favorece a saúde das populações, através da prestação de cuidados mais efetiva e ajustada às necessidades reais da sociedade atual.

Na área da saúde, Silva (2014) afirma que é fundamental ter presente o choque tecnológico e a crescente produção de informação que caracteriza a sociedade atual. Assim, os profissionais de saúde devem ser capazes de aceder, triar e utilizar a informação mais pertinente, atual, fidedigna e baseada na melhor evidência científica, no sentido de suportar as suas tomadas de decisão, e assim, prestar cuidados de melhor qualidade.

Lopes & Heimann (2016) referem que as TIC permitem a aquisição e expansão de conhecimentos, tendo efeitos positivos no indivíduo e nas organizações e, por sua

vez, um grande impacto socioeconómico. Para o autor supracitado (2016), na área da saúde, estas contemplam a telemedicina, cibermedicina e a informática direcionada para a saúde do consumidor visando responder às necessidades de informação dos consumidores.

Para a Organização das Nações Unidas (ONU) (2013), o recurso às TIC é uma estratégia importante na redução dos problemas socioeconómicos e na erradicação da pobreza, bem como, é um contributo fundamental para a saúde nos países desenvolvidos, uma vez que contribui para a tomada de decisão médica, para a qualidade da assistência e para a adoção de novas práticas.

A OMS (2005), também salienta a importância que os avanços nas TIC podem ter na prestação de cuidados de saúde, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, atendendo sempre à diversidade cultural, educacional e linguística, ao respeito pelos direitos humanos e às questões éticas. Realça as diversas potencialidades do *eHealth*, nomeadamente a sua relação custo-eficiência-segurança e a sua pertinência no que concerne aos serviços de saúde, vigilância, literacia em saúde, educação para a saúde, conhecimento e investigação.

Em Portugal, como refere DGS (2010), tem-se verificado uma crescente procura de informação sobre saúde através das TIC, sendo que o recurso às mesmas se traduz numa maior autonomia do utente relativamente à informação médica e de saúde e por sua vez, o empoderamento dos cidadãos, requer aos profissionais de saúde e às próprias instituições de saúde, uma atitude diferente.

Segundo o relatório final Thing Tank do eHealth em Portugal, visão 2020 realizado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2015), o recurso às TIC na área da saúde, designada *eHealth* é inevitável e produz inúmeros benefícios na área da saúde, tanto em ganhos para a saúde, nomeadamente a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e disponibilidade de informação para favorecer a qualidade e segurança dos cuidados; na monitorização, investigação e demonstração dos cuidados de saúde prestados, como também, no envolvimento e autonomia dos utentes face aos profissionais de saúde. Isto, está a transformar o modo como são geridos e prestados os cuidados de saúde, sendo que as TIC são uma área fundamental para a exequibilidade do plano estratégico da DGS para 2020,

recomendando a elaboração duma estratégia nacional para a *eHealth*, com objetivo de utilizar da melhor forma os recursos existentes e proporcionar bases sólidas para a inovação e investimento.

Segundo Almeida (2016), os utentes estão cada vez mais informados sobre o seu estado de saúde e os riscos associados ao seu comportamento, assumindo cada vez mais a responsabilidade sobre a sua saúde, exigindo tratamentos mais específicos e serviços com maior qualidade. Neste sentido, os profissionais de saúde devem ter uma atitude cada vez mais ativa no desenvolvimento e melhoria da tecnologia.

Atualmente, a *internet*, é um recurso muito utilizado pelos cidadãos na procura de informação e na aquisição de conhecimentos sobre a saúde, sendo como refere DGS (2010), fundamental para a construção da autonomia dos indivíduos, aquisição de conhecimentos e adoção de escolhas responsáveis em benefício da sua saúde. Contudo, a mesma fonte (2010), refere também as fragilidades e perigos da mesma, no sentido em que é necessário ao indivíduo ser capaz de triar a informação fidedigna e ter presente que muitas vezes o recurso à *internet* não substitui o recurso aos profissionais de saúde. Também para Katz, Rice & Acord (2006), a *internet* é considerada um instrumento facilitador de informação relacionada com saúde, permitindo às pessoas utilizar as tecnologias para conseguir informação, fidedigna ou não, e adquirir conhecimentos e apoios locais e emocionais.

As oportunidades digitais e de *mHealth* são, para Almeida (2016), diversas, desde as mais simples denominadas saúde digital de uso único, destinado a um único consumidor; saúde digital social, que tem por base as redes sociais; a saúde digital integrada em que conecta as aplicações móveis e sistemas de saúde formais; e a saúde digital complexa em que utiliza a informação avançada e integrada para auxiliar a decisão. Todas estas visam a qualidade de vida do indivíduo, envolvendo-o na gestão da sua saúde.

A correta utilização das TIC na área da saúde permite assegurar informação aos utentes e aos seus cuidadores e, facilita a integração das equipas multidisciplinares e das diversas instituições, visando a melhoria da qualidade de cuidados prestados e do próprio planeamento dos serviços de saúde (Maia, Correia

& Lapão, 2015). Os profissionais de saúde deparam-se atualmente perante diversos desafios relativos ao choque tecnológico, sendo importante estes se adaptarem, readaptar e inovar, devendo ser capazes de assegurar que o utente é capaz de aproveitá-la, considerá-lo útil e perceber o seu modo de funcionamento (Espanha & Cardoso, 2009).

O recurso às TIC, nomeadamente a internet para a aquisição de informação sobre saúde é um facto crescente atendendo ao choque tecnológico que se vivencia atualmente. Como refere Grilo (2010), o utente sente muitas vezes que não detém a informação detalhada sobre a sua condição de saúde, tendo uma necessidade crescente de ser ativo relativamente à mesma, utilizando assim a internet com o objetivo de melhorar a sua saúde. Contudo, é necessário ter presente a problemática da qualidade, fiabilidade e credibilidade da informação obtida, a capacidade, mesmo nos indivíduos mais letrados de compreender, interpretar, comparar e utilizar a diversa informação disponível e, o facto de muitas vezes fazer diagnóstico e auto medicar-se indevidamente, o que mais tarde se traduz em maior recurso dos serviços de saúde.

Neste sentido, o autor supracitado (2010) refere que os profissionais de saúde, em parceria com os utentes, devem aproveitar todo o potencial da informação disponível na *internet*, bem como, devem desenvolver competências que lhes permita ser capaz de avaliar se a informação pré existente do utente é pertinente à sua situação específica e se é baseada na melhor evidência científica e ser capaz de disponibilizar ao mesmo *websites* credíveis, atuais e fidedignos, alertando-o para as vicissitudes do uso inadequado dessa ferramenta.

Assim, e atendendo às exigências da sociedade atual, caracterizada por ser a sociedade de informação ou do conhecimento, em que as TIC são um recurso emergente, o enfermeiro especialista, enquanto prestador de cuidados aos indivíduos, grupos e ou comunidades, deve atender a todos estes pressupostos e recorrer a técnicas de educação para a saúde (EpS) diferenciadas, específicas e inovadoras, de forma a dar resposta às necessidades dos cidadãos com vista na sua capacitação e empoderamento.

## 2. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA

A saúde comunitária é, segundo Lancaster, Onega & Forness (1999, p.311), “(...) a satisfação de necessidades coletivas, através da identificação de problemas e gestão de interações dentro da comunidade e a sociedade alargada.”. Atende ao indivíduo e família ao longo do seu ciclo vital, promovendo o *empowerment* e respeitando a tomada de decisão dos mesmos no que concerne às questões de saúde.

Assim, desde a Conferência Europeia de Munique em 2000, a enfermagem comunitária passou a ter importante relevo, na medida em que esta é, como refere Correia, Dias, Page & Vitorino (2001), uma enfermagem centrada nas comunidades (indivíduo, família, grupos e comunidades) ao longo do seu ciclo vital, com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis e consequentemente prevenir doenças, atendendo ao contexto socioeconómico e político, aos determinantes de saúde da comunidade e aos conhecimentos em saúde.

Segundo a OE (2011), o enfermeiro comunitário ou de saúde pública atua aos três níveis de prevenção, reconhecendo a importância de trabalhar em parceria, quer com o indivíduo/família/comunidade, com outros grupos de profissionais, quer com instituições. Este “(...) demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes de saúde das comunidades (...)”, pois promove responsabilidade social para com a saúde, estabelece parcerias em prol da saúde, dá voz aos cidadãos e assegura infraestruturas para a promoção da saúde (OE, 2011, p.4).

Os enfermeiros comunitários ou de saúde pública devem ter em conta os diversos papéis que desempenham, nomeadamente na promoção do envolvimento dos indivíduos, família e/ou comunidade nas suas questões de saúde, como educador, como investigador, como agente ativo no desenvolvimento de políticas de saúde, bem como, na identificação, avaliação e comunicação dos riscos de saúde, intervindo sobre eles, tendo sempre uma conduta ética e deontológica. Estes, centram a sua atividade na comunidade, tendo um conhecimento profundo sobre as respostas dos indivíduos que a compõe ao processo de vida e aos problemas de saúde, atuando no sentido de promover ganhos em saúde efetivos.

Ao nível das suas intervenções, no que diz respeito à prevenção, como referimos anteriormente, este pode atuar ao nível da prevenção primária, ou seja,

promoção da saúde, prevenção secundária, ou seja, diagnóstico precoce e prevenção terciária ou seja, tratamento e reabilitação.

A OE (2011, p.5) refere que o enfermeiro especialista é capaz de participar em avaliações multicausais e em processos de tomada de decisão, no desenvolvimento de projetos e programas de intervenção, capacitação e empoderamento das comunidades, desenvolvendo atividades de “(...) educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma determinada comunidade.”. Também identifica necessidades e assegura a continuidade dos cuidados, estabelecendo articulações com outros setores profissionais. Como competências específicas dos enfermeiros, a mesma fonte (2011), define a avaliação do estado de saúde duma comunidade tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, a colaboração no processo de capacitação de grupos e/ou comunidades, integração na coordenação dos programas de saúde e cooperação na vigilância epidemiológica.

### **2.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**

Sendo os modelos teóricos referenciais norteadores fundamentais no desenvolvimento do trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, adotou-se o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender como base sustentadora da intervenção de enfermagem.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender está assente, como refere Sakraida (2004), em vários constructos, nomeadamente a visão holística da enfermagem, a psicologia social e a Teoria de Aprendizagem Social de Bandura, surgindo, como refere Victor, Lopes & Ximenes (2005), como forma da enfermagem se interligar com as ciências do comportamento. Neste sentido, este é essencialmente um modelo de enfermagem, com uma estrutura simples e clara, permitindo ao enfermeiro prestar cuidados ao indivíduo só ou a um grupo de indivíduos, para que possa implementar e avaliar ações que visem a promoção da saúde.

O Modelo, segundo os autores supracitados (2005), fala dos conceitos de saúde, ambiente, pessoa e enfermagem e, pretende identificar os diversos fatores que

influenciam os comportamentos saudáveis, bem como, pretende compreender e indagar sobre o processo biopsicossocial que motiva os indivíduos a adotarem comportamentos promotores da saúde e implementar e avaliar as ações de promoção da saúde. O conceito saúde está subjacente à melhoria do bem-estar e desenvolvimento de capacidades que o promovam e, é entendido sob o ponto de vista individual, familiar e comunitário. O conceito de ambiente resulta das relações entre o indivíduo e o que o rodeia, nomeadamente o acesso a recursos de saúde, sociais e económicos. O conceito de pessoa centra-se no potencial que cada pessoa tem para alterar comportamentos de saúde, tornando-a capaz de tomar decisões e resolver problemas. O conceito de enfermagem prende-se com as intervenções de enfermagem e as estratégias utilizadas pelo profissional de saúde no sentido do autocuidado e de promoção de comportamentos saudáveis (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Segundo Pender, Murdaugh & Parsons (2001), o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender tem presente três construtos. Estes são as características e experiências individuais, que contemplam os comportamentos anteriores e os diversos fatores pessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais; as cognições e afetação do comportamentos ou seja, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende alcançar, nomeadamente a perceção dos benefícios e das barreiras para a ação, a perceção da autoeficácia, os sentimentos face ao comportamento e o modo como os relações interpessoais e as vivências influenciam; e o compromisso do indivíduo com o plano de ação no sentido do comportamento de promoção de saúde desejável e espectável. (Anexo I)

Com este projeto de intervenção pretendemos conhecer as características sociodemográficas, hábitos tabágicos, grau de dependência ao tabaco, motivação para a cessação tabágica e conhecimentos acerca do mesmo das mulheres fumadoras em idade fértil, para posteriormente elaborar e desenvolver intervenções de enfermagem que visem aumentar os conhecimentos acerca da problemática para que sejam adotados comportamentos promotores de saúde.

### **3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Em contexto de saúde, o planeamento surge, como refere Tavares (1990), não apenas como uma metodologia ou técnica, mas como um processo continuado e dinâmico, no qual se prevê os recursos e serviços que são fundamentais para que, tendo em conta as prioridades estabelecidas, se atinjam os objetivos em questão.

Assim, o Planeamento em Saúde visa "(...) um estado de saúde, através da promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações (...)" (Tavares, 1990, p.37).

#### **3.1. Diagnóstico da Situação em Saúde**

Atendendo ao tabagismo, enquanto problema de intervenção prioritário, a nível mundial, europeu e Português, surgiu a necessidade de perceber o tabagismo nas mulheres em idade fértil, pelas razões citadas no capítulo anterior, para poder desenvolver uma intervenção de enfermagem comunitária, utilizando-se a metodologia do Planeamento em Saúde. Esta etapa visa, segundo Tavares (1990), identificar os problemas de saúde duma população e a determinação das suas necessidades, devendo este ser alargado, aprofundado, sucinto, rápido, claro e ir ao encontro das próprias necessidades do processo de planeamento.

##### **3.1.1. Caracterização do Local de Intervenção**

A USCP de Marvila está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Central, pertencendo ao Agrupamento Regional Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). O ACES Lisboa Central atua sobre a área de 13 freguesias do concelho de Lisboa, abrangendo uma área 100% urbana de 32,94 Km<sup>2</sup>. Este apresenta 18 unidades funcionais, das quais, 9 são UCSP e as restantes são Unidades de Saúde Familiares (USF). Apresenta também uma Unidade de Saúde Pública (USP), uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), uma Unidade de Medicina Dentária (UMD) e um serviço de consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis\Centro de Aconselhamento e Deteção do VIH.

O número de utentes inscritos é de 26646, sendo que 20139 têm médico de família e os restantes não têm médico atribuído (Carta de Compromisso da UCSP de Marvila, 2015).

São disponibilizados os programas de acordo com a DGS, com principal incidência na consulta de planeamento familiar, consulta de saúde materna, consulta de saúde infantil, vacinação de adultos e de crianças, visitas domiciliárias e sala de tratamentos, onde se realizam pensos e se administra terapêutica injetável.

No que diz respeito à caracterização da população da UCSP de Marvila, 45,57 % da população é do sexo masculino e 54,43 % é do sexo feminino, sendo que a faixa etária entre os 35-39 anos tem uma maior representação, comparativamente às restantes faixas etárias, com 4,01%.

A percentagem de mulheres em idade fértil (15 anos aos 49 anos) inscritas na UCSP é de 23.98 %, sendo que, a percentagem total de mulheres inscritas é de 54,43%, o que representa cerca de metade da população feminina. No ano de 2015 existiram, entre consultas de saúde materna e saúde reprodutiva, 1420 contactos, pelo que não é possível definir o número de consultas por mulher.

### 3.1.2. Caraterização da População Alvo e Amostra

A população-alvo, segundo Fortin, Côte & Fillion (2009), consiste num grupo de pessoas com características comuns que vão ao encontro dos critérios de seleção definidos previamente, permitindo assim que sejam feitas generalizações. A população alvo do projeto em questão foram todas as mulheres fumadoras em idade fértil que frequentam as consultas de SM e PF na UCSP de Marvila.

A amostra em estudo foi do tipo de amostra por conveniência, que como referem os mesmos autores (2009), define-se como um conjunto de indivíduos de fácil acesso, que estão presentes num determinado local, num determinado momento e que vão ao encontro dos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Nesta situação, a amostra compreendeu todas as mulheres fumadoras em idade fértil que se dirigiram à UCSP de Marvila para a realização de consultas de PF ou SM e que responderam ao questionário, após autorização para a aplicação dos mesmos, de

forma livre e informada, no período de 4/05/2016 a 14/05/2016, sendo no total 40 mulheres. (Apêndice II)

Estabelecemos como critérios de inclusão todas as mulheres em idade fértil fumadoras (grávidas e não grávidas) que recorreram às consultas PF e SM e que concordaram participar no estudo mediante autorização, referido no consentimento informado assinado. Como critério de exclusão definimos como sendo todas as mulheres que se recusam a participar no estudo.

### 3.1.3. Instrumentos e Método de Colheita de Dados

Como método de colheita de dados utilizamos um questionário elaborado (Apêndice III). Este contempla uma avaliação dos dados sociodemográficos do indivíduo, a história do consumo de tabaco, com uma avaliação da dependência tabágica, utilizando o Teste de *Fagerstrom* e avaliação da motivação para deixar de fumar com o Teste de *Richmond*. Por fim, faz uma avaliação dos conhecimentos sobre o tabagismo atendendo aos pressupostos do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

### 3.1.4. Questões éticas

Para a aplicação do Teste de *Fagerstrom* e do Teste de *Richmond* solicitamos autorizações por *email* aos respetivos autores (Apêndice IV). O preenchimento dos questionários pressupôs um prévio consentimento livre, informado e esclarecido (Apêndice V) aquando da aplicação dos mesmos. Os participantes foram informados que no tratamento dos dados seria garantida a confidencialidade e anonimato.

Foi solicitado ao presidente executivo do conselho clínico do ACES de Lisboa Central e ao coordenador da UCSP de Marvila a autorização para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados e referir o nome das instituições. (Apêndice II)

### 3.1.5. Tratamento, Apresentação e Discussão dos Resultados

Após a aplicação dos questionários, trabalhamos os resultados através da análise descritiva dos dados, utilizando o programa *Analysis Toolpack* Microsoft Excel 2016. A informação obtida sobre os conhecimentos acerca do tabagismo analisamos atendendo à metodologia de Análise de Conteúdo de Bardin. (Apêndice VI)

A amostra é constituída por 40 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos, sendo que a faixa etária com maior prevalência é a faixa etária dos 34 aos 39 anos, com uma representação de 37,5%. A atribuição de classes etárias foi realizada atendendo ao que é referido por Fortin, Côte & Fillion (2009), ou seja, a amplitude das classes resultou da divisão a amplitude da distribuição pelo número de classes. Das mulheres às quais se aplicou o questionário, 40% referem ser casadas, 35% solteiras, 15% vivem em união de facto e 10% são divorciadas.

Das mulheres inquiridas, 65% são naturais de Lisboa, sendo que 95% têm nacionalidade portuguesa. No que concerne às habilitações literárias, 42,5% das mulheres referem ter o 12º ano de escolaridade e 30%, o 3º ciclo. As mulheres encontram-se predominantemente empregadas (65%), sendo várias as profissões mencionadas, nomeadamente, e atendendo à Classificação Portuguesa das Profissões do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011), auxiliares de saúde, pessoal administrativo, domésticas, professora, operador de central telefónica, cabeleireira, entre outras. Contudo, 30% estão desempregadas, e 5% noutras situações, ou seja, uma encontra-se reformada por invalidez e outra de baixa psiquiátrica. A restante informação encontra-se no Apêndice VII.

### 3.2. Identificação e Priorização dos Problemas

A análise dos resultados e da informação obtida permitiu-nos encontrar os seguintes problemas:

#### Quadro 1- Descrição dos problemas identificados.

Problema	Descrição do problema
P1	42,5% das mulheres inquiridas fumam há mais de vinte anos
P2	65% das mulheres inquiridas referem ter períodos sem fumar ao longo da sua vida, sendo que 57.69% referem como motivo a gravidez e 38,46% recaíram por questões de ansiedade e <i>stress</i>
P3	45% das mulheres inquiridas apresentam uma dependência fraca, sendo a 52,5 % refere fumar entre 11-20 cigarros por dia
P4	52,5% das mulheres inquiridas apresentam motivação fraca para deixar de fumar
P5	40% das mulheres inquiridas referem fumar em locais fechados e 68% fuma na presença de familiares
P6	40% das mulheres inquiridas fumam no interior do domicílio e 45% reconhece estar exposta ao FAT
P7	Desconhecimento dos malefícios do tabaco para a mulher grávida e feto
P8	23% das mulheres inquiridas afirmam benefícios no consumo de tabaco
P9	Pouco reconhecimento da importância da família e amigos na tomada de decisão de deixar de fumar
P10	Reconhecimento da existência de barreiras psicológicas para a cessação tabágica

Para a priorização dos problemas utilizamos o procedimento Plano de Biscaia (Apêndice VIII), que, como refere Imperatori (1993), atende a critérios como magnitude, transcendência social, transcendência económica e factibilidade tecnológica ou vulnerabilidade.

O problema 1 tem repercussões importantes ao nível dos indicadores de mortalidade e morbilidade relacionados com o consumo de tabaco em anos, indo ao encontro de Treloar & Gunn (2012), citando dados da OMS (2010), que refere que o consumo de tabaco pelas mulheres está associado a consequências nefastas a nível físico, como doenças cardiovasculares e o cancro do pulmão, a nível emocional e social, e consequentemente aumento de número de mortes, sendo um problema que afeta um grupo (mulheres) significativo da população. Neste sentido, é um problema

com grandes repercussões a nível económico, uma vez que a co-morbilidade está associada a custos elevados para a saúde, verificando-se grandes dificuldades na implementação de estratégias para reduzir o problema.

No problema 2, o facto das mulheres referirem que em algum momento da sua vida deixaram de fumar em prol da gravidez, mas que após o parto, por motivos de ansiedade e *stress* recaíram, reforça a importância de atuar nesta população, pois, como refere a DGS (2016), este é um importante momento do ciclo vital da mulher para se atuar no sentido da promoção da saúde e prevenção do consumo do tabaco e, conseqüentemente, das doenças associadas, sendo fundamental evitar as recaídas, o que contribui para a diminuição do risco de doenças crónicas evitáveis e mortalidade, diminuição do risco de problemas para a saúde do feto e bebé e diminuição da probabilidade das crianças, enquanto futuros adolescentes e adultos virem a consumir tabaco. Tendo em conta o supracitado, consideramos que este problema apresenta uma importância elevada no que concerne a indicadores de saúde como mortalidade e morbilidade, afeta parcialmente a população, como as mulheres e as crianças, pode ter grandes repercussões a nível económico e que é capaz de ser reduzido, contudo com dificuldade.

Embora menos de metade da amostra apresente uma dependência fraca à nicotina, os números revelam que 52,5% das mulheres inquiridas fumam 11-20 cigarros por dia. Neste sentido, o problema 3 é de importância média, afeta parcialmente a amostra, tem um efeito médio, sendo a sua redução possível, contudo de difícil execução.

O problema 4 está associado à motivação. Esta é crucial para a tomada de decisão de deixar de fumar, bem como, para estar mais permeável a ações que promovam a cessação tabágica. Assim, a falta de motivação é um problema com relevância média para os indicadores de saúde, pode afetar parcialmente grupos, nomeadamente as mulheres, com efeito médio a nível económico com o fato de não deixar de fumar, podendo responder às medidas de intervenção para reduzir o problema, no entanto com dificuldade.

A exposição ao FAT, é segundo AWHONN (2010), a terceira causa evitável de morte nos EUA, como conseqüências de doenças cardiovasculares, DPOC, cancro

do pulmão e síndrome de morte súbita infantil. Neste sentido, e pelo facto de 40% das mulheres inquiridas referir fumar em locais fechados, a mesma percentagem fumar no interior do domicílio, 68% fumar na presença de familiares, nomeadamente filhos e 45% reconhecer que está exposta ao FAT torna o problema 5 e 6 com uma magnitude elevada, uma vez que, afeta grupos importantes da população, tem elevados custos em termos económicos e é considerado um problema redutível com dificuldades.

O desconhecimento por parte das mulheres inquiridas relativamente aos malefícios do tabaco para a mulher grávida e feto é um problema significativo uma vez que a US Department of Health and Human Services (2010, 2014) citado por DGS (2016), afirma que fumar representa uma das principais causas evitáveis de diminuição da fertilidade e aumento da mortalidade e morbilidade da mãe, do feto e do bebé. Assim, o problema 7 é considerado um problema com elevada dimensão em termos de indicadores de saúde, afeta grupos importantes da população, com elevadas consequências a nível económico e que a sua redução é possível, embora difícil.

O facto de 23% das mulheres inquiridas considerar que fumar traz benefícios como o relaxamento e a calma, vai ao encontro de Mackey, McKinney & Tavakoli (2008), quando cita que o consumo de tabaco nas mulheres está associado, entre outros, a questões de *stress*, sendo tranquilizador e apaziguador de eventos stressantes na sua vida. Torna-se importante olhar para este reconhecimento como problema (problema 8), na medida em que, embora os indicadores de mortalidade e morbilidade não lhe conferem magnitude, este afeta parcialmente um grupo significativo da população, é um problema com alguma repercussão económica e redutível, embora difícil exequibilidade.

O problema 9 está relacionado com o reconhecimento da importância da família e dos amigos na tomada de decisão de deixar de fumar, ou seja, com a motivação e encorajamento que estes possibilitam e, a importância que os outros têm na tomada de decisão, nomeadamente filhos e pais, pois, como refere Treloar & Gunn (2012), as mulheres deixam de fumar mais depressa em prol/benefício de outra pessoa. Nesta amostra, sensivelmente metade não reconhece essa importância, dificultando a cessação tabágica. Embora os indicadores de saúde não façam relevância a esta

problemática, este, pode afetar significativamente as mulheres, podendo ter algumas repercussões económicas, podendo ser redutível, mas com algumas dificuldades.

O facto do consumo de tabaco nas mulheres estar muito associado ao prazer e ao relaxamento, destas apresentarem mais dificuldade em deixar de fumar, comparativamente ao homem, na medida em que, qualquer acontecimento negativo ou stressante nas suas vidas são motivo de recaída, como refere Treloar & Gunn (2012), faz com que o reconhecimento da existência de barreiras psicológicas (falta de motivação e falta de força de vontade) seja considerado um problema. O problema 10 não é um problema preocupante pelos indicadores de mortalidade e morbilidade, afeta parcialmente as mulheres, tem repercussões médias a nível económico e é um problema de difícil resolução.

Tendo em conta a análise realizada, os problemas prioritários são:

#### **Quadro 2-** Priorização dos problemas identificados.

<b>Problema</b>	<b>Descrição do problema</b>
<b>P5</b>	40% das mulheres inquiridas referem fumar em locais fechados e 68% fuma na presença de familiares (11 valores)
<b>P6</b>	40% das mulheres inquiridas fumam no interior do domicílio e 45% reconhece estar exposta ao FAT (11 valores)
<b>P7</b>	Desconhecimento dos malefícios do tabaco para a mulher grávida e feto (11 valores)
<b>P1</b>	42,5% das mulheres inquiridas fumam há mais de vinte anos; (10 valores)
<b>P2</b>	65% das mulheres inquiridas referem ter períodos sem fumar ao longo da sua vida, sendo que 57.69% referem como motivo a gravidez e 38,46% recaíram por questões de ansiedade e <i>stress</i> ; (10 valores)
<b>P3</b>	45% das mulheres inquiridas apresentam uma dependência fraca, sendo a 52,5 % refere fumar entre 11-20 cigarros por;(8 valores)
<b>P4</b>	52,5% das mulheres inquiridas apresentam motivação fraca para deixar de fumar (8 valores)
<b>P8</b>	23% das mulheres inquiridas afirmam benefícios no consumo de tabaco (7 valores)
<b>P9</b>	Pouco reconhecimento da importância da família e amigos na tomada de decisão de deixar de fumar (7 valores)
<b>P10</b>	Reconhecimento da existência de barreiras psicológicas para a cessação tabágica (6 valores)

### 3.2.1. Diagnósticos de Enfermagem segundo Taxonomia CIPE

Após a descrição e discussão dos resultados obtidos e, tendo em conta os problemas identificados, foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2 (OE, 2011):

- **Défice de conhecimentos** sobre os malefícios da exposição ao FAT para a saúde;
- **Défice de conhecimentos** sobre estratégias para evitar a exposição ao FAT;
- **Manutenção da saúde comprometida** por exposição ao FAT, para a mulher fumadora e para a população não fumadora;
- **Défice de conhecimentos** sobre os malefícios do consumo do tabaco para a saúde das mulheres grávidas e para o feto;
- **Coping comprometido atual**, para gestão e controlo da ansiedade e *stress* nas mulheres fumadoras/mulheres grávidas fumadoras.

### 3.3. Fixação de Objetivos

A terceira etapa do processo de planeamento em saúde, como refere Tavares (1990), é a fixação dos objetivos, na qual se pretende determinar os resultados de saúde expectáveis para a população alvo previamente definida.

A elaboração dos objetivos deve ter em conta a pertinência, a precisão, a exequibilidade e quantificação dos mesmos, para que seja possível a avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano, indo ao encontro de Imperatori & Giraldes (1993, p.30), ao referir que “o objetivo será o enunciado do resultado desejável do problema (...)”.

Nesta etapa, os objetivos devem ser desmontados em objetivos específicos e em objetivos operacionais ou metas, sendo fundamental também definir os indicadores dos problemas priorizados, que, no processo de planeamento em saúde, os principais são os indicadores de resultado ou impacto e os indicadores de atividade ou de execução (Tavares, 1990).

Assim, tendo em conta o supracitado e, atendendo aos diagnósticos que definimos anteriormente, apresentamos o objetivo geral, os objetivos específicos, assim como os objetivos operacionais e os indicadores de resultado.

**Objetivo Geral:**

- Capacitar a população feminina fumadora que recorre às consultas de PF ou SM, para a importância da adoção de comportamentos promotores da saúde.

**Objetivos Específicos:**

- Promover os conhecimentos sobre os malefícios para a saúde da exposição ao FAT;
- Promover os conhecimentos sobre os malefícios do consumo do tabaco durante a gravidez, tanto para a mulher grávida como para o feto;
- Promover os conhecimentos sobre as estratégias a adotar para evitar a exposição ao FAT;
- Sensibilizar as mulheres sobre a importância para a saúde de evitar a exposição ao FAT;
- Sensibilizar as mulheres sobre os malefícios para a saúde da exposição ao FAT e dos riscos de fumar durante a gravidez, tanto para a grávida como para o feto;
- Motivar as mulheres a reduzir a sua exposição ao FAT, como também das pessoas que as rodeiam;
- Consciencializar as mulheres sobre a existência de estratégias para reduzir a exposição ao FAT, bem como sobre a problemática de fumar durante a gravidez.

**Objetivos Operacionais:**

- Que pelo menos 70% das mulheres inquiridas reconheçam a exposição ao FAT como um comportamento prejudicial para a saúde;
- Que pelo menos 70% mulheres inquiridas reconheçam a possibilidade de deixar de fumar em locais fechados e na presença de familiares;

- Que pelo menos 70% mulheres inquiridas reconheçam/identifiquem pelo menos três malefícios para a saúde resultante da exposição ao FAT;
- Que pelo menos 70% mulheres inquiridas identifiquem, pelo menos duas estratégias para evitar a exposição ao FAT;
- Que pelo menos 70% mulheres inquiridas identifiquem dois malefícios para a saúde da mulher grávida e dois malefícios para o feto do consumo de tabaco durante a gravidez.

#### **Indicadores de resultado a curto prazo:**

- (Nº de mulheres que reconhecem a exposição ao FAT como um comportamento prejudicial à saúde/ nº total de mulheres inquiridas) x100;
- (Nº de mulheres que reconhecem a possibilidade de deixar de fumar em locais fechados e na presença de familiares/ nº total de mulheres inquiridas) x100;
- (Nº de mulheres que identificam pelo menos três malefícios para a saúde resultante da exposição ao FAT/ nº total de mulheres inquiridas) x100;
- (Nº de mulheres que identificam pelo menos duas estratégias para evitar a exposição ao FAT/ nº total de mulheres inquiridas) x100;
- (Nº de mulheres que identificam dois malefícios para a saúde da mulher grávida e dois malefícios para a saúde do feto/ nº total de mulheres inquiridas) x100.

#### **3.4. Seleção das Estratégias**

Na etapa da seleção das estratégias, como refere Tavares (1990, p.145), citando Imperatori e Giraldes (1982), "(...) propõe-se novas formas de atuação (...) com o fim de serem atingidos os objetivos fixados (...)". É fundamental ter presente a importância da criatividade, da resistência à mudança, dos obstáculos e das diversas forças que podem surgir, bem como, atender às características da própria organização e dos elementos que a compõem e da população em que esta se insere. Segundo o mesmo autor (1990), para a escolha das estratégias é necessário conhecer bem a

problemática em questão e atender aos custos, barreiras, pertinência, vantagens e inconvenientes das mesmas. Assim, a EpS, atendendo ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, foi a estratégia que adotamos para alcançar os objetivos anteriormente definidos.

Tendo em conta que os pressupostos do Modelo supracitado são capacitar o indivíduo para adotar ou alterar comportamentos, através da aquisição e sedimentação de conhecimentos, sendo este agente ativo na gestão e manutenção do seu bem-estar, a EpS é simultaneamente a arte e a ciência de ajudar os indivíduos a melhorar a sua saúde através de apoios educacionais que visem a sua mudança de comportamento (Pender, 2011).

Na literatura, os termos EpS e Promoção da Saúde são muitas vezes utilizados como sinónimos, contudo,

a educação para a saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas e a promoção da saúde tem como objetivo as ações sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e o desenvolvimento da comunidade, que permitem que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade realcem a saúde (Laverack, 2008, p.12).

Para este autor (2008), a promoção da saúde engloba então a EpS, e esta, por sua vez, engloba diversas atividades didáticas que promovem a saúde. Também Pender (2011) refere que os dois conceitos estão intimamente ligados, embora sejam distintos, uma vez que a EpS se centra em atividades e experiências de indivíduos e de grupos de aprendizagem, considerando uma componente da promoção da saúde que alia várias estratégias fundamentais para intervir ao nível das cognições.

Segundo a OMS (1986), a EpS recorre à utilização de estratégias no sentido de ajudar os indivíduos e as comunidades a adotar ou modificar os seus comportamentos para melhorar a sua saúde, empoderando-os para que assumam o controlo e responsabilidade da sua saúde.

Para o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (O.E, 2011), a EpS, é um dos elementos basilares dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista, e compreende as oportunidades de aprendizagem criadas que visam melhorar a

literacia em saúde, através da transmissão de informação e da promoção da motivação e, visam também melhorar as competências pessoais e autoestima fundamentais para o seu empoderamento.

A principal estratégia de intervenção que utilizamos foi a EpS dirigida às mulheres em idade fértil fumadoras que recorre às consultas de SM e PF, através da criação de um vídeo e sua passagem na sala de espera, possibilitando momentos de aprendizagem, partilha, debate e troca de ideias acerca do tema e também, a criação duma aplicação para dispositivos móveis (*android*) com os mesmos conteúdos desenvolvidos no vídeo. Pretendemos que a nossa intervenção fosse baseada no indivíduo, uma vez que, segundo Pender (2011), os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, fazem parte do ambiente interpessoal que exerce influencia significativa ao longo do ciclo vital do indivíduo, podendo favorecer o compromisso e adoção de comportamentos promotores da saúde. Assim, julgamos que a nossa intervenção permitiu a promoção e desenvolvimento de conhecimentos das mulheres fumadoras sobre o tabagismo, saúde e tudo que se relaciona com a temática, no sentido de capacitá-las para a tomada de decisão, para a resolução de problemas e para desenvolvimento do sentido crítico necessário para fazer as escolhas mais acertadas sobre os seus comportamentos, principalmente os comportamentos que podem influenciar positivamente a sua saúde.

Por tudo isto, e, atendendo às constantes mudanças na sociedade atual e à crescente informatização, globalização e avanços tecnológicos que se tem vivido nas últimas décadas, é fundamental que, os enfermeiros nas suas intervenções de EpS sejam inovadores, irreverentes e capazes de utilizar as ferramentas mais atuais e adequadas, de forma a revolucionar a sua forma de atuação. Estes devem ter presente que as tecnologias de informação não são apenas mais um recurso, mas sim o recurso essencial para a criação de conhecimento, apresentando um papel fundamental para a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos cidadãos.

Foi acreditando no facto de que os cuidados de saúde não devem nem conseguem ficar indiferentes ao impacto que as TIC têm como forma de interagir e de organizar a sociedade, que recorremos às mesmas, em detrimento dos métodos tradicionais de acesso à informação, uma vez que estas são excelentes veículos para a obtenção de informação e de conhecimentos dos indivíduos e comunidades e,

consequentemente, para a sua capacitação e empoderamento, considerando-as fundamentais para a EpS.

### **3.5. Preparação Operacional**

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), a preparação da execução é uma das etapas fundamentais para que um programa ou projeto seja bem-sucedido e, compreende as atividades que são necessárias desenvolver para executar as estratégias previamente selecionadas. Nesta fase define-se os recursos necessários, a responsabilidade da execução, bem como o calendário da execução e o cronograma.

Sendo a estratégia por nós adotada, o recurso às TIC como ferramenta de EpS, optamos pela elaboração de um vídeo sobre o tabagismo e a sua visualização na sala de espera do piso II da UCSP Marvila e a construção de uma aplicação para telemóvel de carácter informativo acerca da temática. (Apêndice X)

Na elaboração do vídeo, tivemos em conta os problemas encontrados na fase da identificação e priorização dos problemas, bem como, os diagnósticos por nós formulados. Assim, consideramos pertinente fazer um breve enquadramento da problemática do tabagismo no mundo e em Portugal, na sociedade em geral e especificamente na mulher em idade fértil. Seguidamente, desenvolvemos os maléficos do consumo do tabaco para todos os cidadãos e especificamente para a mulher em idade fértil, para a mulher grávida e para o feto/bebé, ao nível dos diversos órgãos e sistemas. Desenvolvemos também a problemática da exposição ao FAT, referindo as consequências nefastas para saúde, quer a curto, quer a longo prazo, dando ênfase às estratégias para o próprio e/ou seus familiares adotarem no sentido de evitar a exposição ao mesmo. Por fim, demos a conhecer as diversas estratégias existentes para deixar de fumar e o modo como o poderão fazer ou, simplesmente, onde poderão obter mais informação acerca do tema.

A construção da aplicação para telemóveis foi uma atividade complexa e desafiante, pois requereu outros intervenientes, nomeadamente um programador. (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.renata.app>) Esta

surgiu da convicção de que, cada vez mais os cidadãos, independentemente da idade e de outros fatores, têm uma facilidade no manuseamento das novas tecnologias, acreditando por isso que a construção duma aplicação para o telemóvel é uma excelente ferramenta, de fácil acesso e, conseqüentemente, a nossa intervenção pode ser mais abrangente que o grupo a que nos propusemos trabalhar inicialmente.

Os quadros que se seguem espelham as atividades que desenvolvemos e os resultados que pretendemos com as mesmas.

**Quadro 3-** Plano de intervenção educativa sobre o tabagismo, com recurso a vídeo, dirigido às mulheres em idade fértil que frequentam as consultas de PF e SM.

<b>Objetivos</b>	<p><b>Geral</b></p> <p>Capacitar a população feminina fumadora que recorre às consultas de PF ou SM, para a importância da adoção de comportamentos promotores da saúde.</p> <p><b>Específicos</b></p> <p>Promover os conhecimentos sobre os malefícios para a saúde da exposição ao FAT;</p> <p>Promover os conhecimentos sobre os malefícios do consumo do tabaco durante a gravidez, tanto para a mulher grávida como para o feto;</p> <p>Promover os conhecimentos sobre as estratégias a adotar para evitar a exposição ao FAT;</p> <p>Sensibilizar as mulheres sobre a importância para a saúde de evitar a exposição ao FAT;</p> <p>Sensibilizar as mulheres sobre os malefícios para a saúde da exposição ao FAT e dos riscos de fumar durante a gravidez, tanto para a grávida como para o feto;</p> <p>Motivar as mulheres a reduzir a sua exposição ao FAT, como também das pessoas que a rodeiam;</p> <p>Consciencializar as mulheres sobre a existência de estratégias para reduzir a exposição ao FAT, bem como, sobre a problemática de fumar durante a gravidez.</p>
<b>Atividade</b>	Intervenção educativa recorrendo à visualização de vídeo sobre tabagismo, dirigida às mulheres fumadoras que se encontram na sala de espera para realizar consulta de PF ou SM.
<b>Quem</b>	Um enfermeiro.
<b>Quando</b>	De 10 de outubro a 28 de outubro de 2016, de 2 a 18 novembro de 2016.

<b>Onde</b>	Sala de espera do Piso II da UCSP Marvila.
<b>Como</b>	Recorrendo à passagem de vídeo, com duração de cerca de 6 minutos e criação de momento para esclarecimento de dúvidas.
<b>Conteúdos</b>	Contextualização da problemática do tabagismo no mundo e em Portugal; malefícios do tabaco para a saúde, malefícios da exposição ao FAT e estratégias para redução e/ou cessação tabágica.
<b>Avaliação</b>	<p>1.(Nº de mulheres que reconhecem a exposição ao FAT como um comportamento prejudicial à saúde/ nº total de mulheres inquiridas) x100</p> <p>2. (Nº de mulheres que reconhecem a possibilidade de deixar de fumar em locais fechados e na presença de familiares/ nº total de mulheres inquiridas) x100</p> <p>3. (Nº de mulheres que identificam pelo menos três malefícios para a saúde resultante da exposição ao FAT/ nº total de mulheres inquiridas) x100</p> <p>4.(Nº de mulheres que identificam pelo menos 2 estratégias para evitar a exposição ao FAT/ nº total de mulheres inquiridas) x100</p> <p>5. (Nº de mulheres que identificam dois malefícios para a saúde da mulher grávida e dois malefícios para a saúde do feto/ nº total de mulheres inquiridas) x100</p>

**Quadro 4-** Construção e disponibilização de uma aplicação para dispositivos móveis (*android*) sobre tabagismo.

<b>Objetivos</b>	<p><b>Geral</b></p> <p>Capacitar a população feminina fumadora que recorre às consultas de PF ou SM, para a importância da adoção de comportamentos promotores da saúde.</p> <p><b>Específicos</b></p> <p>Disponibilizar a informação a um maior número de pessoas;</p> <p>Adaptar a informação a diferentes perfis de clientes;</p> <p>Promover os conhecimentos sobre os malefícios para a saúde da exposição ao FAT;</p> <p>Promover os conhecimentos sobre os malefícios do consumo do tabaco durante a gravidez, tanto para a mulher grávida como para o feto;</p> <p>Promover os conhecimentos sobre as estratégias a adotar para evitar a exposição ao FAT.</p>
<b>Atividade</b>	Construção e disponibilização de uma aplicação para dispositivos moveis sobre tabagismo denominada “STOP ao Tabagismo no Feminino”.
<b>Quem</b>	Um enfermeiro e programador informático.
<b>Quando</b>	A partir de 19/10/2016.

<b>Onde</b>	<i>Google.</i>
<b>Como</b>	Pedido de colaboração de um programador informático juntamente com o enfermeiro para a construção de uma aplicação de telemóvel de carácter informativa e gratuita.
<b>Avaliação</b>	Número de <i>downloads</i> efetuados (Nº de mulheres que referiram ser importante a existência da aplicação para telemóvel/nº total de mulheres inquiridas) X100

### 3.6. Avaliação

Atendendo à Metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação é a última etapa da intervenção comunitária, sendo como refere Tavares (1990), uma forma sistemática de melhorar a atividade que está a decorrer e de planear eficazmente, permitindo determinar o sucesso da execução de um determinado objetivo e a confrontação entre os objetivos e as estratégias, devendo ser precisa e pertinente.

A avaliação foi realizada através da análise dos resultados obtidos, quer a partir dos indicadores previamente estabelecidos na etapa da fixação dos objetivos e seleção das estratégias, quer a partir da análise de conteúdo de um questionário elaborado para avaliação dos conhecimentos.

Relativamente aos indicadores de produtividade, estes foram atingidos pois foram realizadas todas as intervenções planeadas. No que concerne aos indicadores de satisfação, na atividade “Intervenção educativa recorrendo à visualização de vídeo sobre tabagismo, dirigida às mulheres fumadoras que se encontram na sala de espera para realizar consulta de PF ou SM” esta foi atingida, uma vez que 100% das mulheres inquiridas reconheceram que a passagem de vídeo em sala de espera foi importante para a aquisição de conhecimentos. Na atividade “Construção e disponibilização de uma aplicação para dispositivos moveis sobre tabagismo denominada “STOP ao Tabagismo no Feminino”, 95% das mulheres inquiridas, aquando da visualização do vídeo, consideraram a aplicação para telemóvel uma boa estratégia para a aquisição de novos conhecimentos.

No que se refere aos indicadores de resultado a curto prazo, estes foram atingidos, como se verifica no quadro seguinte.

**Quadro 5-** Resultados obtidos após a intervenção comunitária.

Indicadores de resultado	Metas	Resultados obtidos
(Nº de mulheres que reconhecem a exposição ao FAT como um comportamento prejudicial à saúde/ nº total de mulheres inquiridas) x100	>70%	(40/40) *100 = 100%
(Nº de mulheres que reconhecem a possibilidade de deixar de fumar em locais fechados e na presença de familiares/ nº total de mulheres inquiridas) x100	>70%	(31/40) *100 = 77,5%
(Nº de mulheres que identificam pelo menos três malefícios para a saúde resultante da exposição ao FAT/ nº total de mulheres inquiridas) x100	>70%	(31/40) *100= 77,5%
(Nº de mulheres que identificam pelo menos 2 estratégias para evitar a exposição ao FAT/ nº total de mulheres inquiridas) x100	>70%	(29/40) *100= 72,5%
(Nº de mulheres que identificam 3 malefícios para a saúde da mulher grávida e/ou para a saúde do feto/ nº total de mulheres inquiridas) x100	>70%	(34/40) *100=85%
Nº de downloads da aplicação efetuados	>20	39

Após a intervenção comunitária na UCSP Marvila, através da visualização de um vídeo na sala de espera, às mulheres que aguardavam consulta de PF e SM e que concordaram, foi aplicado um questionário sobre os conhecimentos acerca do tabagismo por nós elaborado. (Apêndice XI) Assim, recolhemos 40 questionários. Após o tratamento dos dados, através do programa *Analysis Toolpack* Microsoft Excel 2016 e análise de conteúdo segundo Bardin (Apêndice XII), pudemos concluir que intervenção compreendeu mulheres entre a faixa etária dos 18 e os 49 anos, sendo a faixa etária dos 32 aos 38 anos com maior representação, ou seja 30%, sendo os 33 anos a média de idades. A atribuição de classes etárias foi realizada atendendo ao que é referido por Fortin, Côte & Fillion (2009), ou seja, a amplitude das classes resultou da divisão da amplitude da distribuição pelo número mínimo de classes. Das mulheres às quais se aplicou o questionário, 30% referem ser casadas, 32,5% solteiras, 10% vivem em união de facto, 20% são divorciadas e 7,5% são viúvas. Todas têm nacionalidade portuguesa, sendo que 85% são naturais de Lisboa. No que

concerne às habilitações literárias, 40% das mulheres referem ter o 3º ciclo e 30% o Ensino Secundário, encontrando-se predominantemente empregadas (55,5%), sendo várias as profissões mencionadas, nomeadamente, e atendendo à Classificação Portuguesa das Profissões do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011), auxiliares de saúde, motorista, técnica de secretariado, manicure, domésticas, operador de central telefónica, entre outras. Contudo, 32,5% estão desempregadas, 10% são estudantes e 2,5% refere como outra situação, o ser doméstica.

Relativamente à história do consumo de tabaco, verifica-se que a idade mais baixa de início de consumo de tabaco foi 12 anos e a mais alta de 30 anos, sendo a média de idades de 16,6 anos e a moda 16 anos. O consumo de tabaco em número de anos mostra que, 42,5% consome tabaco entre 11 e 20 anos, 27,5% há mais de 20 anos, 20% entre 6 e 10 anos e 10% entre 1 e 5 anos.

Das mulheres nas quais intervimos, 52,5% refere já ter deixado de fumar num determinado período da sua vida, sendo que a gravidez tem uma representação de 47,6%, a vontade própria representa 33,3%, a melhoria da saúde 9,5%, a existência de problemas de saúde e a pressão familiar e/ou social representa cada uma delas 4,8%. Estes dados vêm apoiar o que é referido na literatura, por Alves, Azevedo, Correia & Barros (2013), quando menciona que a gravidez é um momento de excelência para a intervenção no sentido da cessação tabágica, devido a estas mulheres estarem mais motivadas para proteger a saúde do feto e por estarem sujeitas a maior pressão social para deixarem de fumar. Os motivos da recaída com maior prevalência são a ansiedade e *stress* em 52,4%; a vontade irresistível de fumar em 38%, os problemas pessoais e o reinício do consumo em contexto social em 4,8% cada um. O facto do *stress* e ansiedade se encontrar como motivo de recaída com maior representação vai ao encontro do que Treloar & Gunn (2012) referem, quando abordam que as taxas de recaídas de consumo de tabaco são maiores nas mulheres que nos homens, pois, qualquer acontecimento negativo ou stressante nas suas vidas são um forte motivo para voltar a fumar.

Quanto à questão se fuma em locais fechados, 45% responde afirmativamente. Das mulheres inquiridas, 72,5% refere fumar na presença dos familiares, citando-os como sendo marido, filhos e pais. Também 75% das mulheres afirma ter fumadores no seu agregado familiar e 62,5% refere não fumar no interior da casa. Na exposição

ao FAT, 70% refere estar exposta, nomeadamente na sua própria casa, local de trabalho, em cafés, bares e na rua. Estes dados reforçam a importância de trabalhar as questões da exposição ao fumo ambiental do tabaco enquanto problemática com elevado impacto negativo para a saúde tanto das crianças, como para as mulheres grávidas, para os indivíduos não fumadores expostos ao mesmo, para os doentes crónicos e para os trabalhadores, como delinea Alves (2010) e a DGS (2012) no Programa Nacional de Prevenção e Controlo para o Tabagismo. Despertar as mulheres que fumam na presença dos filhos pequenos torna-se relevante, uma vez que as crianças (filhos expostos), indo de encontro aos autores supracitados, são um grupo vulnerável, não só pelos fatores biológicos, fisiológicos, comportamentais, sociais e ambientais, que repercutem no estado de saúde das mesmas, como também por terem mais propensão para serem futuros adultos fumadores.

Como referido anteriormente, atendendo ao referencial teórico, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, foram desenvolvidas questões no sentido de perceber os conhecimentos das mulheres sobre o tabagismo. A sua análise teve em conta a metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2009, p.11), que se encontra plasmada no Apêndice XII e que consiste no “ (...) cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até à extração de estruturas traduzíveis em modelos (...)”, levando à inferência, sendo que este esforço de interpretação oscila entre a objetividade e a subjetividade.

À questão “O que entende por saúde?”, o estado de bem-estar é citado pela maioria das mulheres, havendo algumas que referem bem-estar físico, bem-estar psicológico e outras como bem-estar geral, sendo visível em citações como: *“Bem-estar em todos os aspetos, em todos os sentidos”* (Q29), *“É estar bem física e psicologicamente”* (Q5), *“É tudo, estar bem física e psicologicamente. É estar bem, não estar parado, ser ativo”* (Q13). Para além do estado de bem-estar, a ausência de doença, nomeadamente o não ter doenças e a ausência de melancolia, tristeza ou dor são referidas em algumas das respostas como: *“Não ter doenças”* (Q15), *“Bem-estar a nível geral, físico, intelectual e psíquico”* (Q17), *“Saúde é estarmos bem com nós próprios”* (Q3) e *“A saúde é ser estável, sem doenças”* (Q33). Algumas mulheres respondem vagamente, fazendo referência à saúde na sua globalidade e ao reconhecimento da importância de ter saúde através de respostas como: *“É o mais*

*importante*” (Q9), *“Bem essencial, sem saúde não se pode fazer nada, trabalhar, ...”* (Q19), *“É tudo, bem-estar geral”* (Q22) e *“É o essencial, é tudo nesta vida”* (Q28).

No que diz respeito ao estado de saúde das participantes, apenas quatro referem que a sua saúde é má, citando como *Má*” (Q21), *“Horível”* (Q26), *“Complicada”* (Q29), doze referem ter uma saúde razoável, através de expressões como *“Média”* (Q20) e *“Razoável”* (Q35), as restantes afirmam ter uma saúde boa: *“Sou saudável”* (Q24), *“Equilibrada”* (Q25), *“Ótima, mas poderia ser melhor se não fumasse”* (Q32), *“Tenho uma boa saúde”* (Q37) e *“Boa”* (Q40).

Quando é pedido para responder à questão “Indique os comportamentos que deve adotar para ter uma vida saudável” as respostas são muito semelhantes pois a maioria refere a alimentação saudável, a prática de exercício físico, não fumar e o sono reparador como atitudes fundamentais para ter uma vida saudável. Isto é espelhado em respostas como *“Alimentação saudável e exercício físico”* (Q8), *“Não fumar, dormir bem e comer bem”* (Q5) e *“8 horas de sono, alimentação variada, frutos secos, pouca carne vermelha, carnes brancas e muito peixe e fazer exercício”* (Q16). Alguns dos questionários citam também a importância de adotar estilos de vida saudáveis, sem ingestão de bebidas alcoólicas em excesso, ter uma vida calma e sem stress e ser feliz. Isto encontra-se destacado em respostas como *“Não fumar, não beber e fazer uma boa alimentação”* (Q11), *“Alimentação saudável, exercício físico e evitar stress”* (Q18), *“Comer saudável, descansar e ter tempo livre para poder usufruir dele”* (Q25) e *“Ser feliz, alimentação equilibrada e variada, não fumar e não beber, praticar desporto e ter uma vida limpa”* (Q34).

À questão que pretende saber se as mulheres consideram que fumar prejudica a saúde, 100% afirma que sim, sendo que as respostas à questão “Indique os malefícios do consumo de tabaco para a sua saúde” são semelhantes no seu conteúdo. As patologias do foro oncológico, do aparelho respiratório e do aparelho cardiovasculares são aquelas que se repetem mais vezes. Nas patologias oncológicas é referido um maior número de vezes o cancro do pulmão, seguido do cancro boca e garganta. Também o cancro na sua generalidade é mencionado algumas vezes, duas das mulheres inquiridas fazem referência ao cancro do colo do útero, uma ao cancro da mama e uma ao cancro colo-rectal. Isto verifica-se em respostas como *“Cancro dos pulmões, boca e garganta e problemas como AVC”* (Q31), *“Cancro do pulmão,*

*mama e colo do útero*” (Q22). Nas patologias relacionadas com o aparelho respiratório, os problemas respiratórios não especificados e a asma são os mais referidos. A bronquite é mencionada algumas vezes e a falta de ar e a DPOC uma vez. Algumas das respostas que espelham este facto são: *“Cancro dos pulmões, asma, problemas de infertilidade, dificuldade em engravidar, AVC”* (Q11), *“Todos os níveis, provoca problemas respiratórios como asma, cancro do pulmão, garganta e boca e AVC”* (Q35), *“Provoca cancro, cancro do pulmão, agrava a asma e bronquite e problemas cardíacos”* (Q33), *“DPOC, a nível cardíaco são enfartes, cancro da boca, garganta e pulmões”* (Q29). No que concerne aos malefícios para o aparelho cardiovascular, as palavras problemas de coração, AVC e enfartes são as mais frequentes, sendo visível em respostas como *“Faz mal, faz falta de ar, prejudica a nível pulmonar, pode trazer problemas cardíacos, provocar AVC e cancro”* (Q27) e *“Problemas de coração como enfarte, problemas de pulmões como asma e cancro do pulmão e problemas de fertilidade”* (Q26). A infertilidade é mencionada por quatro mulheres como se verifica na resposta *“Cancros, aumenta a sua probabilidade, problemas de fertilidade, problemas cardíacos e AVC”* (Q34). Embora poucas, há respostas como *“Cancro dos pulmões, boca e garganta e reduz capacidade física”* (Q18), *“Cancro do pulmão, laringe e boca, faz mal à pele e cabelo”* (Q25), *“Doenças cardiovasculares, alterações da pele, alterações na dentição e cancro”* (Q24), *“Cancro asma. AVC, perda de olfato e paladar”* (Q36), que fazem referência aos problemas de cabelo, de pele, de dentes, paladar, olfato e resistência física.

Quanto à questão “Considera que fumar durante a gravidez é prejudicial?”, uma mulher respondeu *“Se fumar pouco não há problema em fumar na gravidez, por isso é que os médicos não aconselham a deixar de fumar totalmente”* (Q24)”, considerando não ser prejudicial à saúde da grávida e do feto. As restantes reconhecem ser prejudicial, indicando malefícios ao nível do aparelho respiratório, do aparelho cardiovascular e patologias oncológica para a grávida, problemas na gestação, de fertilidade, atraso do desenvolvimento fetal e alterações do desenvolvimento fetal, dependência de nicotina para a futura criança, problemas no aparelho respiratório da criança, síndrome de morte súbita infantil e parto pré-termo. *“Placenta velha, passa diretamente para o feto, problemas cardiovasculares da mãe, atraso do desenvolvimento fetal, aborto espontâneo, baixo peso e nasce mais cedo”* (Q30), *“Faz mal, atraso do crescimento do bebé, placenta prévia, aborto espontâneo e tensões*

*altas*” (Q31), *“Bebé nasce mais pequeno, dificuldade em engravidar, o bebé pode nascer antes do tempo”* (Q 10), *“Malformações congénitas, os bebés podem ficar com asma e morte súbita”* (Q36), *“O bebé nasce com alguma dependência, com baixo peso e com predisposição para ter mais problemas de saúde como asma”* (Q16).

Relativamente à exposição ao FAT, 100% afirma como sendo prejudicial para a saúde. A maioria das mulheres inquiridas refere que os malefícios da exposição ao FAT são os problemas respiratórios (asma e bronquite) e o cancro do pulmão. Isto encontra-se evidenciado em respostas como *“Asma, bronquite e cancro”* (Q37) e *“Afeta as vias respiratórias provocando bronquite, asma e pode levar ao cancro dos pulmões”* (Q24). Seguidamente vêm os problemas cardíacos e a irritação dos olhos como se verifica em *“Irritação dos olhos e garganta e rouquidão, cancro do pulmão e problemas de coração”* (Q31). Das mulheres inquiridas, quatro consideram ser pior que fumar, três referem a irritação da garganta e, os problemas de cabelo e de pele são mencionados uma vez.

Na questão *“Considera haver benefícios em fumar?”*, 72,5% reconhece não haver benefícios em fumar e 27,5% reconhece benefício. Fumar é associado ao prazer e é visto como calmante e relaxante, sendo reforçado em respostas como *“Psicológico e prazer”* (Q12), *“Relaxante, calmante”* (Q14) e *“Alternativa ao calmante”* (Q24).

Das mulheres inquiridas, apenas uma não considera haver vantagens/benefícios em deixar de fumar. À questão *“Quais as vantagens em deixar de fumar?”*, as respostas são semelhantes. A maioria refere que é benéfico para a saúde, na medida em que melhora a saúde e a qualidade de vida, evita doenças, melhora a capacidade respiratória, a resistência física e o paladar. Isto é espelhado em algumas respostas, nomeadamente *“Várias, desde melhorar a respiração e os níveis de cansaço, a poder saborear melhor os alimentos”* (Q15), *“Melhora a saúde, maior resistência física e maior capacidade para fazer as coisas”* (Q18), *“Melhora a capacidade física e a saúde”* (Q31), *“Melhora muito a saúde e previne doenças”* (Q35). Respostas como *“Poupava na carteira logo a começar e melhora a saúde”* (Q27) e *“Aumenta o dinheiro na carteira e ganha-se mais resistência a nível físico”* (Q24), evidenciam que, para algumas das mulheres inquiridas, um dos benefícios prende-se com as questões económicas de redução de custos.

Na questão “A sua família ou amigos são importantes na tomada de decisão de deixar de fumar? Em que medida?”, 52% das inquiridas refere que a família e os amigos têm importância, sendo notório uma maior importância da família no que diz respeito à força de vontade e à motivação que estas dão na tomada de decisão de deixar de fumar, estando presente em expressões como “*São muito importantes, dão-nos motivação*” (Q5) e “*Ajudariam na motivação para eu deixar de fumar*” (Q23), sendo que quatro das mulheres inquiridas referem que os filhos têm importância relevante na sua tomada de decisão: “*Sim, as minhas filhas deveriam ser a minha motivação, para não se tornarem fumadoras um dia*” (Q3) e “*Sim, os filhos influenciam muito*” (Q29). Porém, quase metade das inquiridas não reconhece qualquer importância da família e amigos na sua tomada de decisão de deixar de fumar.

Relativamente ao conhecimento de estratégias para deixar de fumar, 92,5% refere conhecer. As mais enumeradas são as estratégias medicamentosas (pensos, comprimidos e pastilhas) e as consultas de acompanhamento para a cessação tabágica, sendo visível em respostas como “*Pensos, pastilhas, comprimidos e consultas de cessação tabágica*” (Q8) e “*Pensos, comprimidos, medicinas alternativas e apoio psicológico*” (Q16). Também as terapias alternativas e os cigarros eletrónicos são referidos, embora com menor frequência, em respostas como “*Pastilhas, adesivos e medicinas alternativas*” (Q24) e “*Sei que há comprimidos, sessões de grupo, cigarros eletrónicos e pensos*” (Q17). Uma das inquiridas referiu o recurso a aplicações móveis como estratégia para deixar de fumar na resposta “*Aplicação de telemóvel*” (Q13).

No que diz respeito às estratégias para reduzir a exposição ao FAT, 80% das mulheres inquiridas possuem conhecimentos, sendo que, a maioria refere como estratégias evitar a exposição ao fumo em locais fechados na generalidade, a casa e o trabalho e não estar em contacto com fumadores, como se verifica nas respostas “*Deixar de estar com quem fuma, não fumar em casa, não estar em espaços fechados onde fumam*” (Q1), “*Deixar de estar junto de quem fuma, não fumar em casa e não fumar no carro*” (Q6) e “*Proibirem fumar em locais fechados como o trabalho e não estar junto de quem fuma*” (Q11). A legislação antitabágica, a sua implementação e cumprimento é também mencionada em sete questionários, nomeadamente em “*Deixar de estar em locais de fumo, não fumar em casa e as leis de proibir fumar*” (Q9)

e *“Evitar locais onde se fuma, sair de perto de quem está a fumar, cumprimento da lei contra o tabaco”* (Q25).

Na questão *“Que barreiras considera existir para conseguir deixar de fumar?”*, as respostas incidem fundamentalmente nas barreiras psicológicas, ou seja, na falta de motivação e na força de vontade, estando presente em citações como *“Falta de motivação para deixar de fumar”* (Q11) e *“Falta de força de vontade”* (Q23). O reconhecimento do *stress*, do grau de dependência do tabaco e do ambiente em que a pessoa está inserida foram também citados em algumas respostas como *“Stress do dia-a-dia”* (Q4), *“Barreiras psicológicas e o vício”* (Q9) e *“O ambiente social, o contexto”* (Q29). Apenas uma das mulheres referiu *“Gosto em fumar, medo de alterações de humor e medo de comer mais e engordar”* (Q6), outra *“A minha doença, a depressão”* (Q14), outra a *“Ansiedade”* (Q28), outra *“Aceitar a necessidade de deixar de fumar”* (Q5) e outra *“Não existem barreiras para conseguir deixar de fumar”* (Q38).

## 4. CONCLUSÕES

### 4.1. Limitações do Projeto de Intervenção Comunitária

O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, teve, ao longo da sua execução, algumas intercorrências e limitações. A primeira intercorrência foi na fase da seleção das estratégias, uma vez que, para a sua execução necessitávamos de um meio audiovisual com vídeo e, visto que a instituição apenas possui meio audiovisual sem vídeo, tentou-se solicitar a uma empresa, que atendendo à componente social, oferecesse um meio audiovisual com DVD integrado à UCSP Marvila, vindo esse pedido indeferido. Tendo em conta este facto, a solução para a exequibilidade da intervenção foi levar um DVD próprio aquando da intervenção.

Decorrente desta situação, a limitação major deste projeto é, nosso entender, a impossibilidade de manter esta estratégia de promoção de saúde (visualização de um vídeo sobre o tabagismo em sala de espera), após o termino do projeto, pois para a visualização do mesmo é necessário um DVD que a instituição não possui, sendo esta estratégia limitada ao tempo de intervenção comunitária.

No que concerne à criação de uma aplicação para dispositivos móveis, consideramos como limitação esta não estar disponível em dispositivos móveis da *Apple*, isto porque criar uma aplicação neste tipo de dispositivos implicava um gasto económico considerável.

Outra das limitações foi a impossibilidade de criar um *link* do vídeo no *site* da instituição, uma vez que a mesma não possui *site*. Face a esta situação foi dirigido um pedido ao ACES Lisboa para o mesmo efeito, o que também não foi possível, contudo, na resposta que nos foi dada, referiram que estavam a desenvolver um *site* e que, aquando da sua operacionalização, disponibilizariam um *link* com o vídeo para que os utentes e profissionais pudessem aceder, valorizando desta forma a iniciativa. (Apêndice XIII)

O facto desta intervenção estar relacionada com o comportamento de fumar, e sendo o tabagismo algo tão complexo relacionado com os comportamentos, consideramos outra limitação apenas conseguir avaliar o resultado da nossa intervenção a curto prazo. Assim, a avaliação da adoção de comportamentos

favoráveis à saúde no que respeita ao tabaco, nomeadamente a mudança de comportamento, não foi possível avaliar pela limitação temporal. Para que conseguíssemos avaliar a mudança de comportamento das mulheres nas quais intervimos, e conseqüentemente o impacto das nossas intervenções em ganhos para a saúde era necessário acompanhá-las durante um período de tempo mais longo, o que a duração do estágio não permitiu.

#### **4.2. Reflexão sobre o Desenvolvimento de Competências na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública**

Ao longo do projeto de intervenção comunitária foram adquiridos, desenvolvidos e sedimentados novos saberes, tendo por base a melhor evidência científica e a capacidade crítica e reflexiva exigida a nível de mestrado, bem como, foram desenvolvidas competências para o exercício profissional especializado, que, segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), são "(...)" competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade" assentes em elevados padrões de qualidade e na responsabilidade ética e legal que consta no Código Deontológico do Enfermeiros (Decreto-Lei nº 104/98, p.1742).

A OE (2011) refere que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública desenvolve, no seu percurso formativo, competências para ser agente ativo em avaliações multicausais e em tomadas de decisão referentes aos principais problemas de saúde pública, baseando-se na metodologia do planeamento em saúde, bem como, participa em programas e projetos de intervenção com objetivo major de capacitar e empoderar as comunidades e atingir os objetivos do Plano Nacional de Saúde. Desta forma, o EEECSPP atua em diversos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados a grupos específicos.

No desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária, que teve como foco de intervenção de enfermagem a prevenção do tabagismo na mulher em idade fértil e a exposição ao FAT, bem como, a promoção da saúde e estilos de vida saudáveis, atendeu-se às diversas etapas da metodologia do Planeamento em Saúde

e ao referencial teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender. Isto, possibilitou conhecer e avaliar o estado de saúde do grupo de mulheres em idade fértil que recorrem às consultas de PF e SM, realizar um diagnóstico de saúde, definindo prioridades em saúde, permitiu delinear objetivos e estratégias de intervenção, realizar uma intervenção de enfermagem comunitária e conseqüentemente avaliar a mesma, mobilizando continuamente os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, procurando utilizar, atendendo ao contexto de intervenção, a melhor evidência científica, a inovação, tecnologia e rigor como justificação para as nossas práticas.

Procurou-se, através da reflexão e do conhecimento, indagar sobre novas formas de intervenção na comunidade, no sentido do desenvolvimento de uma prática de enfermagem diferente, diferenciada e inovadora, e, mobilizar diversas áreas do conhecimento, nomeadamente das ciências da saúde, ciências sociais e humanas, ciências da educação e as novas tecnologias da informação e comunicação, no sentido de favorecer a mobilização, participação e capacitação da comunidade.

Foi também possível desenvolver a autonomia, responsabilidade, liderança e sentido crítico e reflexivo ao longo deste percurso, como também as competências que se relacionam com a investigação na área da enfermagem comunitária através da revisão *scoping* realizada na fase do diagnóstico de situação e que acompanhou todo o projeto. Aprofundou-se conhecimentos sobre os diversos modelos de enfermagem, nomeadamente o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, sobre a promoção da saúde e EpS, bem como, sobre as diversas ferramentas existentes com recurso às novas tecnologias de informação e comunicação, o que permitiu uma análise cuidada da situação de saúde e, conseqüentemente, uma rigorosa fundamentação da intervenção na comunidade. Também a avaliação das intervenções realizadas, através da reflexão sobre os indicadores de resultado, de atividade e de satisfação, permitiu mensurar a intervenção, no sentido da melhoria do estado de saúde da população.

Ao longo do projeto de intervenção comunitária foi possível aprofundar conhecimentos sobre a problemática do tabagismo a nível mundial, na Europa e em Portugal, sobre os indicadores de saúde, bem como, sobre as diretrizes da OMS e do programa prioritário da DGS, contribuindo desta forma para a sua implementação e

dinamização. Foi possível conhecer mais profundamente, compreender e refletir sobre o Plano Nacional de Saúde vigente e, desenvolver um espírito crítico e reflexivo, olhando de outra forma para a saúde e para a doença, para as diversas entidades e instituições e, fundamentalmente para o papel importante dos profissionais de saúde, do trabalho de equipa, da importância de desenvolver parcerias e protocolos e de entender o utente, família e a comunidade como basilares no processo de saúde, no sentido da sua capacitação e empoderamento nas tomadas de decisão.

Atendendo ao meu percurso profissional estar assente nos cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente numa área muito específica que é o Bloco Operatório, considero que, ao longo deste período, enriqueci enquanto profissional, na medida em que adquiri novos conhecimentos, sedimentei outros, desenvolvi um olhar diferente e reflexivo acerca dos cuidados de enfermagem dirigidos ao indivíduo inserido numa determinada comunidade e, mobilizei os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares transpondo-os para a prática. Considero por isso que estou numa fase inicial do meu processo de aprendizagem e na aquisição de competências, encontrando-me, como refere Benner (2001, p.49), no estadio de iniciado, uma vez que, “(...) as iniciadas não têm nenhuma experiência das situações com que elas possam ser confrontadas.”, pretendendo dar continuidade a este processo de aquisição de competências através da canalização de todos os meios para que isso seja possível.

Em suma, e atendendo aos descritores de Dublin para o 2º ciclo, referido no JQI (2004), julgo poder dizer que todo este percurso me permitiu desenvolver competências ao nível da compreensão dos conhecimentos prévios e dos conhecimentos adquiridos e, ser capaz de, em situações e contextos diferentes do que me é familiar, atuar no sentido da resolução dos problemas, sendo capaz de, na tomada de decisão, emitir juízos fundamentados, sustentados na investigação, na melhor evidencia científica e nos pressupostos éticos e deontológicos da profissão, bem como, me permitiu desenvolver competências para que, autonomamente, seja capaz de procurar novos saberes e desenvolver novas aprendizagens ao longo da vida. Também o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva, já referida anteriormente me permitiu ser capaz de traduzir de uma forma clara e objetiva as

conclusões por mim alcançadas, ajustando o seu conteúdo e a linguagem utilizada para que a comunicação seja eficaz e assertiva.

### **4.3. Considerações Finais**

Portugal, em parceria com a OMS e outros países, pretende proteger as gerações presentes e futuras com o desenvolvimento de políticas e medidas que reduzam os efeitos devastadores, não só em termos de saúde, como também em termos sociais, ambientais e económicas relacionados com o consumo e exposição ao FAT. Neste sentido, surge como programa prioritário o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo que visa promover um futuro mais saudável e livre de fumo através da redução da prevalência do consumo de tabaco na população com 15 anos ou mais e da eliminação da exposição ao FAT (DGS, 2012). Atendendo a estes pressupostos e ao fato do consumo de tabaco nas mulheres estar a aumentar, procuramos com a nossa intervenção, incentivar a cessação tabágica nas mulheres em idade fértil fumadoras, através da capacitação para deixar de fumar e sensibilização das mesmas para os riscos da exposição ao FAT e das estratégias para reduzir a exposição.

Para tal, norteamos a nossa intervenção nos pressupostos do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, o que permitiu justificar e alicerçar as atividades desenvolvidas, bem como, identificar e compreender os comportamentos anteriores e os diversos fatores que o condicionam, os conhecimentos e sentimentos acerca do comportamento que se pretende alcançar e o compromisso do indivíduo para a mudança de comportamento no sentido de ganhos em saúde. (Pender, Murdaugh & Parsons, 2001). Também as competências do enfermeiro comunitário ou de saúde pública, referidas pela OE (2011), nomeadamente ao nível da prevenção primária e do reconhecimento da importância de trabalhar em parceria, quer com o indivíduo/família/comunidade, com outros grupos de profissionais, quer com instituições no sentido da promoção da saúde e dos ganhos em saúde, foram tidos em conta na nossa intervenção. Por último, indo ao encontro de Silva (2014), na seleção das estratégias de intervenção tivemos presente o choque tecnológico e a crescente produção de informação que caracteriza a sociedade atual, bem como as recomendações da OMS (2005) sobre a importância que os avanços nas TIC podem

ter na prestação de cuidados de saúde e a importância do recurso às TIC defendido pela DGS (2010) como estratégia de EpS que exige aos profissionais de saúde e às próprias instituições de saúde, uma atitude diferente que se traduz em maior autonomia do utente relativamente à informação médica e de saúde.

Após a nossa intervenção, utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde, pudemos concluir que houve ganhos em saúde quantificáveis, uma vez que os objetivos propostos foram atingidos e as atividades propostas desenvolvidas, sendo que a mensuração dos resultados obtidos permite dar visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados e corroborar a sua pertinência e continuidade. Consideramos que a EpS com recurso às TIC, nomeadamente vídeo e aplicação para dispositivos móveis, foram as estratégias de intervenção mais pertinentes, adequadas e emergentes, na medida em que respondem às necessidades atuais da sociedade, captando o interesse dos indivíduos, contribuindo para a capacitação das mulheres fumadoras em idade fértil, no sentido da promoção da saúde e empoderamento das mesmas.

Com a elaboração do presente relatório pretendemos espelhar todo o percurso por nós realizado ao longo deste estágio, os ganhos em saúde para indivíduo/grupo/comunidade, as limitações encontradas, as competências desenvolvidas e o enriquecimento profissional e pessoal que a sua realização possibilitou.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L. (2016). Saúde 2020, O impacto da tecnologia. In *As TIC e a Saúde no Portugal de Hoje*. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, 23 de março de 2016. Lisboa.

Acedido a 11/10/2016. Disponível em:

<http://www.apdsi.pt/uploads/news/id967/Leonor%20Silva%20-%20Deloitte.pdf>

Alves E.; Azevedo A.; Correia S. & Barros H. (2013). Long-Term Maintenance of Smoking Cessation in Pregnancy: An Analysis of the Birth Cohort Generation XXI. *Nicotine & Tobacco Research*, 15 (9), 1598–1607.

**DOI:** 10.1093/ntr/ntt026

Acedido a 27/02/2016 (CINAHL Plus With Full text). Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=5f6dab2e-6de9-4d00-a42b-cbae78864903%40sessionmgr115&hid=101>

Alves, P. (2010). Aspectos do Tabagismo em Grupos Particulares. In Pestana, E. (Coord.). *Tabagismo: Do Diagnóstico ao Tratamento* (pp. 209 -226). Lousã: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.

AWHONN - Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2010). Smoking and Women's Health. *JOGNN*, 39(5), 427–429.

**DOI:** 10.1111/j.1552-6909.2010.01178.x

Acedido a 22/03/2016, CINHALL with full text. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=76d8677d-f448-455f-87b0-93ecf11bbc31%40sessionmgr4001&hid=4114>

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 172-8535-97-X.294

Carta de Compromisso da UCSP Marvila (2015) – ACES Lisboa Central:  
Lisboa,

Acedido a 03/04/2016. Disponível em:

[http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/1676/UCSP\\_Marvila.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/1676/UCSP_Marvila.pdf)

Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. & Vitorino, P. (2001). Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2, 75-82.

Acedido a 02/04/2016. Disponível em:

<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>

Dietz, P.C; England, L.; Shapiro-Mendoza, C.; Tong V.; Farr, S. & Callaghan, W. (2010). Infant Morbidity and Mortality Attributable to Prenatal Smoking in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 39 (1), 45-52.

**DOI:**10.1016/j.amepre.2010.03.009

Acedido a 27/02/2016 (Medline With Full text). Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=351882ad-06a0-4024-9aeb-47f0ac96ebd3%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4114&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=20547278&db=mnh>

DECRETO-LEI nº 104/98. **D.R I Série A.** (21-04-1998) 1739-1757.

Direção Geral de Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar – Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa: DGS.

Acedido a 23/03/2016. Disponível em:

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Direção Geral de Saúde (2010) – Adenda à Análise Especializada: Tecnologias de Informação e Comunicação. Lisboa: DGS.

Acedido a 11/10/2016. Disponível em:

<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/TIC-A31.pdf>

Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo: Orientações Programáticas*. Lisboa: DGS.

Acedido a 15/02/2016. Disponível em:

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Direção Geral da Saúde (2016). *Portugal, Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2015: Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: DGS.

Acedido a 21/03/2016. Disponível em:

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2016). Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações, Normas APA e ISSO 690 (NP405). ESEL, Lisboa, Portugal.

Espanha, R. & Cardoso, G. (2009). A saúde electrónica e as práticas de E-Health em Portugal. *Observare – Janus*.

Acedido a 20/10/2016. Disponível em:

[www.janusonline.pt](http://www.janusonline.pt)

Fortin, M.; Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Ferreira, P.; Quintal, C.; Lopes, I. & Taveira, N. (2009). Teste de Dependência à Nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerstrom. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 27 (2), 37-55.

Grilo, N. (2010). Informação de Saúde na Internet: Quais as consequências? Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto.

Acedido a 20/10/2016. Disponível em:

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53358/2/Informao%20de%20Sade%20na%20Internet%20%20Quais%20as%20consequencias.pdf>

Heatherton, TF.; Kozlowski LT.; Frecker RC.; Fagerstrom KO (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 86, 1119-1127.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões: 2010*. Lisboa: INE.

Acedido a 3/06/2016. Disponível em:

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOES\\_pub\\_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES_pub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt)

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. (3ª ed.). Lisboa: Obras Avulsas.

JQI (2004). Shared “Dublin” descriptors for the Bachelor’s, Master’s and Doctoral awards. Dublin

Acedido a 16/02/2017. Disponível em:

<https://www.vitae.ac.uk/policy/dublin-descriptors-for-doctorate-mar-2004-vitae.pdf/@@download/file/Dublin-descriptors-for-doctorate-Mar-2004-Vitae.pdf>

Katz, J.E, Rice, R.E. & Acord, S. (2006). Redes de salud virtual y tranformaciones sociales: Expectativas de centralizazion, experiencias de descentralization. In Castells M. (Ed). *La Sociedad red: una vision global* (360-389). Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Acedido a 11/10/2016. Disponível em:

<http://www.comm.ucsb.edu/faculty/rrice/C44aKatzRiceAccord2006.pdf>

Kupfer, D. & Regier, D.(2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5). (M. L. Figueira, Trad.). Lisboa: Climepsi.

Lancaster, J.; Onega, U. & Forness, D. (1999). *Teoria, Modelos e Princípios educacionais Aplicados a Enfermagem Comunitária*. Loures. Lusociência.

Laverack, G. (2008). *Promoção da Saúde, Poder e Empoderamento*. Loures. Lusodidacta.

Leopércio, W.& Gigliotti, A. (2004). Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*.30(2), 176-185.

Acedido a 07/03/2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132004000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000200016)

Lopes, J. & Heimann, C. (2016). Uso das tecnologias da informação e comunicação nas ações médicas à distancia: um caminho promissor a ser investido na saúde pública. *Journal of Health Informatics*.8 (1). 26-30.

Acedido a 10/10/2016. Disponível em:

<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/364/252>

Maia, M.; Correia, A. & Lapão, L. (2015). Telemedicina – Um meio para a saúde global. Um caminho para o acesso universal à saúde. Police paper

Acedido a 12/10/2016. Disponível em:

<http://www.c-healthcongress.pt/wp-content/uploads/sites/10/2016/07/2015-IHMT-policy-paper-telemedicina-Lapao-Out2015.pdf>

Moreira, S. (2010). Nicotina e Mecanismos de Dependência. In Pestana, E. (Coord.). *Tabagismo: Do Diagnóstico ao Tratamento* (pp. 69-84). Lousã: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.

Mota, P. (2010). Efeitos do Tabagismo Ativo para a Saúde. In Pestana, E. (Coord.). *Tabagismo: Do Diagnóstico ao Tratamento* (pp. 85-114). Lousã: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.

Mackey, M.; McKinney, E.; Tavakoli, A. (2008). Factors Related to Smoking in College Women. *Journal of Community Health Nursing*. 25, 106–121.

**DOI:** 10.1080/07370010802017141

Acedido a 22/03/2016, CHINAL with full text. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=af553f5a-94a3-468e-97e0-c7ec6eea2601%40sessionmgr110&hid=102>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa. OE.

Acedido a 2/04/2016. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitsaudepublica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa:OE.

Organização Nações Unidas (2013). *World Economic and Social Survey 2013 – Sustainable Development Challenges*. New York: United Nation.

Acedido a 12/10/2016. Disponível em:

<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2843WESS2013.pdf>

Organização Mundial de Saúde (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: OMS

Acedido a 23/02/2016. Disponível em

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Organização Mundial de Saúde (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Genebra: OMS.

Acedido a 23/02/2016. Disponível em:

[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_ladt/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/)

Organização Mundial de Saúde (2003). *Who framework convention on tobacco control*. Genebra: OMS.

Acedido a 10/10/2016. Disponível em:

[http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_FCTC\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2005) – *WHA resolution*. Genebra: OMS.

Acedido a 12/10/2016. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20378/1/WHA58\\_28-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20378/1/WHA58_28-en.pdf?ua=1)

Organização Mundial de Saúde (2015). *Tobacco: Ending an unhealthy trend*. Brasil: OMS.

Acedido a 15/02/2016. Disponível em:

<http://www.who.int/mediacentre/commentaries/reducing-tobacco-use/en/>

Pender, N.J.; Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2001). *Health Promotion in Nursing Practice*. (5ª ed.). New Jersey: Pearson Education.

Perron, B., Taylor, H., Glass, J. & Leys, J. (2010). Information and Communication Technologies in Social Work. *Adv. Soc. Work.* 11 (2). 67-81.

Acedido a 12/10/2016. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3117433/>

Reis, I.; Fortuna, P.; Ascensão, R.; Bugalho, A.; Costa, J. & Carneiro, A. (2009). *Norma de Orientação Clínica para a Cessação Tabágica*. Lisboa: CEMBE- Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidencia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Ribeiro, J. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 15(3), 671-682.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150309>

Acedido a 1/04/2016. Disponível em:

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16450086201400030009](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086201400030009)

Richmond RL; Kehoe LA & Webster IW. (1993). Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. Aug, 88 (8), 1127-1135.

Sakraida, T. (2004). Modelo de Promoção de Saúde, Nola J. Pender. In Tomey, A.; Alligood M. (Coord.). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra* (pp. 699- 715). Loures: Lusociência.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2015) – Relatório do Think Tank e-Health em Portugal, visão 2020. Lisboa: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

Acedido a 10/10/2016. Disponível em:

<http://1mzobq1ocyts1wep384fsb5k.wengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/11/Relat%C3%B3rio-Think-Tank-eHealth-2020-v05112015.pdf>

Silva, Vânia Maria de Sousa (2014). *Literacia Tecnológica e Necessidades de Informação da Pessoa com Diabetes: Potencial de Utilização das TIC*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Acedido a 10/10/2016. Disponível no Rcaap

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9493>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Departamento dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde.

Treloar, D. & Gunn, J. (2012). Caught in the tapestry of tobacco: Why I smoke. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 41(1), 51–57.

Acedido a 22/03/2016. (CINHAL with full text). Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=76d8677d-f448-455f-87b0-93ecf11bbc31%40sessionmgr4001&hid=4114>

Tinio, Victoria L. (2003). *ICT in Education. E-Primers for the Information Economy*

Acedido a 12/11/2016. Disponível em:

[http://www.saigontre.com/FDFiles/ICT\\_in\\_Education.PDF](http://www.saigontre.com/FDFiles/ICT_in_Education.PDF)

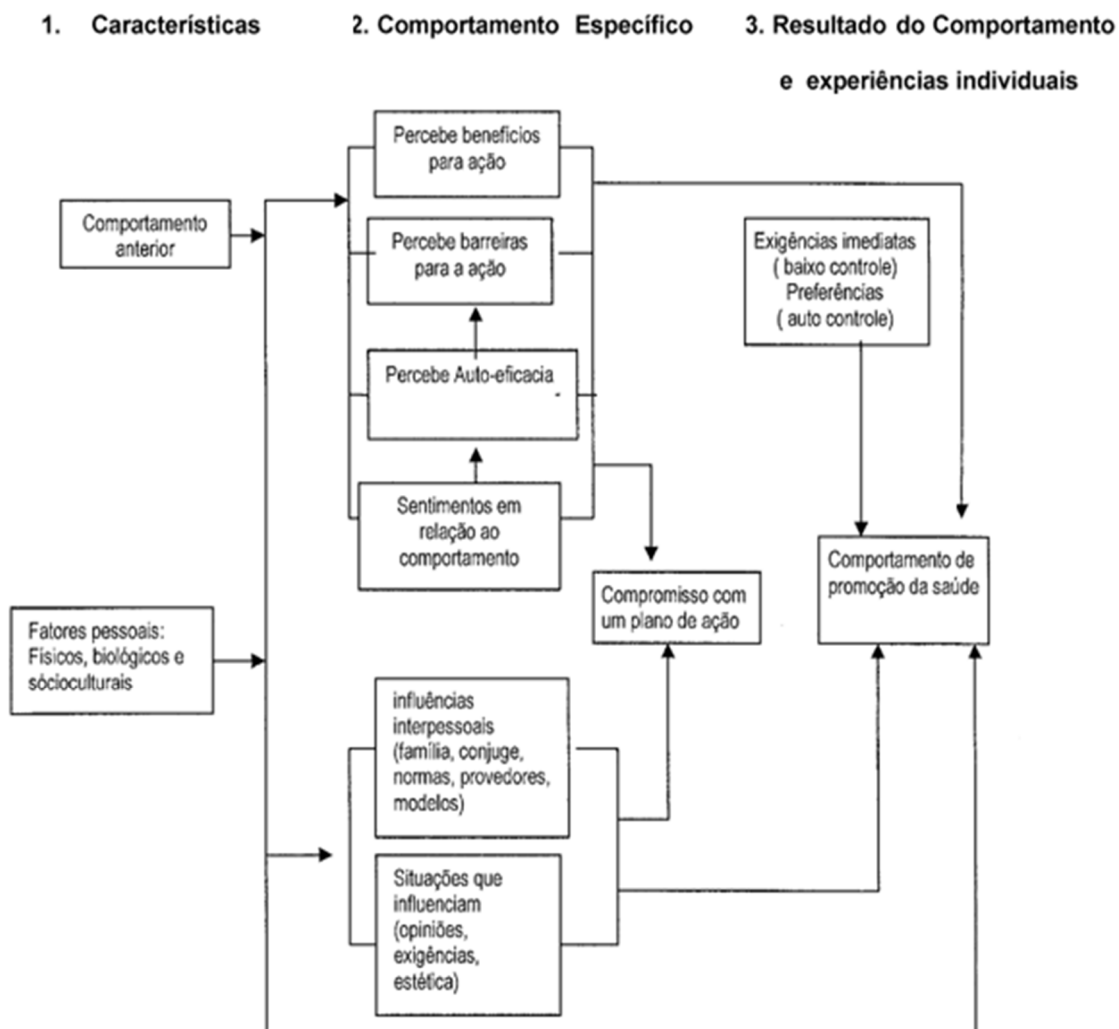
Victor, J.; Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enfermagem*. 18(3), 235-240.

Acedido a 1/04/2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

## **ANEXOS**

**Anexo I – Diagrama Adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de  
Nola Pender**



Fonte: Victor, J.; Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enfermagem*. 18(3), 235-240;

## APÊNDICES

**Apêndice I – Metodologia de Investigação**

Para a formulação da questão de investigação foi utilizada a metodologia PCC, atendendo às palavras chaves referidas no quadro abaixo.

**Quadro A. Critérios para a formulação da questão de investigação**

		<b>Palavras Chave</b>
<b>P (População)</b>	Mulheres em idade fértil	Women of childbearing age <b>Women</b>
<b>C (Conceito)</b>	Prevenção do tabagismo	<b>Smoking Prevention</b> Literacia em saúde Health Promotion
<b>C (Contexto)</b>	Intervenções de enfermagem	Nurse <b>Nursing</b> Nursing intervention Community Health

Para desenvolver a pesquisa acerca da problemática em questão foram utilizadas como estratégias o recurso à plataforma agregadora de bases de dados EBSCO HOST, selecionando as bases de dados *CINAHL Plus With Full Text* e *MEDLINE With Full Text*, estabelecendo como limite temporal, o período de 2006 a 2016, ou seja, estudos referentes aos últimos 10 anos, utilizando as palavras-chave em linguagem natural.

**Quadro B. Resultados da pesquisa nas bases de dados**

<b>Pesquisa</b>	<b>Bases de dados</b>	<b>Termos de pesquisa</b>	<b>Resultado</b>
<b>Pesquisa A</b>	Medline with full text	MH "nursing" and MH "smoking prevention" and "women" (linguagem natural)	16 resultados
<b>Pesquisa B</b>	Cinahl Plus with Full Text	"women" and "smoking prevention" and "nursing"	10 resultados
<b>A + B</b>			<b>26</b>

Após a obtenção dos resultados de pesquisa, os critérios de inclusão para a seleção e análise dos artigos relacionou-se com:

- **participantes** (população)  
Mulheres em idade fértil (mulheres grávidas e não grávidas)
- **conceito e contexto** em estudo

Estudos relacionados com a prevenção do tabagismo e promoção da saúde das mulheres em idade fértil e as intervenções dos enfermeiros face a esta problemática.

- **desenho do estudo**

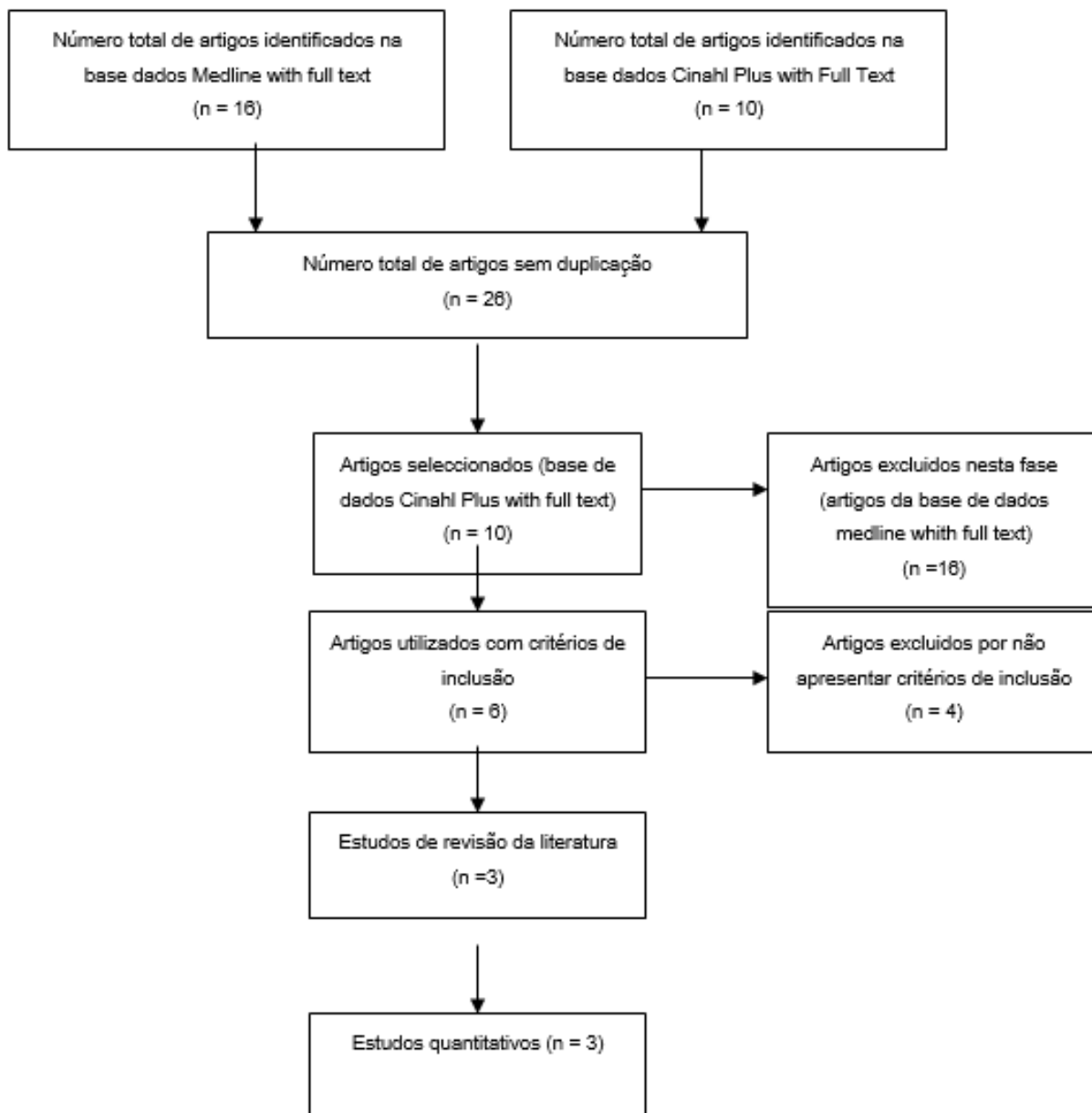
Estudos de natureza qualitativa, quantitativa, revisões sistemáticas da literatura e publicações livres, que sejam baseados em evidência científica.

Dos 26 artigos encontrados, após uma leitura dos resumos dos mesmos, foram selecionados e analisados 6 artigos da base de dados *Cinahl Plus with Full Text*, encontrando-se os nomes dos mesmos descritos.

**Quadro C. Nome dos artigos utilizados para a *scoping review***

Pesquisa	Bases de dados	Nome do artigo
Pesquisa B	Cinahl Plus with Full Text	“Caught in the tapestry of tobacco: Why I smoke” “Factors Related to Smoking in College Women” “Smoking and Women’s Health” “Two Decades of Nurse-Led Research on Smoking During Pregnancy and Postpartum: Concept Development to Intervention Trials” “Nursing Research in Community-Based Approaches to Reduce Exposure to Secondhand Smoke” “Tobacco control curricula content in baccalaureate nursing programs in four Asian nations”

Quadro D. Diagrama de Prisma



**Apêndice II - Autorização do Presidente Executivo do ACES de Lisboa Central e do Coordenador da UCSP de Marvila**

**Exmo. Coordenador do UCSP de Marvila**  
**Dr. João Carlos Teles Sousa Sottomayor**

Eu, Renata Gomes Miranda, portadora de C.C. 12763827, enfermeira, estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a decorrer no período entre Fevereiro de 2016 e Fevereiro de 2017, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para desenvolver na UCSP Marvila, um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito do tabagismo, denominado "*Tabagismo na Mulher em idade fértil: uma intervenção de enfermagem comunitária*", tendo como orientador Pedagógico a Prof. Lourdes Varandas e como Orientador Clínico a Enf. Elsa Januário.

Para a realização do Projecto de Intervenção Comunitária irei utilizar a Metodologia do Planeamento em Saúde. Para tal, peço autorização para recolher dados através da aplicação de questionário às mulheres fumadoras em idade fértil que vão à consulta de Planeamento Familiar ou à consulta de Saúde Materna, bem como, utilizar esses dados no relatório de intervenção.

Desde já refiro que o anonimato, confidencialidade da informação e respeito pelos utentes será garantido, havendo um consentimento informado e esclarecido por parte destes para a utilização da informação e posterior tratamento e divulgação dos resultados.

Peço também autorização para fazer referência, no projecto, sempre que necessário e oportuno o ACES LISBOA Central, bem como a UCSP Marvila.

Pede deferimento,

Atenciosamente,  
Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 1/03/2016

*Renata Gomes Miranda*  
*RG*

*João Carlos Teles Sousa Sottomayor*  
João Sottomayor  
Ass. Graduada Clínica Geral  
218 620 754

Outlook

Escreva aqui para para: Toda a Caixa de Correio

Privacidade Opções Terminar sessão

Correio

Calendário

Contactos

Caixa de Entrada (819)

E-mail de Lixo

Itens Eliminados (5)

Itens Enviados

Rascunhos (7)

Clique para ver todas as pastas

Gerir Pastas

Responder Responder a Todos Reencaminhar Fechar

**FW: Pedido de autorização para desenvolvimento do projeto de estagio de Renata Miranda**

Elsa Januario (UCSP Marvila) [elsa.januario@csmarvila.min-saude.pt]

Enviado: 22 de abril de 2016 12:30

Para: Guilherme Augusto Frazão Ferreira | Pres. CCS Lisboa Central

Cc: Rogério Dinis [rogenio.dinis@csmarvila.min-saude.pt]

Bom dia

Reencaminho para aprovação, o pedido solicitado pela aluna em estagio na UCSP Marvila neste momento.

Com os melhores cumprimentos

Elsa Januario  
Responsável de Enfermagem  
UCSP Marvila, ACES Lisboa Central  
Email: elsa.januario@csmarvila.min-saude.pt  
Telefone: +351 21 8429150 Fax: +351 21 71048151

De: RENATA GOMES MIRANDA [mailto:renatamiranda@campus.esel.pt]  
Enviada: sex 22-04-2016 10:52  
Para: Elsa Januario (UCSP Marvila)  
Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento do projeto de estagio de Renata Miranda

*À Exmo. Sr. Presidente  
Prezados Senhores  
Para quem  
nada o faz  
dentro do  
que se pede  
27/04/2016*

**Exmo. Presidente Executivo do Conselho Clínico do Agrupamento de ACES de Lisboa Central**  
**Dr. Guilherme Augusto Bento Frazão Ferreira**

Eu, Renata Gomes Miranda, portadora de C.C. 12763827, enfermeira, estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para desenvolver na UCSP Marvila, um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito do tabagismo, denominado "Tabagismo na Mulher em idade fértil: uma intervenção de enfermagem comunitária", tendo como orientador Pedagógico a Prof. Lourdes Varandas e como Orientador Clínico a Enf. Elsa Januário.

Para a realização do Projecto de Intervenção Comunitária irei utilizar a Metodologia do Planeamento em Saúde. Para tal, peço autorização para consultar plano de desenvolvimento do ACES Lisboa Central, para recolher dados através da aplicação de questionário às mulheres fumadoras em idade fértil que vão à consulta de Planeamento Familiar ou à consulta de Saúde Materna, bem como, utilizar esses dados no relatório de intervenção.

Desde já referir que, o anonimato, confidencialidade da informação e respeito pelos utentes será garantido, havendo um consentimento informado e esclarecido por parte destes para a utilização da informação e posterior tratamento e divulgação dos resultados.

Pede deferimento

Atenciosamente,  
Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 22/04/2016  
Renata Gomes Miranda

*Dá-se parecer positivo à Realização do trabalho proposto, uma vez que está respaldado pelo professor e os princípios éticos e por se tratar de um trabalho académico. Foi autorizado no âmbito do Conselho Clínico do ACES LISBOA CENTRAL pelo ARSLV.*

ARSLVT, I.P.  
ACES LISBOA CENTRAL  
ENTRADA DE DOCUMENTOS  
Nº 8338 em 26.04.16  
A Funcionária  
Ana

1/27/16

**Apêndice III – Questionário elaborado para colheita de dados**



## Questionário

***“Tabagismo na mulher em idade fértil que frequenta as consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna na UCSP Marvila- Uma intervenção de enfermagem comunitária”***

Este questionário surge no âmbito da realização do trabalho de especialidade em Enfermagem Comunitária, desenvolvido em parceria com a ESEL e UCSP Marvila, sendo as respostas anónimas e confidenciais.

### Dados sociodemográficos

(segundo o questionário individual dos censos 2011)

**1.Idade:** \_\_\_\_\_

**2.Estado civil:**

- Solteira
- Casada
- Separada, mas ainda legalmente casada
- Divorciada
- Viúva
- União de facto
- Outro

**3.Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**4.Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

**5. Alfabetismo/Habilitações literárias:**

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever
- 1º ciclo (1º, 2º, 3º ou 4º ano)
- 2º ciclo (5º ou 6º ano)
- 3º ciclo (7º, 8º ou 9º ano)
- Ensino Técnico
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
  - Bacharelato
  - Licenciatura
  - Mestrado
  - Doutoramento

**6. Situação profissional:**

- Empregada
- Desempregada
- Reformada
- Estudante
- Outro

**7. Profissão/ocupação:** \_\_\_\_\_

## História de consumo de tabaco

8. Com que idade começou a fumar?

---

9. Qual o seu consumo de tabaco em anos?

- Há menos de 1 ano
- 1-5 anos
- 6-10 anos
- 11-20 anos
- Superior a 20 anos

10. Já teve períodos sem fumar?

- Sim
- Não

11. Se sim, indique o motivo da cessação tabágica.

- Existência de problemas saúde
- Prevenção de doenças
- Melhorar o nível de saúde
- Pressão familiar e/ou social
- Reduzir custos (poupança)
- Vontade própria
- Gravidez
- Aconselhamento de um técnico de saúde
- Outro Qual? \_\_\_\_\_

(pode assinalar uma ou várias opções)

**12. Qual o motivo da recaída?**

- Ansiedade/*stress*
- Vontade irresistível de fumar
- Problemas pessoais
- Aumento de peso
- Reiniciou consumo em contexto social
- Falta de motivação
- Outro \_\_\_\_\_

**13. Fuma em locais fechados?**

- Sim
- Não

**14. Fuma na presença de algum familiar?**

- Sim
- Se sim, de quem?
- Não

**15. Existem fumadores no seu agregado familiar?**

- Sim
- Não

**16. Se sim, fumam no interior do domicílio?**

- Sim
- Não

**17. Costuma estar exposto a fumo do tabaco?**

- Sim
- Não
- Se sim, onde? \_\_\_\_\_

## Avaliação da Dependência Tabágica: TESTE DE FAGERSTRÖM

(Adaptado de Fagerström Test for Nicotine Dependence: Heatherton TF, Kozlowski LT,

Frecker RC, Fagerström, KO., 1991, validado para português por Ferreira, L., Quintal, C., Lopes I., Taveira N., 2009)

Assinale com um circulo o valor que considera:

<b>18.1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?</b>	
Nos primeiros 5 minutos	<b>3</b>
Entre 6 e 30 minutos	<b>2</b>
Entre 31 e 60 minutos	<b>1</b>
Após 60 minutos	<b>0</b>
<b>18.2. Custa-lhe fumar em locais onde é proibido?</b>	
Sim	<b>1</b>
Não	<b>0</b>
<b>18.3. Qual o cigarro que seria mais difícil para si deixar de fumar?</b>	
O primeiro da manhã	<b>1</b>
Qualquer outro	<b>0</b>
<b>18.4. Quantos cigarros fuma por dia?</b>	
10 ou menos	<b>0</b>
11- 20	<b>1</b>
21-30	<b>2</b>
31 ou mais	<b>3</b>
<b>18.5. Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar ou no resto do dia?</b>	
Nas primeiras horas depois de acordar	<b>1</b>
No resto do dia	<b>0</b>
<b>18.6. Se estiver muito doente, de cama, fuma ou não?</b>	
Sim	<b>1</b>
Não	<b>0</b>

### GRAU DE DEPENDÊNCIA

0 a 3 pontos: dependência fraca

4 a 5 pontos: dependência moderada

6 a 7 pontos: dependência elevada

8 a 10 pontos: dependência muito elevada

## Avaliação da Motivação para Deixar de Fumar: Teste de Richmond

(Adaptado de Richmond's Test: Richmond, RL, Kehoe LA, Webster, IW, 1993).

Assinale com um circulo o valor que considera:

<b>19.1. Gostava de deixar de fumar, se conseguisse com facilidade?</b>	
Sim	<b>1</b>
Não	<b>0</b>
<b>19.2. Qual o seu interesse em deixar de fumar?</b>	
Nenhum	<b>0</b>
Algum	<b>1</b>
Muito	<b>2</b>
Absoluto	<b>3</b>
<b>19.3. Vai tentar deixar de fumar nas próximas duas semanas a um mês?</b>	
Definitivamente não	<b>0</b>
Talvez não	<b>1</b>
Talvez sim	<b>2</b>
Definitivamente sim	<b>3</b>
<b>19.4. Pretende deixar de fumar nos próximos seis meses?</b>	
Definitivamente não	<b>0</b>
Talvez não	<b>1</b>
Talvez sim	<b>2</b>
Definitivamente sim	<b>3</b>

### GRAU DE MOTIVAÇÃO

De 0 a 5 pontos: Motivação Fraca

De 6 a 8 pontos: Motivação Moderada

Mais de 8 pontos: Motivação Forte

## Conhecimentos sobre tabagismo

(Atendendo aos pressupostos do modelo de promoção da saúde de Nola Pender)

**20. O que entende por saúde?**

---

---

**21. Como considera a sua saúde?**

---

**22. Indique os comportamentos que deve adotar para ter uma vida saudável?**

---

---

**23. Considera que fumar prejudica a sua saúde?**

Sim

Não

**24. Se sim, indique os malefícios do consumo do tabaco para a sua saúde.**

---

---

**25. Considera que fumar durante a gravidez é prejudicial?**

Sim

Não

**26. Se sim, indique os malefícios do consumo de tabaco para a mulher grávida e para o feto.**

---

---

**27. Considera a exposição ao fumo ambiental do tabaco prejudicial para a sua saúde?**

Sim

Não

**28. Se sim, indique os malefícios da exposição ao fumo ambiental do tabaco?**

---

**29. Considera haver algum benefício em fumar?**

Sim

Não

**30. Se sim, qual (ais)?**

---

---

**31. Considera haver vantagens/benefícios em deixar de fumar?**

Sim

Não

**32. Quais as vantagens de parar de fumar?**

---

---

**33. A sua família ou amigos são importantes na tomada de decisão de deixar de fumar? Em que medida?**

---

---

**34. Conhece estratégias/apoios para deixar de fumar?**

Sim

Não

**35. Se sim, quais?**

---

**36. Que barreiras considera existir para conseguir deixar de fumar?**

---

---

Obrigado pelo tempo despendido no preenchimento do questionário!

**Apêndice IV – Autorizações para utilização do Teste de *Richmond* e  
Teste de *Fagerström***

11/05/2016

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa/Gomio - authorization for the use of Richmond test for a MD dissertation



RENATA GOMES MIRANDA <renatamiranda@campus.esel.pt>

authorization for the use of Richmond test for a MD dissertation 4  
mensagens

RENATA GOMES MIRANDA <renatamiranda@campus.esel.pt> 17 de março de 2016 às 15:45 Para  
f.hyslop@unsw.edu.au

Dear Professor ~~Robert~~ Richmond,  
Renata Miranda, ~~occupational nurse and student of~~ de Master Degree in ~~community nurse from~~ Escola de  
Enfermagem de Lisboa, ~~ask authorization for the use of~~ "Richmond test" (Richmond R., ~~Sebbes~~ L., Webster  
I. (2002). ~~Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general  
practitioners~~ ), translated to portuguese, for a MD ~~dissertation (investigation the Richmond test will be  
administered together with a questionnaire about smoking questionnaire).~~  
Already grateful for your attention and availability.  
Looking forward to

Renata Miranda

For Hyslop <f.hyslop@unsw.edu.au> 20 de março de 2016 às 01:30  
Para: RENATA GOMES MIRANDA <renatamiranda@campus.esel.pt>  
Cc: For Hyslop <f.hyslop@unsw.edu.au>

Dear Renata

You are welcome to use the Richmond test.

Please consider this email to be official authorization. Please cite the work in any publications you produce.

For Hyslop

Research ~~Assistant~~

School of ~~Public Health and Community~~ Medicine

1 ~~university~~ (Sydney and Newcastle), ~~is not listed in any of~~ profile.

UNSW AUSTRALIA

UNSW SYDNEY NSW 2052 AUSTRALIA

T: +61 (2) 9385 1746, F: +61 (2) 9316 6185

E: f.hyslop@unsw.edu.au

W: www.sphcm.med.unsw.edu.au

CRICOS ~~Number Code~~ 00095G

Follow us:



11/05/2016

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ~~Request for an authorization to use the Fagerstrom test~~



RENATA GOMES MIRANDA <renatamiranda@campus.esel.pt>

---

## ~~Request for an authorization to use the Fagerstrom test~~

5 mensagens

---

RENATA GOMES MIRANDA <renatamiranda@campus.esel.pt> 17 de março de 2016 às 16:08, ~~From: mo59642@tele2.se~~

~~Dear dr. Karl Fagerstrom,~~

~~Renata Miranda, occupational nurse and student of de Master Degree in occupational nurse from Escola de Enfermagem de Lisboa, Portugal ask authorization for the use of scale of tobacco dependence, since it is the instrument most respected in this area. Already grateful for your attention and availability~~

~~Looking forward to  
Renata Miranda~~

---

Karl ~~Göte Fagerström~~ <karl.fagerstrom@swipnet.se> 17 de março de 2016 às 16:11, ~~From: RENATA GOMES MIRANDA <renatamiranda@campus.esel.pt>~~

~~Dear Renata~~

~~Thank you for asking permission. You hereby have the permission to use the FTCD as much as you like. Good luck with your research.~~

~~Karl Fagerstrom~~

~~Skickat från min iPhone.  
(Din åsikt räknas)~~

---

RENATA GOMES MIRANDA <renatamiranda@campus.esel.pt> 18 de março de 2016 às 17:12, ~~From: Karl Göte Fagerström <karl.fagerstrom@swipnet.se>~~

~~Good Afternoon, Dr. Karl Fagerstrom,~~

~~I appreciate your quick and positive response. Also want to thank for your authorization and sympathy~~

~~Thank you Renata Miranda  
(Din åsikt räknas)~~

**Apêndice V – Consentimento livre e informado para aplicação dos questionários**



## **Consentimento Informado**

O instrumento de colheita de dados, questionário, enquadra-se no projeto de estágio a desenvolver no âmbito do Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Lisboa. Pretende-se com este projeto intervir nas mulheres fumadoras em idade fértil, para tal, é necessário conhecer as características sociodemográficas, hábitos tabágicos, grau de dependência ao tabaco, motivação para a cessação tabágica e conhecimentos acerca do mesmo.

O instrumento de colheita de dados consiste num questionário, anónimo, onde toda a informação recolhida será tratada de forma rigorosa, confidencial e destinar-se-á exclusivamente ao estudo da temática em questão.

A sua colaboração para responder ao mesmo e a seriedade são fundamentais para que este trabalho se desenvolva, reconhecendo assim a importância da sua colaboração.

Obrigada pela sua participação!

A aluna,

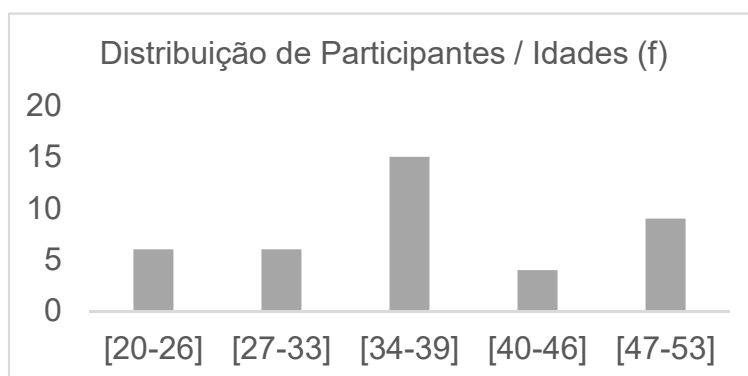
Renata Miranda

**Apêndice VI – Tabelas com os resultados**

**Questão 1 - Idade**

Idade	Fa	Fr
[20-26]	6	15,00%
[27-33]	6	15,00%
[34-39]	15	37,50%
[40-46]	4	10,00%
[47-53]	9	22,50%

<i>Estatística Descritiva</i>	
Variável	Valor
Média	36,85
Erro-padrão	1,37
Mediana	37
Moda	49
Desvio-padrão	8,66
Variância da amostra	75,00
Curtose	- 0,75
Assimetria	- 0,20
Intervalo	29
Mínimo	20
Máximo	49
Soma	1474
Contagem	40

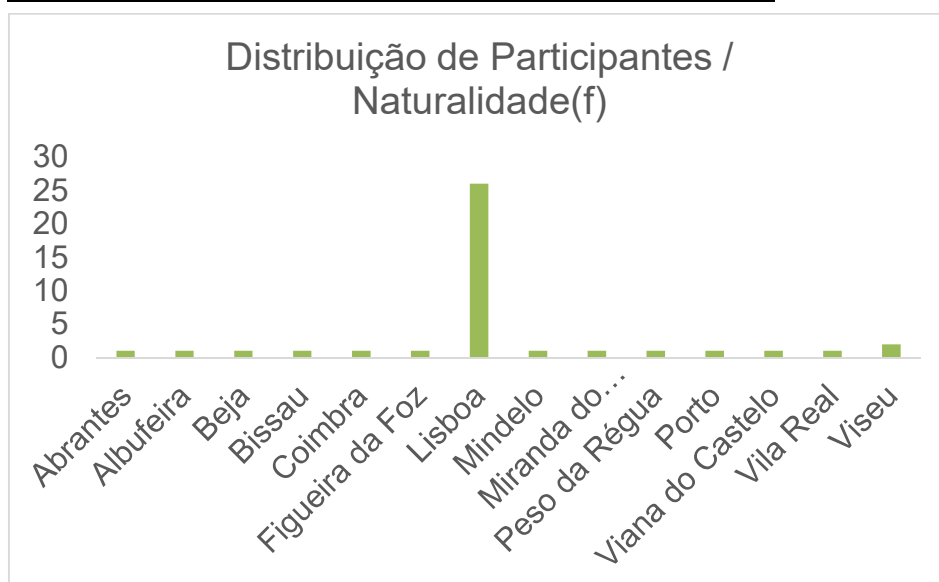


**Questão 2 - Estado civil**

Estado Civil	f	(%)
Casada	16	40,00%
Divorciada	4	10,00%
Solteira	14	35,00%
União de facto	6	15,00%

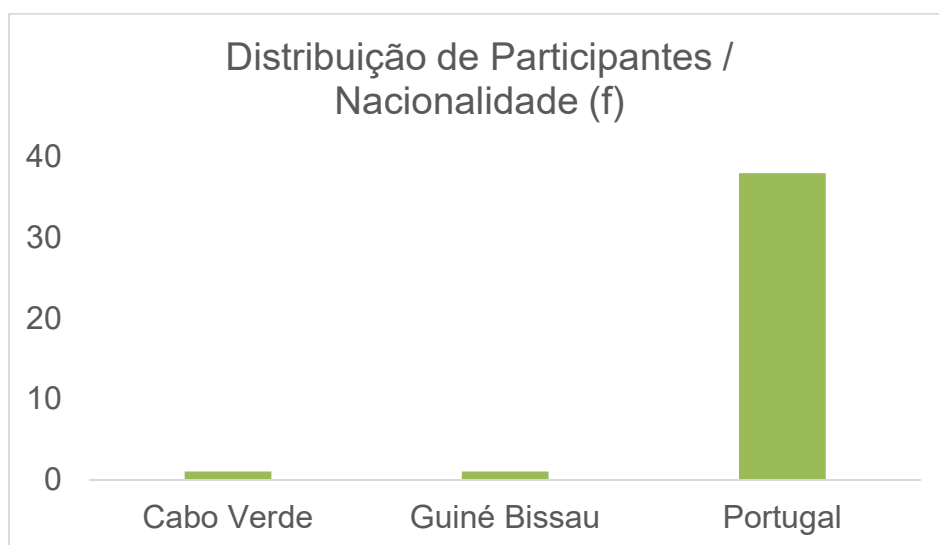
**Questão 3 - Naturalidade**

Naturalidade	f	(%)
Abrantes	1	2,50%
Albufeira	1	2,50%
Beja	1	2,50%
Bissau	1	2,50%
Coimbra	1	2,50%
Figueira da Foz	1	2,50%
Lisboa	26	65,00%
Mindelo	1	2,50%
Miranda do Douro	1	2,50%
Peso da Régua	1	2,50%
Porto	1	2,50%
Viana do Castelo	1	2,50%
Vila Real	1	2,50%
Viseu	2	5,00%

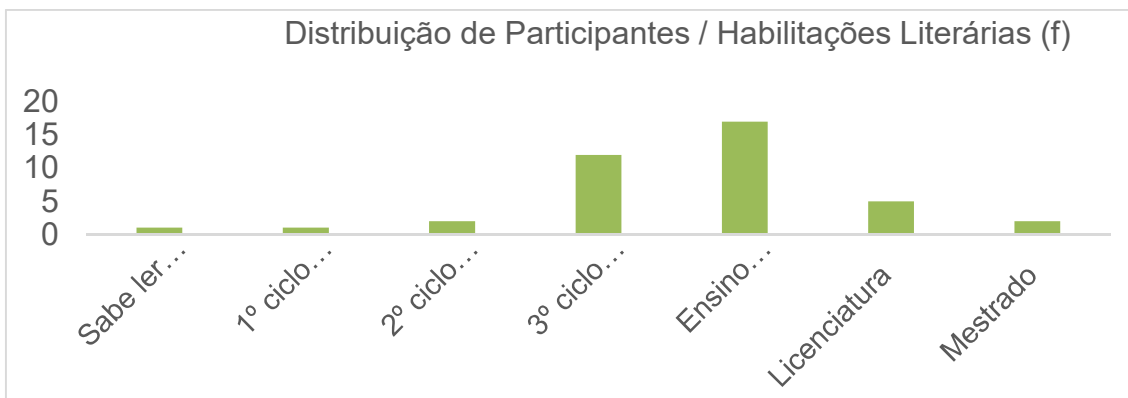


**Questão 4 - Nacionalidade**

Nacionalidade	f	(%)
Cabo Verde	1	2,50%
Guiné Bissau	1	2,50%
Portugal	38	95,00%

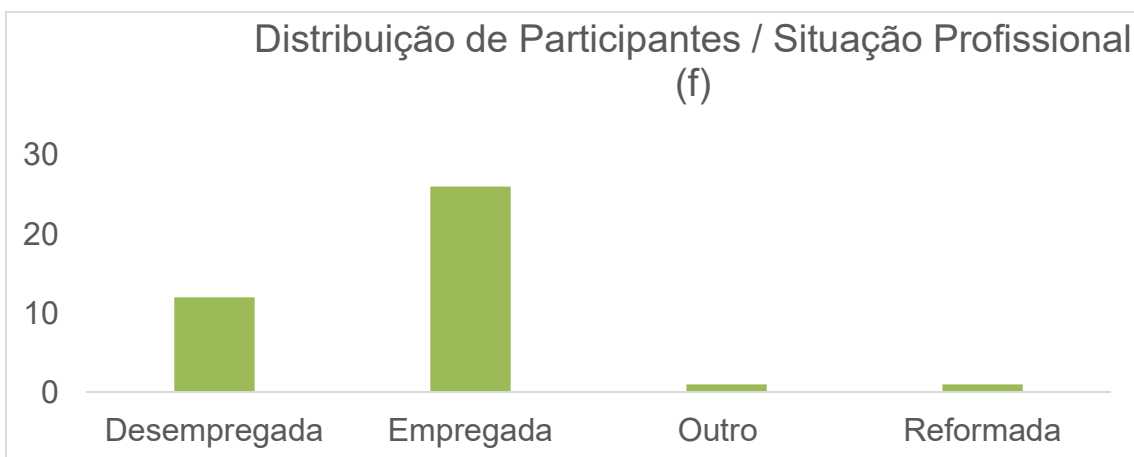
**Questão 5 - Habilitações Literárias**

Habilitações Literárias	f	(%)
Sabe ler e escrever	1	2,50%
1º ciclo (1º, 2º, 3º ou 4º ano)	1	2,50%
2º ciclo (5º ou 6º ano)	2	5,00%
3º ciclo (7º, 8º ou 9º ano)	12	30,00%
Ensino Secundário	17	42,50%
Licenciatura	5	12,50%
Mestrado	2	5,00%



**Questão 6 - Situação Profissional**

Situação Profissional
Desempregada
Empregada
Outro
Reformada

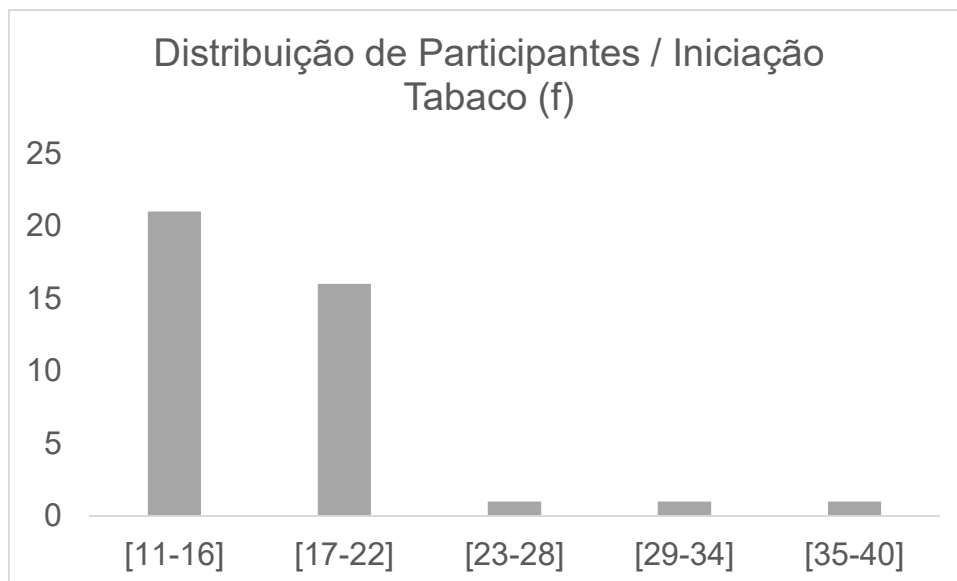


**Questão 7 - Profissão**

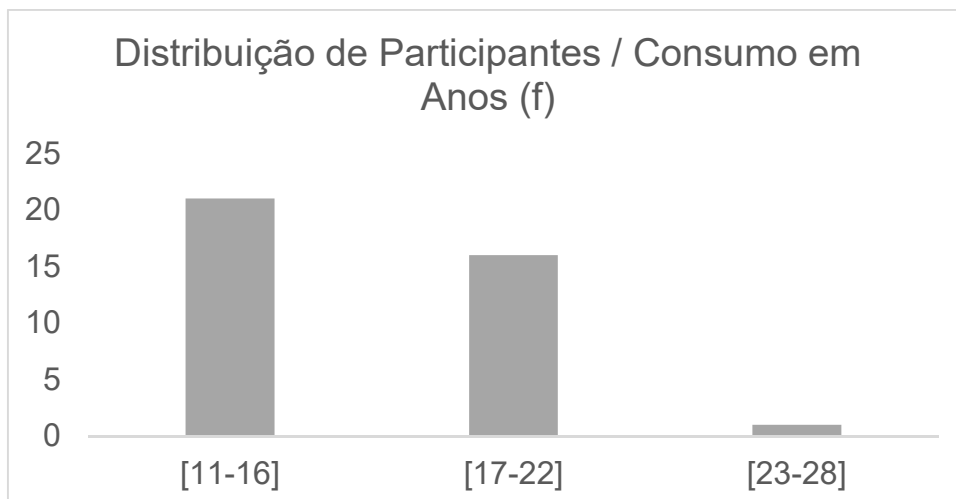
Não foi realizado nenhum tratamento dos dados

**Questão 8 - Com que idade começou a fumar?**

Iniciação Tabaco	Fa	Fr
[11-16]	21	52,50%
[17-22]	16	40,00%
[23-28]	1	2,50%
[29-34]	1	2,50%
[35-40]	1	2,50%

**Questão 9 - Qual o seu consumo de tabaco em anos?**

Consumo em Anos	Fa	Fr
[6-10]	7	17,50%
[11-20]	16	40,00%
[21,∞[	17	42,50%

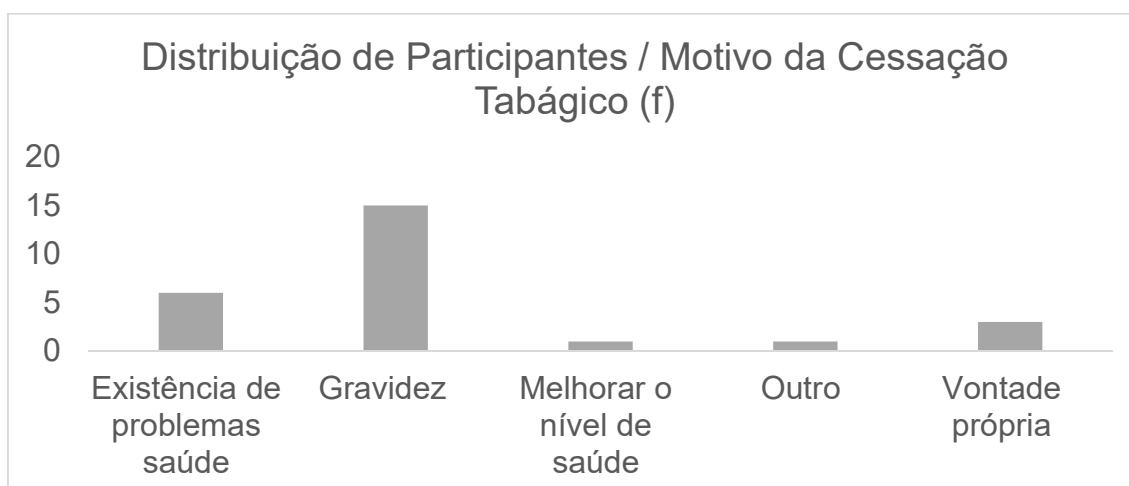


**Questão 10 - Já teve períodos sem fumar?**

Períodos Sem Fumar	f	(%)
Sim	26	65,00%
Não	14	35,00%
	40	100,00%

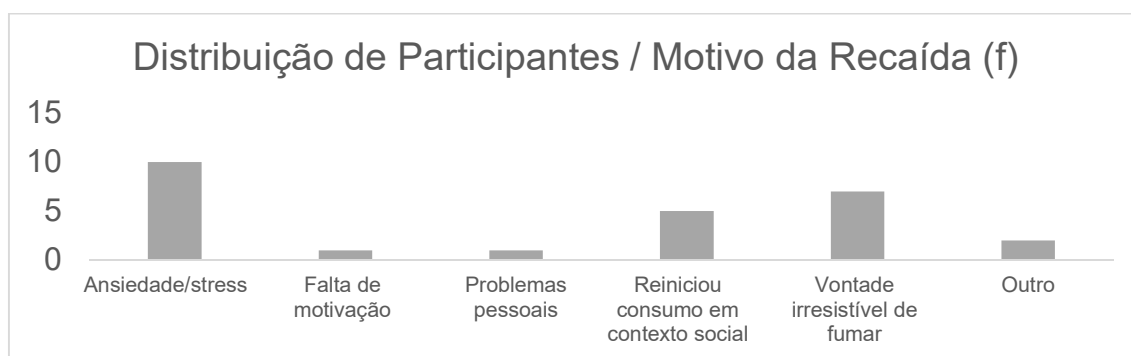
**Questão 11 - Se sim, indique o motivo da cessação tabágica.**

Motivo da Cessação Tabágica	f	(%)
Existência de problemas saúde	6	23,08%
Gravidez	15	57,69%
Melhorar o nível de saúde	1	3,85%
Outro	1	3,85%
Vontade própria	3	11,54%



**Questão 12 - Qual o motivo da recaída?**

Motivo da Recaída	F	(%)
Ansiedade/stress	10	38,46%
Falta de motivação	1	3,85%
Problemas pessoais	1	3,85%
Reiniciou consumo em contexto social	5	19,23%
Vontade irresistível de fumar	7	26,92%
Outro	2	7,69%

**Questão 13 - Fuma em locais fechados?**

Fuma em Locais Fechados	F	(%)
Sim	16	40,00%
Não	24	60,00%
	40	100,00%

**Questão 14 - Fuma na presença de algum familiar?**

Fumadores na Presença Familiares	F	(%)
Sim	27	67,50%
Não	13	32,50%
	40	100,00%

**Questão 15 - Existem fumadores no seu agregado familiar?**

Fumadores no Agregado Familiar	F	(%)
Sim	18	45,00%
Não	22	55,00%
	40	100,00%

**Questão 16 - Se sim, fumam no interior do domicílio?**

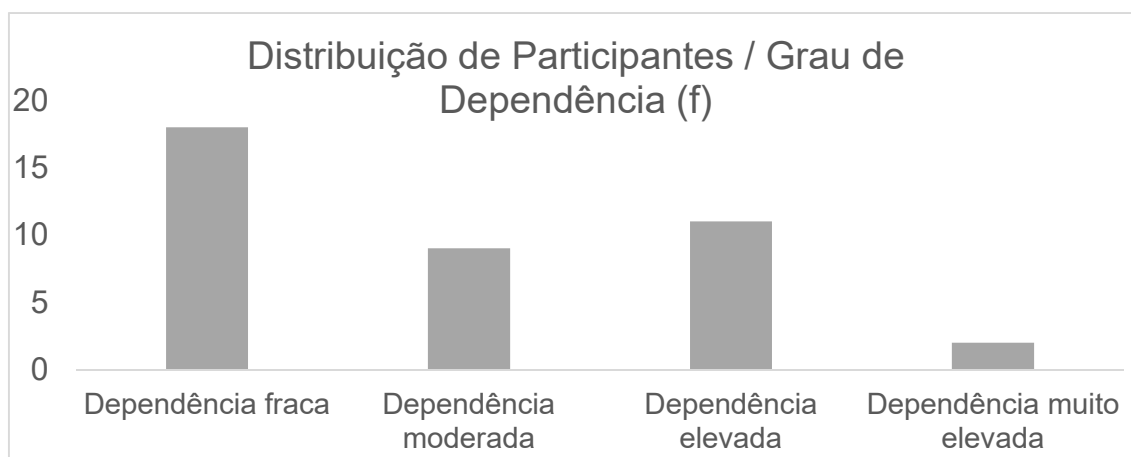
Fumam no Interior Domicilio	f	(%)
Sim	16	40,00%
Não	24	60,00%
	40	100,00%

**Questão 17 - Costuma estar exposto a fumo do tabaco?**

Exposição Fumo Tabaco	f	(%)
Sim	18	45,00%
Não	22	55,00%
	40	100,00%

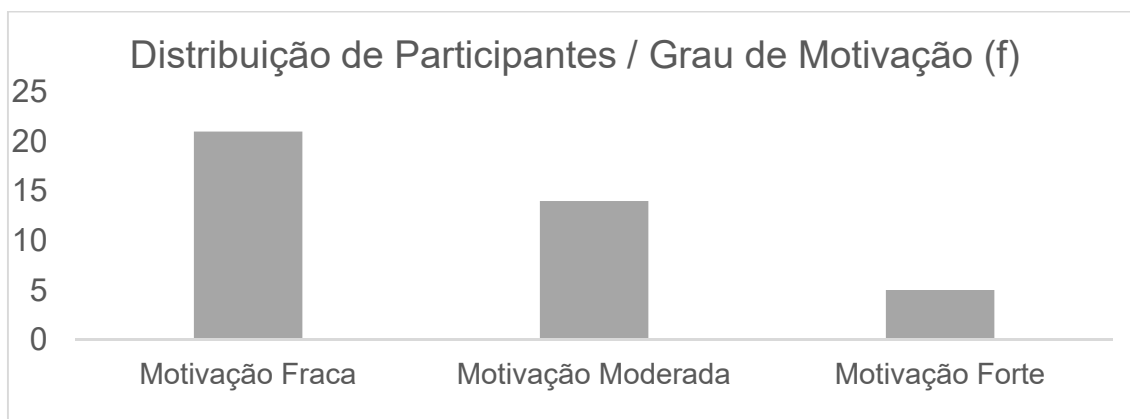
**Questão 18 – Avaliação da dependência tabágica, segundo o teste de Fagerstrom**

Grau de Dependência	f	(%)
Dependência fraca	18	45,00%
Dependência moderada	9	22,50%
Dependência elevada	11	27,50%
Dependência muito elevada	2	5,00%



**Questão 19 – Avaliação da Motivação para Deixar de Fumar: Teste de Richmond**

Grau de Motivação	f	(%)
Motivação Fraca	21	52,50%
Motivação Moderada	14	35,00%
Motivação Forte	5	12,50%

**Questão 20 – O que entende por saúde?**

Categoria Geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
Saúde na globalidade	Tudo	2	“Tudo em nós” (Q1) “É ser saudável, sem problemas que afetem o dia-a-dia” (Q4) “Andar bem” (Q24)
	Ser saudável	6	
	Ausência de problemas que afetam o dia -a- dia	2	
Reconhecimento da sua importância	Muito importante	6	“É o mais importante que temos” (Q3) “É algo muito bom, o mais importante que temos” (Q31) “É o mais importante” (Q33)

<b>Categoria Geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Estado de bem-estar</b>	Bem-estar físico	9	“O nosso bem-estar” (Q7) “É estar bem psicologicamente e fisicamente” (Q12) “Bom funcionamento e total do organismo” (Q18) “Saúde é um bem-estar físico e psicológico” (Q25) “Bem-estar geral” (Q28) “Bem-estar acima de tudo” (Q34) “Estar bem fisicamente e psicologicamente” (Q29) “É algo complexo, é estar bem” (Q30)
	Bem-estar psicológico	9	
	Bem-estar geral	12	
<b>Ausência de doença</b>	Não ter doença	7	“É ausência de doença” (Q6) “É não ter nenhuma doença, sentir-me saudável, sem dor, tristeza e melancolia” (Q16) “Não ter nenhuma doença” (Q23) “Não ter doença” (Q26) “É acordar bem todos os dias, sem dores e sem doenças” (Q32) “Felicidade” (Q35)
	Ausência de melancolia, tristeza e dor	3	

### Questão 21 – Como considera a sua saúde?

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Má</b>	Má	5	“Frágil” (Q14) “Má” (Q26) “Muito má” (Q37) “Péssima” (Q24)
<b>Razoável</b>	Razoável	14	“Mais ou menos” (Q22) “Razoável” (Q29) “Medíocre” (Q12) “Nem boa, nem má” (Q23) “Instável” (Q5)

Boa	Boa	21	“É boa, não me posso queixar” (Q32) “É boa” (Q7)
-----	-----	----	---

**Questão 22 – Indique os comportamentos que deve adotar para ter uma vida saudável.**

Categoria geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
Alimentação saudável	Boa alimentação	28	“Fazer uma boa alimentação” (Q7) “Fazer uma boa alimentação e deixar de fumar” (Q16) “É deixar de fumar, fazer exercício físico e uma alimentação saudável” (Q24) “Alimentação saudável, caminhar e ter momentos de lazer” (Q26)
Sono reparador	Dormir bem	7	“Dormir bem, pelo menos 8 horas” (Q17) “Horas de sono de qualidade” (Q37)
Atividade física	Fazer desporto	23	“Exercício físico e boa alimentação” (Q12) “Praticar exercício físico, deixar de fumar, ter uma alimentação saudável, etc.” (Q25)
Evitar comportamentos risco	Não fumar	23	“Fazer exercício físico, não saltar refeições e deixar de fumar” (Q28) “Ter uma vida muito higiénica: não fumar, não beber em demasia, alimentação regrada” (Q29) “Menos <i>stress</i> , fazer exercício físico e alimentação saudável” (Q30) “Fazer exercício físico, não fumar, não beber e fazer uma boa alimentação” (Q32)
	Não beber	4	
	Vida calma e sem <i>stress</i>	2	
Atividades de relaxamento	Exercícios de relaxamento	1	“Boa alimentação, passeios, descansar, fazer desporto e relaxamento” (Q5)
Saúde mental	Ter saúde mental	2	“Alimentação saudável, não ter sedentarismo, evitar comportamentos de risco e ter saúde mental” (Q11) “Evitar fumar, isolar-me menos, sair mais e ter uma boa alimentação” (Q14) “Estar de bem com a vida” (Q34)
	Não se isolar e conviver mais	1	

**Questão 23 – Considera que fumar prejudica a sua saúde?**

Fumar prejudica Saúde	f	(%)
Sim	40	100,00%
Não	0	0,00%
	40	100,00%

**Questão 24 – Indique os malefícios do consumo do tabaco para a sua saúde.**

Categoria geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
Resposta vaga	Muitos malefícios	3	"Muitos" (Q1) "Faz mal a tudo" (Q23)
Patologias oncológicas	Cancro	9	"Cancro dos pulmões e problemas respiratórios" (Q4) "Problemas respiratórios e causar cancros" (Q25) "Cancro dos pulmões, garganta e boca" (Q32)
	Cancro dos pulmões	18	
	Cancro da garganta	5	
	Cancro da boca	3	
Aparelho respiratório	Problemas respiratórios	11	"Enfartes, cansaço, pulmões pretos, fadiga e dificuldade respiratória" (Q24) "Problemas respiratórios como asma e falta de ar" (Q34) "Falta de ar e cansaço" (Q35)
	Falta de ar	8	
	Cansaço	8	
	Asma	4	

Categoria geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
<b>Aparelho cardiovascular</b>	Problemas de coração	8	<p>“Cancro, AVC e problemas respiratórios” (Q2)</p> <p>“Cancro, problemas respiratórios e problemas cardiovasculares” (Q5)</p> <p>“Doenças como cancro, enfartes e AVC” (Q6)</p> <p>“Polui o nosso organismo, cancro nos pulmões, problemas respiratórios e prejudica o coração” (Q31)</p>
	AVC	10	
	Enfartes	8	
<b>Outros</b>	Cabelo	2	<p>“Problemas de cabelo, dentes, pele, cansaço, dificuldade respiratória e cancro da garganta” (Q26)</p> <p>“Cancro do pulmão, boca e garganta, envelhecimento da pele, problemas cardiovasculares e perda da qualidade de vida” (Q37)</p>
	Unhas	1	
	Pele	4	
	Dentes	3	
	Envelhecimento precoce	3	
	Rouquidão	1	

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Morte</b>	Morrer	2	"Morrer e ter problemas respiratórios" (Q28)

**Questão 25 – Considera que fumar durante a gravidez é prejudicial?**

Fumar durante a gravidez prejudica a saúde	f	(%)
Sim	40	100,00%
Não	0	0,00%
	40	100,00%

**Questão 26 – Indique os malefícios do consumo de tabaco para a mulher grávida e para o feto.**

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Desconhecimento</b>	Não sabe especificar ou Desconhece	14	"Para a mulher não sei" (Q6) "Faz mal" (Q9) "Sei que há, mas não sei dizer" (Q14) "Não sei" (Q23)
<b>Aparelho respiratório</b>	Problemas respiratórios	18	"Problemas respiratórios para os dois" (Q16) "Para a grávida é igual à pergunta anterior" (Q24) "São os mesmos para a mulher não grávida" (Q25) "Problemas respiratórios para a mãe e para o bebé" (Q28)
<b>Aparelho cardiovascular</b>	Enfartes, AVC e Problemas de coração	10	"Para a grávida problemas como cancros e AVC" (Q10) "Problemas de coração como enfartes" (Q36)

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Patologia oncológica</b>	Cancro dos pulmões Cancro da garganta Cancro da boca	16	“Cancro da garganta e dos pulmões para a grávida” (Q7) “Para a mãe problemas de cancro da garganta” (Q26) “Cancro da garganta, pulmão e boca” (Q32)
<b>Problemas na gestação</b>	Descolamento da placenta ou Aborto espontâneo	2	“Para a grávida para além do mal normal, faz descolamento da placenta” (Q12) “Para a grávida faz aborto espontâneo e cancro da boca, garganta e pulmão, AVC e enfartes” (Q15)
<b>Desconhecimento</b>	Não sabe especificar. Desconhece	10	“Sei que há, mas não sei dizer” (Q14) “Não sei” (Q29)
<b>Atraso do desenvolvimento fetal</b>	Atraso do desenvolvimento	10	“Bebé nasce com menos peso e com alterações no desenvolvimento” (Q12) “Para o bebé pode levar a atraso do desenvolvimento e risco do parto antes do tempo” (Q15)
	Baixo peso à nascença	11	“Atraso do desenvolvimento” (Q33) “Raquitismo do bebé” (Q32) “O feto é afetado no seu desenvolvimento, podendo nascer com baixo peso” (Q25) “Bebé nasce com menos peso” (Q31)
<b>Alterações do desenvolvimento fetal</b>	Alterações na formação do feto	3	“Malformações para o feto” (Q30)

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Dependência de nicotina</b>	Habituação do feto à nicotina do tabaco	4	“Vício da nicotina por parte do feto” (Q3) “Dependência do tabaco para o bebé” (Q7)
	Ansiedade pela ausência de nicotina	1	“Ansiedade para o feto na ausência da nicotina, na formação do feto” (Q4)
<b>Aparelho respiratório</b>	Problemas respiratórios	12	“Pode nascer com problemas respiratórios” (Q35) “Para o bebé: problemas respiratórios como bronquite e asma” (Q26) “Problemas respiratórios para a mãe e para o bebé” (Q28)
<b>Aparelho circulatório</b>	Problemas de coração	1	“Para o bebé pode levar a problemas de pulmões e de coração” (Q5)
<b>Parto pré-termo</b>	Risco de parto antes do tempo	2	“Para o bebé pode levar a atraso do desenvolvimento e risco do parto antes do tempo” (Q15) “Parto antes do tempo” (Q36)

**Questão 27 – Considera a exposição ao fumo ambiental do tabaco prejudicial para a sua saúde?**

A exposição ao FAT é prejudicial à saúde	f	(%)
Sim	39	97,50%
Não	1	2,50%
	40	100,00%

**Questão 28 – Indique os malefícios da exposição ao FAT.**

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Aparelho respiratório</b>	Problemas respiratórios (asma, bronquite)	21	“Problemas respiratórios” (Q1, Q2, Q3) “Ainda se fuma mais que os fumadores ativos e por isso leva a problemas de pulmões” (Q23) “Problemas respiratórios como asma e cancro” (Q24) “Problemas respiratórios: bronquite e asma” (Q26)
<b>Patologia oncológicas</b>	Cancro do pulmão	15	“Cancro do pulmão” (Q6) “Cancro dos pulmões e problemas respiratórios” (Q10) “Inalam mais tabaco e a probabilidade de ter cancro dos pulmões é maior” (Q14) “Cancro dos pulmões” (Q28)
<b>Sistema cardiovascular</b>	Problemas de coração	2	“Problemas cardiorrespiratórios” (Q11)
<b>desconhece</b>	Não sabe	1	“Não sei” (Q16)
<b>Resposta vaga</b>	Mau estar geral	2	“Prejudica a saúde no geral” (Q34) “Fuma mais do que o fumador ativo” (Q31)
	Mais problemas que os fumadores ativos	4	“O fumador passivo está sujeito aos mesmos malefícios que o fumador ativo” (Q25)

**Questão 29 – Considera haver algum benefício em fumar?**

<b>Benefício de Fumar?</b>	<b>f</b>	<b>(%)</b>
Sim	9	22,50%
Não	31	77,50%
	40	100,00%

**Questão 30 – Quais os benefícios em fumar?**

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Não reconhece benefício em fumar</b>	Não existe	26	Respostas em branco

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Reconhece benefício em fumar</b>	Calmente	9	<p>“É calmante, mas enganador e relaxante” (Q5)</p> <p>“É anti-stress” (Q6)</p> <p>“Acalma e diminui a ansiedade” (Q33)</p> <p>“É um calmante e companhia” (Q28)</p> <p>“Alivia o stress” (Q24)</p>
	Relaxante	4	

### Questão 31 – Considera haver vantagens/benefícios em deixar de fumar?

<b>Vantagens em Deixar Fumar?</b>	<b>f</b>	<b>(%)</b>
Sim	40	100,00%
Não	0	0,00%
	40	100,00%

### Questão 32– Quais as vantagens em deixar de fumar?

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Respostas vagas</b>	Muitas vantagens	5	<p>“Melhora a saúde em geral” (Q29)</p> <p>“Melhora a saúde” (Q36)</p>
<b>Benefício para a saúde</b>	Mais saúde	5	<p>“Começo a fazer uma alimentação mais saudável porque recupero o paladar e tenho uma maior resistência ao exercício físico” (Q3)</p> <p>“Ter mais saúde e respirar melhor” (Q33)</p>

Categoria geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
	Melhora a saúde	14	<p>“Sentimo-nos melhor, a nível da respiração, cabeça e corpo” (Q28)</p> <p>“Melhora a saúde” (Q23)</p> <p>“Ter uma vida mais saudável” (Q25)</p> <p>“Qualidade de vida melhora” (Q31)</p> <p>“Melhora a saúde, evita doenças, aumenta o dinheiro na carteira, respira-se melhor e menos falta de ar” (Q34)</p> <p>“Evita certas doenças como o cancro” (Q26)</p> <p>“Melhora a parte respiratória e a capacidade do coração” (Q7)</p>
	Melhora a qualidade de vida	6	
	Maior resistência física/	5	
	Alimentação mais saudável (recupera paladar)	2	
	Rejuvenescimento da pele	1	
	Evita cancro	4	
	Permite respirar melhor	5	
<b>Benefício económico</b>	Poupança de dinheiro	13	

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
			"Mais dinheiro na carteira" (Q30)

**Questão 33- A sua família ou amigos são importantes na tomada de decisão de deixar de fumar? Em que medida?**

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Reconhece importância da família e amigos</b>	Força de vontade	11	"São muito importantes, dão-nos motivação" (Q5) "Sim, dando reforço e o seu exemplo" (Q25) "Sim, ajudam na força de vontade" (Q26)
	motivação	7	"Ajudariam na motivação para eu deixar de fumar" (Q23) "Sim, incentivam a deixar de fumar" (Q27)
<b>Não reconhece a importância da família e amigos</b>	Não têm importância	19	"Não influenciam, até causam mais <i>stress</i> (Q4) "Não influenciam nada" (Q6) "Não" (Q31)
<b>Reconhecimento dos filhos para a decisão de não fumar</b>	Importância dos filhos	4	"Sim, as minhas filhas deveriam ser a minha motivação, para não se tornarem fumadoras um dia" (Q3) "Sim, os filhos influenciam muito" (Q29) "Sim, na força de vontade para deixar de fumar, principalmente as minhas filhas" (Q34)

**Questão 34 – Conhece estratégias/aipos para deixar de fumar?**

Conhecimento de Estratégias para Cessaçã Tabágica	f	(%)
Sim	8	50,00%
Não	8	50,00%
	16	100,00%

**Questão 35 – Quais as estratégias/apoios que conhece para deixar de fumar?**

Categoria geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
<b>Desconhecimento</b>	Não sabe especificar ou desconhece	9	Respostas em branco
<b>Medicamentosas</b>	Pensos	13	"Medicamentos, pensos e consultas de profissionais de saúde" (Q24) "Pastilhas, vacinas e cigarros eletrónicos" (Q27)
	Comprimidos	10	
	Pastilhas	9	
	Vacinas	1	
<b>Consultas de acompanhamento para cessaçã tabágica</b>	Consultas médicas	11	"Pensos, comprimidos e consultas médicas" (Q4) "Pensos, acupuntura e terapias de grupo"(Q14) "Sendo seguida no centro de saúde através da médica de família" (Q25)
	Terapia de grupo	2	
<b>Gravidez</b>	Gravidez como estratégia para deixar de fumar	1	"Aproveitar a gravidez para deixar de fumar" (Q3)
<b>Cigarros eletrónicos</b>	Cigarros eletrónicos	4	"Instituições, cigarros eletrónicos, pastilhas e selos" (Q5) "Cigarros eletrónicos, pastilhas e aconselhamento médico" (Q29)

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Terapias alternativas</b>	Acupuntura	4	“Acupuntura” (Q6) “Acupuntura e comprimidos” (Q9) “Médico de família, farmacêutico e terapias naturais” (Q10)
	Terapias naturais	1	
<b>Ambientes livres de fumo/rituais</b>	Ambientes com fumo	1	“Consulta antitabágica, evitar ambientes com fumo e evitar rituais associados ao consumo” (Q11)
	Rituais associados ao consumo de tabaco	1	

**Questão 36 - Que barreiras considera existir para conseguir deixar de fumar?**

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Barreiras psicológicas</b>	Força de vontade	14	“Falta de vontade, que eu não tenho” (Q2) “Falta de motivação para deixar de fumar” (Q11) “Falta de força de vontade” (Q23) “Espírito fraco, quem tem força de vontade alcança tudo” (Q31) “Falta de vontade própria” (Q27)
	Falta de motivação	9	
<b>Não reconhece existência de barreiras</b>	Não há	1	“Não existem” (Q3)
<b>Vida stressada</b>	<i>Stress</i>	8	“ <i>Stress</i> do dia-a-dia” (Q4)

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
			<p>“Stress, ansiedade e problemas financeiros” (Q26)</p> <p>“Existência de stress” (Q30)</p> <p>“Stress do dia a dia” (Q35)</p>
<b>Reconhecimento da necessidade de deixar de fumar</b>	Aceitação	1	“Aceitar a necessidade de deixar de fumar” (Q5)
<b>Fumar associado ao prazer</b>	Gosto por fumar	1	“Gosto em fumar, medo de alterações de humor e medo de comer mais e engordar” (Q6)
<b>Mitos e Preconceitos</b>	Medos	1	“Gosto em fumar, medo de alterações de humor e medo de comer mais e engordar” (Q6)
<b>Grau de dependência</b>	Vício	5	“Barreiras psicológicas e o vício” (Q9)
<b>Problemas pessoais</b>	Depressão	1	<p>“A minha doença, a depressão” (Q14)</p> <p>“Ansiedade” (Q28)</p>
	Solidão	1	
	ansiedade	1	
<b>Envolvência</b>	Ambiente familiar e social com fumadores	4	<p>“O ambiente social, o contexto” (Q29)</p> <p>“Influência das pessoas com quem se convive” (Q33)</p>

**Apêndice VII – Apresentação dos resultados**

Sendo a amostra do tipo de amostra por conveniência como refere Fortin, Côte & Fillion (2009), na qual os questionários de recolha de dados foram aplicados tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão anteriormente citados, esta é constituída por 40 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos, sendo que a faixa etária com maior prevalência é a faixa etária dos 34 aos 39 anos, com uma representação de 37,50%. A atribuição de classes etárias foi realizada atendendo ao que é referido por Fortin, Côte & Fillion (2009), ou seja, a amplitude das classes resultou da divisão a amplitude da distribuição pelo número de classes. Das mulheres às quais se aplicou o questionário, 40% referem ser casadas, 35% solteiras, 15% vivem em união de facto e 10% são divorciadas.

Das mulheres inquiridas, 65% são naturais de Lisboa, sendo que 95% têm nacionalidade portuguesa. No que concerne às habilitações literárias, 42,50% das mulheres referem ter o 12º ano de escolaridade e 30%, o 3º ciclo. As mulheres encontram-se predominantemente empregadas (65%), sendo várias as profissões mencionadas, nomeadamente, e atendendo à Classificação Portuguesa das Profissões do INE (2011), auxiliares de saúde, pessoal administrativo, domésticas, professora, operador de central telefónica, cabeleireira, entre outras. Contudo, 30% estão desempregadas, e 5% noutras situações, ou seja, uma encontra-se reformada por invalidez e outra de baixa psiquiátrica.

Relativamente à história do consumo de tabaco, verifica-se que a idade mais baixa de início de consumo de tabaco foi 11 anos e a mais alta de 36 anos, sendo a média de idades de 17 anos e a moda 16 anos. O consumo de tabaco em número de anos mostra que, 42,50% consome tabaco há mais de 20 anos, 40% entre 11 e 20 anos e 17,50% entre 6 a 10 anos. Da amostra, 65% refere já ter deixado de fumar num determinado período da sua vida, sendo que a gravidez tem uma representação de 57,69%, a existência de problemas de saúde representa 23,08%, a vontade própria representa 11,54%, a melhoraria da saúde 3,85% e realização de cirurgia 3,85%. Estes dados vêm apoiar o que é referido na literatura, por Alves, Azevedo, Correia & Barros (2013), quando menciona que a gravidez é um momento de excelência para a intervenção no sentido da cessação tabágica, devido a estas mulheres estarem mais motivadas para proteger a saúde do feto e por estarem sujeitas a maior pressão social para deixarem de fumar. Os motivos da recaída com maior prevalência, são a

ansiedade e *stress* em 38,46%; a vontade irresistível de fumar em 26,92% e o contexto social em 19,23% das participantes. O facto do *stress* e ansiedade se encontrar como motivo de recaída com maior representação vai ao encontro do que Treloar & Gunn (2012) referem, quando abordam que as taxas de recaídas de consumo de tabaco são maiores nas mulheres que nos homens, pois qualquer acontecimento negativo ou stressante nas suas vidas são um forte motivo para voltar a fumar.

Quanto à questão se fuma em locais fechados, 40% responde afirmativamente. Das mulheres inquiridas, 68% refere fumar na presença dos familiares, citando-os como sendo marido, filhos e pais. Também 45% das mulheres afirma ter fumadores no seu agregado familiar e 60% refere não fumar no interior da casa. Na exposição ao fumo ambiental do tabaco, 45% refere estar exposta, nomeadamente na sua própria casa, local de trabalho, em cafés, bares e na rua. Estes dados sugerem a importância de trabalhar as questões da exposição ao fumo ambiental do tabaco enquanto problemática com elevado impacto negativo para a saúde tanto das crianças, como para as mulheres grávidas, para os indivíduos não fumadores expostos ao mesmo, para os doentes crónicos e para os trabalhadores, como delinea Pestana (2010) e a DGS (2012) no Programa Nacional de Prevenção e Controlo para o Tabagismo. Despertar as mulheres que fumam na presença dos filhos pequenos torna-se relevante, uma vez que as crianças (filhos expostos), indo de encontro aos autores supracitados, são um grupo vulnerável, não só pelos fatores biológicos, fisiológicos, comportamentais, sociais e ambientais, que repercutem no estado de saúde das mesmas, como também por terem mais propensão para serem futuros adultos fumadores.

No que diz respeito ao grau de dependência ao tabaco, 45% refere uma dependência fraca, 27,5% uma dependência elevada, 22,5% uma dependência moderada e 5% uma dependência elevada. Quanto à motivação, 52,5% referiu uma fraca motivação para deixar de fumar, 35% referiu motivação moderada e apenas 12,5% referiu ter forte motivação para deixar de fumar.

Tendo como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foram desenvolvidas questões no sentido de perceber os conhecimentos das mulheres sobre o tabagismo. A sua análise teve em conta a metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2009), que se encontra plasmada no apêndice (X), e que

consiste no “cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até à extração de estruturas traduzíveis em modelos (...)” (Bardin,2009, p.11), levando à inferência, sendo que este esforço de interpretação oscila entre a objetividade e a subjetividade.

À questão “O que entende por saúde?”, a maioria das mulheres entende como um estado de bem-estar, havendo algumas que referem bem-estar físico, o bem-estar psicológico e outras como bem-estar geral, sendo visível em citações como: “*O nosso bem-estar*” (Q7), “*Saúde é um bem-estar físico e psicológico*” (Q25), “*Bem-estar geral*” (Q28), “*Bem-estar acima de tudo*” (Q34) e “*Estar bem fisicamente e psicologicamente*” (Q29). Também a ausência de doença é referida, incluindo a melancolia, tristeza e a dor, verificando-se em respostas como “*É não ter nenhuma doença, sentir-me saudável, sem dor, tristeza e melancolia*” (Q16), “*Não ter nenhuma doença*” (Q23), “*É acordar bem todos os dias, sem dores e sem doenças*” (Q32) e “*Felicidade*” (Q35). Algumas mulheres respondem vagamente, fazendo referência à saúde na sua globalidade e ao reconhecimento da importância de ter saúde através de respostas como “*Tudo em nós*” (Q1), “*É ser saudável, sem problemas que afetem o dia-a-dia*” (Q4) e “*É algo muito bom, o mais importante que temos*” (Q31).

No que diz respeito ao estado de saúde das participantes, poucas referem que a sua saúde é má, citando como “*Frágil*” (Q14), “*Má*” (Q26), sendo que a maioria refere ter uma saúde razoável e boa: “*Razoável*” (Q29), “*Medíocre*” (Q12), “*Nem boa, nem má*” (Q23), “*É boa, não me posso queixar*” (Q32) e “*É boa*” (Q7).

Quando é pedido para responder à questão “Indique os comportamentos que deve adotar para ter uma vida saudável” as respostas são muito semelhantes pois a maioria refere a alimentação saudável, a prática de exercício físico e não fumar como atitudes fundamentais para ter uma vida saudável. Isto é espelhado em respostas como “*É deixar de fumar, fazer exercício físico e uma alimentação saudável*” (Q24), “*Praticar exercício físico, deixar de fumar, ter uma alimentação saudável, etc.*” (Q25) e “*Fazer exercício físico, não saltar refeições e deixar de fumar*” (Q28). Alguns dos questionários citam também a importância de sono reparador e de adotar estilos de vida saudáveis, sem ingestão de bebidas alcoólicas em excesso e a vida sem stress. Isto encontra-se destacado em respostas como “*Dormir bem, pelo menos 8 horas*” (Q17), “*Ter uma vida muito higiénica: não fumar, não beber em demasia, alimentação regrada*” (Q29) e “*Fazer exercício físico, não fumar, não beber e fazer uma boa*”

*alimentação*” (Q32). A saúde mental é evidenciada em três questionários e apenas um faz referência às atividades de relaxamento: *“Boa alimentação, passeios, descansar, fazer desporto e relaxamento”* (Q5) e *“Alimentação saudável, não ter sedentarismo, evitar comportamentos de risco e ter saúde mental”* (Q11)”.

À questão que pretende saber se as participantes consideram que fumar prejudica a saúde, 100% afirma que sim, sendo que as respostas à questão “Indique os malefícios do consumo de tabaco para a sua saúde” são vagas, pouco desenvolvidas e semelhantes no seu conteúdo. As patologias do foro oncológico, do aparelho respiratório e do aparelho cardiovasculares são aquelas que se repetem mais vezes. Nas patologias oncológicas é referido um maior número de vezes o cancro do pulmão, seguido do cancro na sua generalidade, depois o cancro da garganta e por último o da boca. Isto verifica-se em respostas como *“Problemas respiratórios e causar cancros”* (Q25) e *“Cancro dos pulmões, garganta e boca”* (Q32). Nas patologias relacionadas com o aparelho respiratório, os problemas respiratórios não especificados, a falta de ar, o cansaço e a asma são os mais referidos, como por exemplo na resposta *“Enfartes, cansaço, pulmões pretos, fadiga e dificuldade respiratória”* (Q24). No que concerne aos malefícios para o aparelho cardiovascular, as palavras problemas de coração, AVC e enfartes são as mais frequentes, sendo visível em respostas como *“Polui o nosso organismo, cancro nos pulmões, problemas respiratórios e prejudica o coração”* (Q31) e *“Doenças como cancro, enfartes e AVC”* (Q6). Embora poucas, há respostas como *“Problemas de cabelo, dentes, pele, cansaço, dificuldade respiratória e cancro da garganta”* (Q26), *“Cancro do pulmão, boca e garganta, envelhecimento da pele, problemas cardiovasculares e perda da qualidade de vida”* (Q37) e *“Morrer e ter problemas respiratórios”* (Q28), fazendo referência aos problemas como o envelhecimento precoce, problemas de unhas, cabelo, pele, dentes, rouquidão e morte.

Quanto à questão “Considera que fumar durante a gravidez é prejudicial?”, todas as mulheres respondem que é prejudicial, contudo, quanto lhes é pedido para indicar os malefícios do consumo do tabaco para a mulher grávida e para o feto, um número significativo não sabe especificar ou desconhece, dizendo *“Sei que há, mas não sei dizer”* (Q14) e *“Não sei”* (Q23). Em muitas respostas é referido que, os malefícios para a grávida são os mesmos que para a mulher sem estar grávida, sem desenvolver a resposta, dizendo *“Para a grávida é igual à pergunta anterior”* (Q24),

“São os mesmos para a mulher não grávida” (Q25). Apenas duas das inquiridas referem os malefícios do tabaco para a gestação, citando o descolamento da placenta e o aborto espontâneo nas respostas “Para a grávida para além do mal normal, faz descolamento da placenta” (Q12) e “Para a grávida faz aborto espontâneo e cancro da boca, garganta e pulmão, AVC e enfartes” (Q15). Os problemas respiratórios, as patologias oncológicas nomeadamente o cancro do pulmão e os problemas relacionados com o aparelho cardiovascular são os mais citados. Isto verifica-se em respostas como “Problemas respiratórios para a mãe e para o bebé” (Q28), “Para a grávida problemas como cancros e AVC” (Q10), “Problemas de coração como enfartes” (Q36) e “Cancro da garganta, pulmão e boca” (Q32).

Relativamente aos malefícios do tabaco para o feto, é referido um maior número de vezes o baixo peso à nascença, o atraso no desenvolvimento e os problemas respiratórios. Isto verifica-se em respostas como “Bebé nasce com menos peso e com alterações no desenvolvimento” (Q12), “O feto é afetado no seu desenvolvimento, podendo nascer com baixo peso” (Q25), “Atraso do desenvolvimento” (Q33) e “Para o bebé: problemas respiratórios como bronquite e asma” (Q26). É de salientar que em 5 questionários é feita referência à dependência da nicotina como na resposta “Vício da nicotina por parte do feto” (Q3), 3 referem as alterações na formação do feto como “Malformações para o feto” (Q30), 2 referem parto pré-termo, “Parto antes do tempo” (Q36) e 1 refere problemas de coração “Para o bebé pode levar a problemas de pulmões e de coração” (Q5).

Relativamente à exposição ao FAT, 98% afirma como sendo prejudicial para a saúde e 2% não. A maioria das participantes refere que os malefícios da exposição ao FAT são os mesmos que o fumador ativo está sujeito, contudo, há quem afirme ser mais prejudicial à saúde, comparativamente com o fumador ativo. Isto verifica-se em respostas como “Ainda se fuma mais que os fumadores ativos e por isso leva a problemas de pulmões” (Q23) e “Inalam mais tabaco e a probabilidade de ter cancro dos pulmões é maior” (Q14). Os malefícios para o aparelho respiratório (asma, bronquite e cancro do pulmão) são frequentemente citados, havendo algumas respostas vagas, duas que referem malefícios para o aparelho circulatório e uma que refere desconhecer. Estes, estão evidenciados em respostas como “Prejudica a saúde no geral” (Q34), “Problemas cardiorrespiratórios” (Q11) e “Não sei” (Q16).

Na questão “Considera haver benefícios em fumar?”, 78% reconhece não haver benefícios em fumar e 22% reconhece benefício. Fumar é entendido como calmante e relaxante, como é reforçado em respostas como “*É calmante, mas enganador e relaxante*” (Q5) e “*Acalma e diminui a ansiedade*” (Q33).

A amostra, na sua totalidade reconhece vantagens/benefícios em deixar de fumar. À questão “Quais as vantagens em deixar de fumar?”, as respostas são semelhantes. A maioria refere que é benéfico para a saúde, na medida em que melhora a saúde e a qualidade de vida, evita cancro, melhora a capacidade respiratória, a resistência física e o paladar. Isto é espelhado em algumas respostas, nomeadamente “*Começo a fazer uma alimentação mais saudável porque recupero o paladar e tenho uma maior resistência ao exercício físico*” (Q3), “*Melhora a saúde, evita doenças, aumenta o dinheiro na carteira, respira-se melhor e menos falta de ar*” (Q34) e “*Evita certas doenças como o cancro*” (Q26). Respostas como “*Há poupança de dinheiro*” (Q6) e “*Melhora a carteira, fica mais cheia*” (Q23), evidenciam que para algumas das mulheres inquiridas um dos benefícios pretende com as questões económicas de redução de custos.

Na questão “A sua família ou amigos são importantes na tomada de decisão de deixar de fumar? Em que medida?”, 52% das inquiridas refere que a família e os amigos têm importância, sendo notório uma maior importância da família no que diz respeito à força de vontade e à motivação que estas dão na tomada de decisão de deixar de fumar, estando presente em expressões como “*São muito importantes, dão-nos motivação*” (Q5) e “*Ajudariam na motivação para eu deixar de fumar*” (Q23), sendo que quatro das mulheres inquiridas referem que os filhos têm importância relevante na sua tomada de decisão: “*Sim, as minhas filhas deveriam ser a minha motivação, para não se tornarem fumadoras um dia*” (Q3) e “*Sim, os filhos influenciam muito*” (Q29). Porém, quase metade das inquiridas não reconhece qualquer importância da família e amigos na sua tomada de decisão de deixar de fumar.

Relativamente ao conhecimento de estratégias para deixar de fumar, metade refere conhecer. As mais enumeradas são as estratégias medicamentosas (pensos, comprimidos, pastilhas e vacinas) e as consultas de acompanhamento para a cessação tabágica, sendo visível em respostas como “*Medicamentos, pensos e consultas de profissionais de saúde*” (Q24), “*Pastilhas, vacinas e cigarros eletrónicos*”

(Q27) e *“Pensos, comprimidos e consultas médicas”* (Q4). Também as terapias alternativas e os cigarros eletrônicos são referidos, embora com menor frequência em respostas como *“Acupuntura”* (Q6) e *“Instituições, cigarros eletrônicos, pastilhas e selos”* (Q5). Uma das inquiridas referiu a gravidez como estratégia para deixar de fumar e outra referiu os ambientes livres de fumo e os rituais do consumo: *“Aproveitar a gravidez para deixar de fumar”* (Q3) e *“Consulta antitabágica, evitar ambientes com fumo e evitar rituais associados ao consumo”* (Q11).

Na questão *“Que barreiras considera existir para conseguir deixar de fumar?”*, as respostas incidem fundamentalmente nas barreiras psicológicas, ou seja, na falta de motivação e na força de vontade, estando presente em citações como *“Falta de vontade, que eu não tenho”* (Q2) e *“Falta de motivação para deixar de fumar”* (Q11). O reconhecimento do *stress*, do grau de dependência ao tabaco e do ambiente em que a pessoa está inserida foram também citados em algumas respostas como *“Stress do dia-a-dia”* (Q4), *“Barreiras psicológicas e o vício”* (Q9) e *“Influência das pessoas com quem se convive”* (Q33). Apenas uma das mulheres referiu *“Gosto em fumar, medo de alterações de humor e medo de comer mais e engordar”* (Q6), outra *“Aceitar a necessidade de deixar de fumar”* (Q5) e outra refere *“Não existem”* (Q3).

**Apêndice VIII – Priorização dos Problemas segundo Plano de  
Biscaia**

<b>Problema</b>	<b>Magnitude</b>	<b>Transcendência social</b>	<b>Transcendência económica</b>	<b>Factibilidade tecnológica ou vulnerabilidade</b>	<b>Total</b>
<b>P1</b>	3	3	3	1	10
<b>P2</b>	3	2	3	2	10
<b>P3</b>	2	2	2	2	8
<b>P4</b>	2	2	2	2	8
<b>P5</b>	3	3	3	2	11
<b>P6</b>	3	3	3	2	11
<b>P7</b>	3	3	3	2	11
<b>P8</b>	1	2	2	2	7
<b>P9</b>	1	2	2	2	7
<b>P10</b>	1	2	2	1	6

**Apêndice IX – Cronograma de atividades**

<b>Ano</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>					
<b>Meses</b>							
<b>Etapas do planeamento em saúde</b>	<b>fevereiro-julho</b>	<b>setembro</b>	<b>outubro</b>	<b>novembro</b>	<b>dezembro</b>	<b>janeiro</b>	<b>fevereiro</b>
<b>Diagnóstico de situação</b>							
<b>Determinação das prioridades</b>							
<b>Fixação de objetivos</b>							
<b>Seleção das estratégias</b>							
<b>Preparação da execução</b>							
<b>Intervenção</b>							
<b>Avaliação</b>							


**Apêndice X – Vídeo em formato *power-point***



**Tabagismo na mulher:**  
Um problema de todos!



**Tabagismo no Mundo**  
Por ano **morrem 6 milhões** de pessoas de doenças relacionadas com o consumo do tabaco  
Dessas **mortes**, cerca de **600 000** são resultado da exposição ao fumo ambiental do tabaco  
Prevê-se para **2030, 8 milhões** de mortes




**Tabagismo na mulher no mundo**  
20% do total de fumadores mundiais são mulheres  
Nos próximos 30 anos estima-se que ocorram mais de **10 milhões de mortes** em mulheres de meia idade devido ao consumo de tabaco



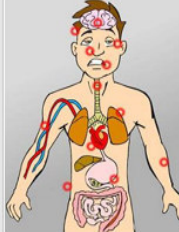
**Tabagismo em Portugal**  
Em 2013,  
Cerca de **12000** pessoas morreram por causa do tabaco  
Houve **aumento** do consumo de tabaco no **sexo feminino**




**Tabagismo na mulher em Portugal**  
Em 2013, as mulheres dos **40-49** anos apresentaram **maior percentagem de mortes**  
**Fumar** durante a **gravidez** continua a ser um **grave problema** de saúde pública pelas consequências nefastas para a grávida, para o feto e posteriormente para o bebé



**O consumo do tabaco é uma doença!**  
O cigarro tem diversos constituintes, contudo, a **nicotina** é o mais conhecido  
A nicotina provoca grande **dependência física e psicológica**




O consumo do tabaco atua nos diferentes órgãos e sistemas do nosso organismo:  
↓  
Sendo inúmeras as doenças provocadas ou agravadas pelo consumo do mesmo




**Pode provocar...!**  
**Aparelho respiratório**

- Aasma
- Tosse
- Expetoração
- Pleiria
- Irritação sensorial
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- Pneumonia bacteriana
- Infecções respiratórias infantis
- Alterações do desenvolvimento pulmonar nas crianças




**Sistema Cardiovascular**

- Aterosclerose
- Doença coronária
- Hipertensão arterial
- Morte súbita cardíaca
- Vasculopatias como Doença de Buerger e aneurisma aorta abdominal
- Flebite periférica




**Sistema Nervoso Central**

- Acidente Vascular Cerebral (AVC)




**Patologia oncológica**  
Câncer:

- Pulmão
- Laringe
- Cavidade oral
- Esófago
- Estômago
- Pâncreas
- Aparelho urinário
- Colo do útero
- Leucemia
- Lesões pré-malignas da cavidade oral




**Aparelho digestivo**

- Doença de refluxo gastroesofágico
- Úlcera péptica




Consumo do tabaco na mulher é um facto crescente que tem de ser travado...  
...Com consequências nefastas ao nível da saúde pública, social, económica e ambiental




**Pode também provocar....!**  
**Aparelho reprodutor feminino**


- Anomalias da fertilidade e fecundação feminina
- Ruptura prematura de membranas
- Placenta prévia
- Descolamento da placenta
- Gravidez ectópica
- Aborto espontâneo interrogado



**Durante a gravidez é um grave problema....**  
• Fumar durante a gravidez é a principal causa evitável de complicações durante a gravidez, tanto para a mãe como para o feto e posteriormente para o recém-nascido



**Durante a gravidez é um grave problema....**  
• Deixar de fumar ou até mesmo reduzir o consumo de tabaco, antes de engravidar, durante a gravidez ou mesmo após o nascimento do bebé traduzem-se sempre em ganhos para a saúde



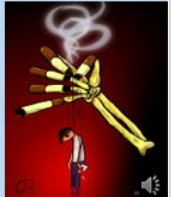
**Durante a gravidez pode provocar....**  
**Manifestações perinatais**

- Anomalias no desenvolvimento fetal
- Aborto espontâneo
- Mortalidade peri-natal
- Malformações congénitas




**E também...!**  
**Manifestações pós-natais**

- Síndrome morte súbita infantil
- Anomalias cognitivas e comportamentais na criança
- Alterações no aparelho respiratório na criança



**O tabagismo é considerada uma doença crónica!**  
Deixar de fumar traz muitos benefícios para a saúde a curto, médio e longo prazo  
Permite viver mais anos e com melhor saúde e qualidade de vida



**Exposição ao fumo ambiental do tabaco**  
É a terceira causa de morte evitável




**Exposição ao fumo ambiental do tabaco**  
Efeitos para a saúde a curto prazo

- Irritação nos olhos, nariz e garganta
- Rinorreia
- Obstrução nasal
- Exacerbação de complicações de problemas de saúde pré-existentes como asma, alergias, DPOC e doenças cardíacas crónicas

### Exposição ao fumo ambiental do tabaco

Efeitos para a saúde a longo prazo no adulto

- Cancro pulmão
- Doenças cardiovasculares
- Sintomas respiratórios e exacerbação da asma




### Exposição ao fumo ambiental do tabaco

Efeitos a longo prazo no bebé/criança

- Baixo peso ao nascer
- Síndrome de morte súbita
- Oite média crónica



As crianças são o grupo de maior risco à exposição ambiental do fumo do tabaco afetando muito a sua saúde e porque se podem tornar futuros fumadores na idade adulta!!!



É fundamental preservá-las e não as expor ao fumo do tabaco!!!


### Estratégias para deixar de fumar

- Consultas de cessação tabágica
- Substitutos de nicotina (pastilhas elásticas ou rebuçados, para chupar, adesivos transdérmicos)



- Medicação (psicofármacos, outros)
- Psicoterapia
- Medicina alternativas (acupuntura, fitoterapia, auriculoterapia...)

### Onde encontrar ajuda para deixar de fumar?



- Enfermeiro e ou médico do seu Centro de Saúde
- Linha telefónica SOS-Deixar de fumar (contacto: 808 208 888, dias úteis das 13h às 21h)
- Escola Superior de Saúde Pública disponibiliza um acompanhamento personalizado, através do site [www.parar.net](http://www.parar.net)

### Onde encontrar ajuda para deixar de fumar?



APLICAÇÃO TELEMÓVEL INFORMATIVA GRÁTIS

**"STOP AO TABAGISMO NO FEMININO"**

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen T, Aronold A, Cornish T & Barros L (2013). Long-Term Maintenance of Smoking Cessation in Pregnancy: An Analysis of the Sixth Cohort Generation XXI. *Alcohol & Tobacco Research*, 15 (6), 1588-1607. DOI: 10.1093/atb/atd002
- Data de consulta: 27/02/2016 (CINAHL Plus With Full text). Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=65&pg=95&seq=6&id=6403&url=2&cid=788149274&context=112414-01>
- Allen, R. (2005). Aspectos do Tabagismo em Grupos Particulares. In Pereira, E. (Coord.) *Tabagismo: Do Diagnóstico ao Tratamento* (pp. 209-230). Loulé: UDEL, Edições Técnicas, Lda.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AWHONN - Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2010). Smoking and Women's Health. *JOGN*, 39(5), 437-439.
- DOI: 10.1111/j.1552-4998.2010.01176.x
- Acedido em 22/02/2016, CINAHL with full text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=76&pg=76&seq=6&id=6403&url=2&cid=788149274&context=112414-01>
- Diets, P.C, England, L., Shapiro-Mendoza, C., Tong V., Fari, S. & Callaghan, W. (2010). Infant Mortality and Morbidity Attributable to Prenatal Smoking in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 38 (1), 45-52. DOI: 10.1016/j.amepre.2010.03.003
- Data de consulta: 27/02/2016 (Medline With Full text)
- <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=77&pg=77&seq=6&id=6403&url=2&cid=788149274&context=112414-01>

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa: DGS.
- Acedido em 21/03/2016. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde (2011). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo: Orientações Programáticas*. Lisboa: DGS.
- Acedido em 15/02/2016. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde (2010). *Portugal: Prevenção e Controlo do Tabagismo em Mulheres - 2010: Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: DGS.
- Acedido em 21/03/2016. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Moreira, S. (2005). *Nicotina e Mecanismos de Dependência*. In Pereira, E. (Coord.) *Tabagismo: Do Diagnóstico ao Tratamento* (pp. 09-46). Loulé: UDEL, Edições Técnicas, Lda.
- Mota, P. (2005). *Efeitos do Tabagismo Ativo para a Saúde*. In Pereira, E. (Coord.) *Tabagismo: Do Diagnóstico ao Tratamento* (pp. 85-114). Loulé: UDEL, Edições Técnicas, Lda.
- Mackay, M., McKinnay, T., Teasdale, A. (2008). Factors Related to Smoking in College Women. *Journal of Community Health Nursing*, 25, 106-121. DOI: 10.1080/071700308031741
- Acedido em 22/02/2016, CINAHL with full text. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=65&pg=95&seq=6&id=6403&url=2&cid=788149274&context=112414-01>

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organização Mundial de Saúde (1996). *Lesson of alcohol and drug terms*. Genebra: OMS.
- Acedido em 23/02/2016. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terms/index/whs\\_1whs1w/](http://www.who.int/substance_abuse/terms/index/whs_1whs1w/)
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Tobacco: Ending an unhealthy trend*. Brasil: OMS.
- Acedido em 15/02/2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/commenaries/reducing-tobacco-use/en/>

**Apêndice XI – Questionário após visualização do vídeo**



## Questionário

***“Tabagismo na mulher em idade fértil: as TIC como estratégia de promoção da saúde”***

Este questionário surge no âmbito da realização do trabalho de especialidade em Enfermagem Comunitária, desenvolvido em parceria com a ESEL e UCSP Marvila, sendo as respostas anónimas e confidenciais.

### Dados sociodemográficos

(segundo o questionário individual dos censos 2011)

**1.Idade:** \_\_\_\_\_

**2.Estado civil:**

- Solteira
- Casada
- Separada, mas ainda legalmente casada
- Divorciada
- Viúva
- União de facto
- Outro

**3.Naturalidade:** \_\_\_\_\_

**4.Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

**5. Alfabetismo/Habilitações literárias:**

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever
- 1º ciclo (1º, 2º, 3º ou 4º ano)
- 2º ciclo (5º ou 6º ano)
- 3º ciclo (7º, 8º ou 9º ano)
- Ensino Técnico
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
  - Bacharelato
  - Licenciatura
  - Doutoramento

**6. Situação profissional:**

- Empregada
- Desempregada
- Reformada
- Estudante
- Outro

**7. Profissão/ocupação:** \_\_\_\_\_

## História de consumo de tabaco

8. Com que idade começou a fumar?

---

9. Qual o seu consumo de tabaco em anos?

- Há menos de 1 ano
- 1-5 anos
- 6-10 anos
- 11-20 anos
- Superior a 20 anos

10. Já teve períodos sem fumar?

- Sim
- Não

11. Se sim, indique o motivo da cessação tabágica.

- Existência de problemas saúde
- Prevenção de doenças
- Melhorar o nível de saúde
- Pressão familiar e/ou social
- Reduzir custos (poupança)
- Vontade própria
- Gravidez
- Aconselhamento de um técnico de saúde
- Outro Qual? \_\_\_\_\_

(pode assinalar uma ou várias opções)

**12. Qual o motivo da recaída?**

- Ansiedade/*stress*
- Vontade irresistível de fumar
- Problemas pessoais
- Aumento de peso
- Reiniciou consumo em contexto social
- Falta de motivação
- Outro \_\_\_\_\_

**13. Fuma em locais fechados?**

- Sim
- Não

**14. Fuma na presença de algum familiar?**

- Sim
- Se sim, de quem?
- Não

**15. Existem fumadores no seu agregado familiar?**

- Sim
- Não

**16. Se sim, fumam no interior do domicílio?**

- Sim
- Não

**17. Costuma estar exposto a fumo do tabaco?**

- Sim
- Não
- Se sim, onde? \_\_\_\_\_

**18. Considera deixar de fumar em locais fechados e na presença de familiares?**

Sim

Não

## **Conhecimentos sobre tabagismo**

(Atendendo aos pressupostos do modelo de promoção da saúde de Nola Pender)

**19. O que entende por saúde?**

---

---

**20. Como considera a sua saúde?**

---

**21. Indique os comportamentos que deve adotar para ter uma vida saudável?**

---

---

**22. Considera que fumar prejudica a sua saúde?**

Sim

Não

**23. Se sim, indique os malefícios do consumo do tabaco para a sua saúde.**

---

---

**24. Considera que fumar durante a gravidez é prejudicial?**

Sim

Não

**25. Se sim, indique os malefícios do consumo de tabaco para a mulher grávida e para o feto.**

---

---

**26. Considera a exposição ao fumo ambiental do tabaco prejudicial para a sua saúde?**

Sim

Não

**27. Se sim, indique os malefícios da exposição ao fumo ambiental do tabaco?**

---

**28. Considera haver algum benefício em fumar?**

Sim

Não

**29. Se sim, qual (ais)?**

---

---

**30. Considera haver vantagens/benefícios em deixar de fumar?**

Sim

Não

**31. Quais as vantagens de parar de fumar?**

---

---

**32. A sua família ou amigos são importantes na tomada de decisão de deixar de fumar? Em que medida?**

---

---

**33. Conhece estratégias/apoios para deixar de fumar?**

Sim

Não

**34. Se sim, quais?**

---

**35. Conhece estratégias para reduzir a exposição ao fumo ambiental do tabaco?**

Sim

Não

**36. Se sim, quais?**

---

**37. Que barreiras considera existir para conseguir deixar de fumar?**

---

---

**38. Visualizou o vídeo?**

Sim

Não

**39. Considera a passagem do vídeo em sala de espera foi importante para si?**

Sim

Não

**40. Considera a aplicação para o telemóvel uma boa estratégia para a aquisição de novos conhecimentos?**

Sim

Não

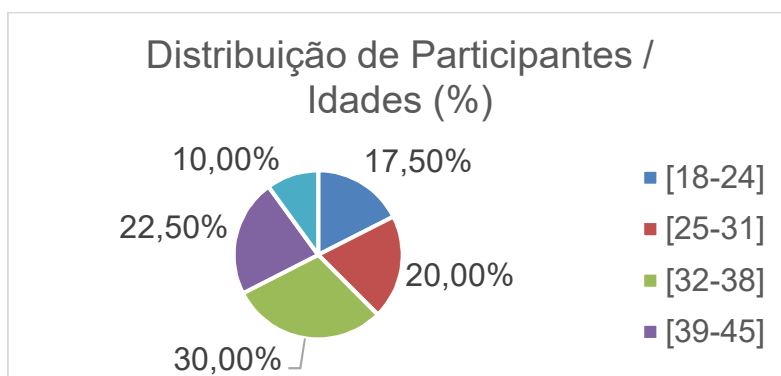
Obrigado pelo tempo despendido no preenchimento do questionário!

**Apêndice XII – Tabela com os resultados após intervenção  
comunitária**

## Questão 1 - Idade

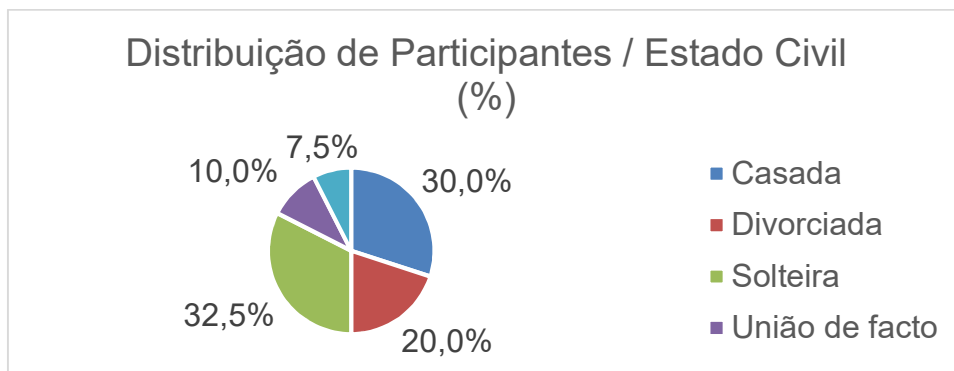
Idade	Fa	Fr
[18-24]	7	17,50%
[25-31]	8	20,00%
[32-38]	12	30,00%
[39-45]	9	22,50%
[46-52]	4	10,00%
	40	100,00%

Idade	Coluna2
<b>Estatística Descritiva</b>	
Média	33,50
Erro-padrão	1,41
Mediana	33,00
Moda	49,00
Desvio-padrão	8,93
Variância da amostra	79,74
	-
Curtose	0,92
Assimetria	0,12
Intervalo	31,00
Mínimo	18,00
Máximo	49,00
Soma	1 340,00
Contagem	40,00

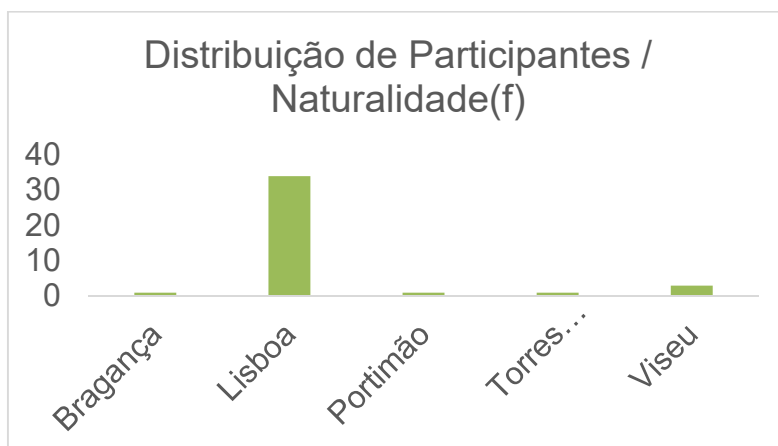


**Questão 2 - Estado civil**

Estado Civil	f	(%)
Casada	12	30,0%
Divorciada	8	20,0%
Solteira	13	32,5%
União de facto	4	10,0%
Viúva	3	7,5%
	40	100,0%

**Questão 3 - Naturalidade**

Naturalidade	f	(%)
Bragança	1	2,50%
Lisboa	34	85,00%
Portimão	1	2,50%
Torres Vedras	1	2,50%
Viseu	3	7,50%
	40	100,00%

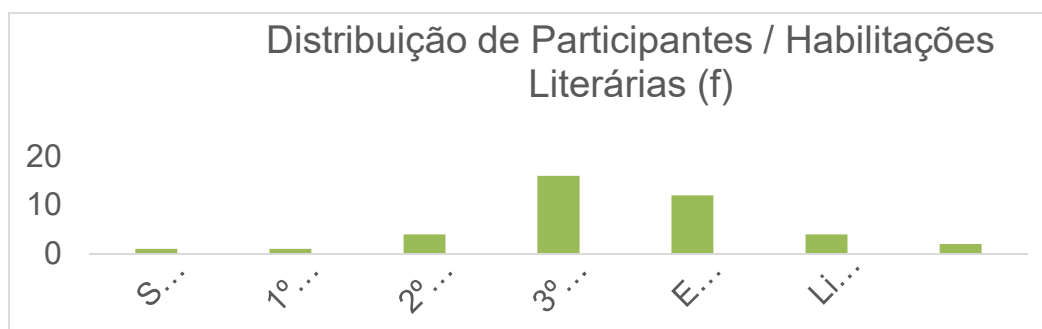


**Questão 4 - Nacionalidade**

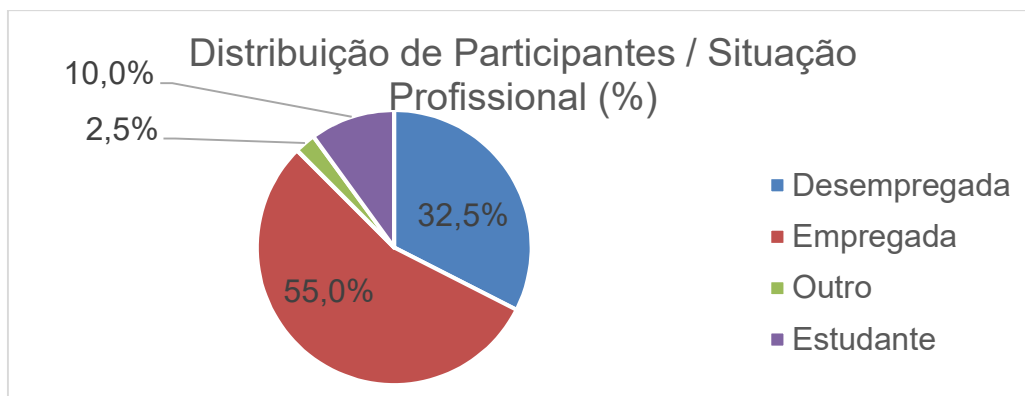
Nacionalidade	f	(%)
Portugal	40	100,00%
	40	100,00%

**Questão 5 - Habilitações Literárias**

Habilitações Literárias	f	(%)
Sabe ler e escrever	1	2,5%
1º ciclo (1º, 2º, 3º ou 4º ano)	1	2,5%
2º ciclo (5º ou 6º ano)	4	10,0%
3º ciclo (7º, 8º ou 9º ano)	16	40,0%
Ensino Secundário	12	30,0%
Licenciatura	4	10,0%
Mestrado	2	5,0%
	40	100,0%

**Questão 6 - Situação Profissional**

Situação Profissional	f	(%)
Desempregada	13	32,5%
Empregada	22	55,0%
Outro	1	2,5%
Estudante	4	10,0%
	40	100,0%



### Questão 7 - Profissão

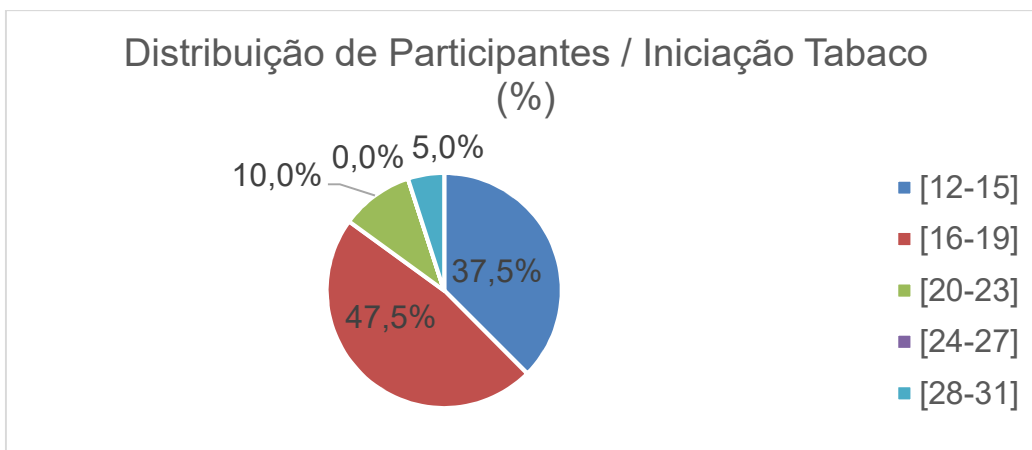
Não foi realizado nenhum tratamento dos dados

### Questão 8 - Com que idade começou a fumar?

Iniciação Tabaco	Fa	Fr
[12-15]	15	37,5%
[16-19]	19	47,5%
[20-23]	4	10,0%
[24-27]	0	0,0%
[28-31]	2	5,0%
	40	100,0%

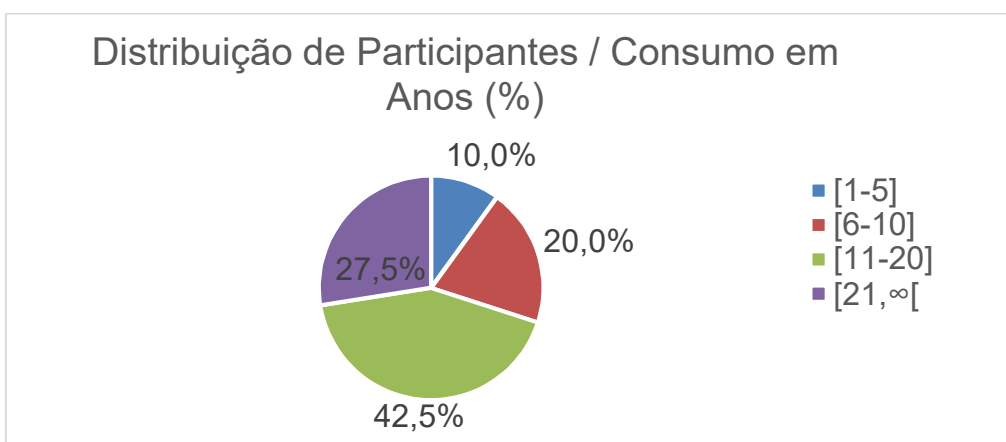
### Iniciação Tabaco

Média	16,6
Erro-padrão	0,6
Mediana	16,0
Moda	16,0
Desvio-padrão	4,1
Variância da amostra	16,8
Curtose	4,3
Assimetria	1,9
Intervalo	18,0
Mínimo	12,0
Máximo	30,0
Soma	664,0
Contagem	40,0



**Questão 9 - Qual o seu consumo de tabaco em anos?**

Consumo em Anos	Fa	Fr
[1-5]	4	10,0%
[6-10]	8	20,0%
[11-20]	17	42,5%
[21,∞[	11	27,5%
	40	100,0%

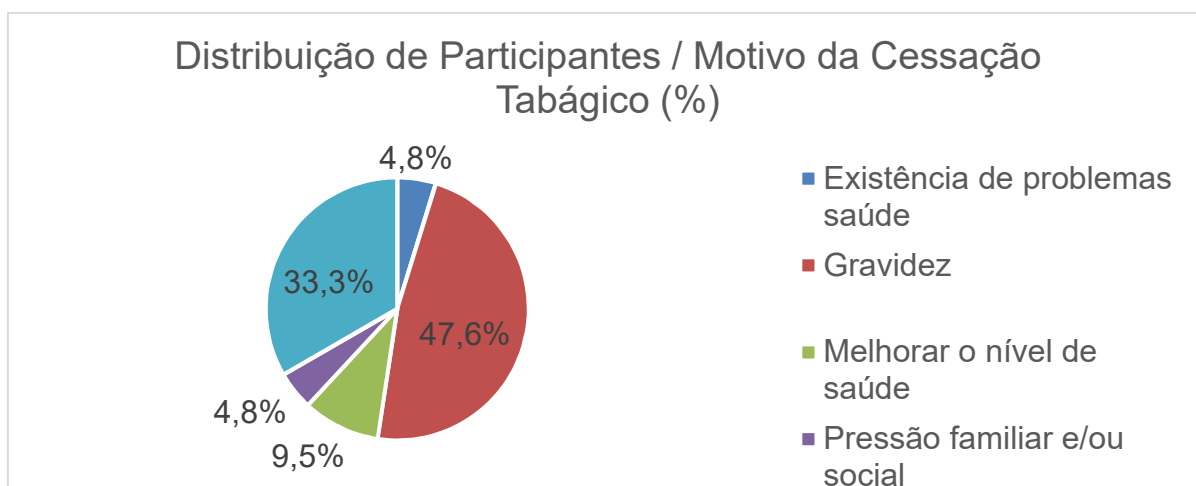


**Questão 10 - Já teve períodos sem fumar?**

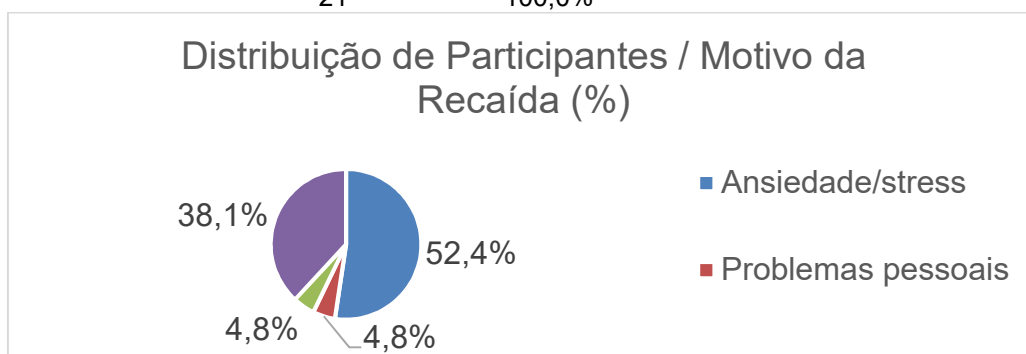
Períodos Sem Fumar	f	(%)
Sim	21	52,5%
Não	19	47,5%
	40	100,0%

**Questão 11 - Se sim, indique o motivo da cessação tabágica.**

Motivo da Cessação Tabágica	f	(%)
Existência de problemas saúde	1	4,8%
Gravidez	10	47,6%
Melhorar o nível de saúde	2	9,5%
Pressão familiar e/ou social	1	4,8%
Vontade própria	7	33,3%
	21	100,0%

**Questão 12 - Qual o motivo da recaída?**

Motivo da Recaída	f	(%)
Ansiedade/stress	11	52,4%
Problemas pessoais	1	4,8%
Reiniciou consumo em contexto social	1	4,8%
Vontade irresistível de fumar	8	38,0%
	21	100,0%



**Questão 13 - Fuma em locais fechados?**

Fuma em Locais Fechados		
	f	(%)
Sim	18	45,0%
Não	22	55,0%
	40	100,0%

**Questão 14 - Fuma na presença de algum familiar?**

Fumadores na Presença Familiares		
	f	(%)
Sim	29	72,5%
Não	11	27,5%
	40	100,0%

**Questão 15 - Existem fumadores no seu agregado familiar?**

Fumadores no Agregado Familiar		
	f	(%)
Sim	30	75,0%
Não	10	25,0%
	40	100,0%

**Questão 16 - Se sim, fumam no interior do domicílio?**

Fumam no Interior Domicílio		
	f	(%)
Sim	15	37,5%
Não	25	62,5%
	40	100,0%

**Questão 17 - Costuma estar exposto a fumo do tabaco?**

Exposição Fumo Tabaco		
	f	(%)
Sim	28	70,0%
Não	12	30,0%
	40	100,0%

**Questão 18 – Considera deixar de fumar em locais fechados ou na presença de familiares?**

Reconhece Deixar Fumar	f	(%)
Sim	31	77%
Não	6	15%
NA	3	8%
	40	100%

**Questão 19 – O que entende por saúde?**

Categoria Geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
Reconhecimento da sua importância	Muito importante	8	<p>“É o mais importante” (Q9)</p> <p>“Bem essencial, sem saúde não se pode fazer nada, trabalhar, ...” (Q19)</p> <p>“É tudo, bem-estar geral” (Q22)</p> <p>“É o essencial, é tudo nesta vida” (Q28)</p> <p>“O essencial” (Q40)</p>
Estado de bem-estar	Bem-estar físico	13	<p>“É um bem-estar físico e psicológico e não ter doença” (Q4)</p> <p>“É estar bem física e psicologicamente” (Q5)</p> <p>“Estar bem a todos os níveis” (Q6)</p> <p>“Bem-estar geral, estar apto para as funções do</p>
	Bem-estar psicológico	12	

Categoria Geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
Ausência de doença	Bem-estar geral	20	<p>dia-a-dia e sem limitações físicas” (Q8)</p> <p>“É tudo, estar bem física e psicologicamente. É estar bem, não estar parado, ser ativo” (Q13)</p> <p>“O nosso estado mental e físico” (Q14)</p> <p>“Estar bem connosco próprios” (Q16)</p> <p>“Sentir-me bem” (Q21)</p> <p>“Bem-estar em todos os aspetos, em todos os sentidos” (Q29)</p> <p>“Saúde é estar bem a todos os níveis” (Q37)</p>
	Ausência de melancolia, tristeza e dor	2	<p>“Saúde é estarmos bem com nós próprios” (Q3)</p> <p>“Não ter problemas aos diversos níveis” (Q7)</p> <p>“Não ter doenças” (Q15)</p> <p>“Bem-estar a nível geral, físico, intelectual e psíquico” (Q17)</p> <p>“É um bem precioso mesmo, é estar bem e não ter doença” (Q25)</p> <p>“A saúde é ser estável, sem doenças” (Q33)</p>

## Questão 20 – Como considera a sua saúde?

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Má</b>	Má	4	<p>“Má” (Q21)</p> <p>“Horrível” (Q26)</p> <p>“Complicada” (Q29)</p>
<b>Razoável</b>	Razoável	12	<p>“Média” (Q20)</p> <p>“Razoável” (Q35)</p> <p>“Depende dos meses, uns meses é melhor, outros meses é pior” (Q39)</p> <p>Não é muito boa” (Q38)</p>
<b>Boa</b>	Boa	24	<p>“Sou saudável” (Q24)</p> <p>“Equilibrada” (Q25)</p> <p>“Ótima, mas poderia ser melhor se não fumasse” (Q32)</p> <p>“Tenho uma boa saúde” (Q37)</p> <p>“Boa” (Q40)</p>

Questão 21 – Indique os comportamentos que deve adotar para ter uma vida saudável.

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Alimentação saudável</b>	Boa alimentação	32	<p>“Boa alimentação” (Q1)</p> <p>“Alimentação saudável e exercício físico” (Q8)</p> <p>“Alimentação saudável e hábitos saudáveis como não fumar e não beber” (Q32)</p>
<b>Sono reparador</b>	Dormir bem	14	<p>“Não fumar, dormir bem e comer bem” (Q5)</p> <p>“8 horas de sono, alimentação variada, frutos secos, pouca carne vermelha, carnes brancas e muito peixe e fazer exercício” (Q16)</p>
<b>Atividade física</b>	Fazer desporto	22	<p>“Alimentação saudável e fazer exercício” (Q2)</p> <p>“Alimentação à base de legumes e saladas e caminhar” (Q7)</p>
<b>Evitar comportamentos risco</b>	Não fumar	16	<p>“Deixar de fumar e comer comida saudável” (Q3)</p>
	Não beber	6	<p>“Não fumar, não beber e fazer uma boa alimentação” (Q11)</p> <p>“Alimentação saudável, exercício físico e evitar <i>stress</i>” (Q18)</p>
	Vida calma e sem <i>stress</i>	4	<p>“Boa alimentação, não fumar, não beber e evitar ...” (Q20)</p>

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
			<p>“Comer saudável, descansar e ter tempo livre para poder usufruir dele” (Q25)</p> <p>“Não me colocar em ambientes de pressão psicológica” (Q37)</p>
<b>Saúde mental</b>	Ser feliz	2	<p>“Alimentação saudável, não beber, não fumar, fazer exercício físico e ser feliz” (Q26)</p> <p>“Ser feliz, alimentação equilibrada e variada, não fumar e não beber, praticar desporto e ter uma vida limpa” (Q34)</p>

**Questão 22 – Considera que fumar prejudica a sua saúde?**

<b>Fumar prejudica Saúde</b>	<b>f</b>	<b>(%)</b>
Sim	40	100,0%
Não	0	0,0%
	40	100,0%

## Questão 23 – Indique os malefícios do consumo do tabaco para a sua saúde.

Categoria geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
Aparelho reprodutor	Infertilidade	4	<p>“Cancros, aumenta a sua probabilidade, problemas de fertilidade, problemas cardíacos e AVC” (Q34)</p> <p>“Problemas de coração como enfarte, problemas de pulmões como asma e cancro do pulmão e problemas de fertilidade” (Q26)</p>
Patologias oncológicas	Cancro	10	<p>“Cancro e doenças cardiovasculares” (Q12)</p> <p>“Cancro dos pulmões, garganta e laringe” (Q19)</p> <p>“Cancro em vários sítios, há tanta coisa, afeta o coração e pode provocar AVC” (Q39)</p> <p>“Cancro dos pulmões, boca e garganta e problemas como AVC” (Q31)</p> <p>“Cancro do pulmão, mama e colo do útero” (Q22)</p>
	Cancro dos pulmões	23	
	Cancro da garganta e boca	21	
	Cancro da mama/ colo utero	1/2	
	Cancro colo retal	1	
Aparelho respiratório	Problemas respiratórios	13	<p>“Cancro dos pulmões, asma, problemas de fertilidade,</p>

Categoria geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
			dificuldade em engravidar, AVC” (Q11)
	DPOC	1	“Todos os níveis, provoca problemas respiratórios como asma, cancro do pulmão, garganta e boca e AVC” (Q35)
	Falta de ar	1	“Provoca cancro, cancro do pulmão, agrava a asma e bronquite e problemas cardíacos” (Q33)
	Bronquite	3	“DPOC, a nível cardíaco são enfartes, cancro da boca, garganta e pulmões” (Q29)
	Asma	7	
Aparelho cardiovascular	Problemas de coração	17	“Pode provocar cancro na boca, laringe, pulmão, problemas respiratórios, infertilidade e AVC” (Q17)
	AVC	9	“Faz mal, faz falta de ar, prejudica a nível pulmonar, pode trazer problemas cardíacos, provocar AVC e cancro” (Q27)
	Enfartes	2	“A todos os níveis como problemas de coração, pele, higiene oral e pulmões” (Q20)
			“Problemas de coração como enfarte, problemas de pulmões como asma e cancro do pulmão e problemas de fertilidade” (Q26)

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Outros</b>	Cabelo	1	“Pulmões, dentes, hálito, social e financeiro” (Q37)
	Pele	4	“Cancro do pulmão, faringe e laringe, envelhecimento da pele e falta de ar” (Q32)
	Dentes	4	“Cansaço e dificuldade respiratória” (Q15)
	Resistência física	3	“Cancro dos pulmões, boca e garganta e reduz capacidade física” (Q18)
	Paladar e olfato	1	“Cancro do pulmão, laringe e boca, faz mal à pele e cabelo” (Q25) “Doenças cardiovasculares, alterações da pele, alterações na dentição e cancro” (Q24) “Cancro asma. AVC, perda de olfato e paladar” (Q36)

**Questão 24 – Considera que fumar durante a gravidez é prejudicial?**

<b>Fumar durante a gravidez é prejudicial?</b>	<b>f</b>	<b>(%)</b>
Sim	39	97,5%
Não	1	2,5%
	40	100,0%

**Questão 25 – Indique os malefícios do consumo de tabaco para a mulher grávida e para o feto.**

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Aparelho respiratório</b>	Problemas respiratórios	5	“Problemas respiratórios na criança e na mãe e atraso do desenvolvimento do bebé” (Q6)
<b>Aparelho cardiovascular</b>	Enfartes, AVC e Problemas de coração	2	“Placenta velha, passa diretamente para o feto, problemas cardiovasculares da mãe, atraso do desenvolvimento fetal, aborto espontâneo, baixo peso e nasce mais cedo” (Q30)  “Faz mal, atraso do crescimento do bebé, placenta prévia, aborto espontâneo e tensões altas” (Q31)
<b>Patologia oncológica</b>	Cancro	1	“Problemas de desenvolvimento do bebé, cancro, problemas respiratórios e aborto espontâneo” (Q8)
<b>Problemas na gestação</b>	Descolamento da placenta ou Aborto espontâneo	23	“Aborto, atraso do desenvolvimento e dificuldade em engravidar” (Q1)  “Aborto espontâneo, atraso do desenvolvimento do bebé, nascer com baixo peso” (Q13)  “Aborto espontâneo, atraso do desenvolvimento do bebé,

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
			problemas respiratórios do bebé, nasce com baixo peso” (Q18)
<b>Problemas de fertilidade</b>	Dificuldade em engravidar	6	“Bebé nasce mais pequeno, dificuldade em engravidar, o bebé pode nascer antes do tempo” (Q 10) “(…) para a mulher dificuldade em engravidar (…)” (Q16)
<b>Atraso do desenvolvimento fetal</b>	Atraso do desenvolvimento	18	“Baixo peso ao nascer, aborto espontâneo e atraso no desenvolvimento do bebé” (Q5) “Problemas respiratórios, baixo peso, descolamento da placenta, problemas do desenvolvimento do feto e aborto espontâneo” (Q17)
	Baixo peso à nascença	13	“Afeta tudo na grávida e no feto, alterações de desenvolvimento” (Q7) “Afeta a criança, nasce mais pequena, alterações do desenvolvimento, feto pode nascer com atrasos e problemas respiratórios na criança” (Q9)
<b>Alterações do desenvolvimento fetal</b>	Malformações congénitas	12	“Aborto, malformações, bebé nasce pequeno e na grávida os mesmos que na mulher” (Q35)

Categoria geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
			<p>“No feto pode trazer deficiências e más formação dos órgãos” (Q15)</p> <p>“Malformações congénitas, os bebés podem ficar com asma e morte súbita” (Q36)</p>
<b>Dependência de nicotina</b>	Habituação do feto à nicotina do tabaco	3	<p>“O bebé nasce com alguma dependência, com baixo peso e com predisposição para ter mais problemas de saúde como asma” (Q16)</p> <p>“Nicotina passa inevitavelmente para o bebé, pode provocar alterações de desenvolvimento e posteriormente seu crescimento, problemas respiratórios como asma e aborto espontâneo” (Q25)</p>
<b>Aparelho respiratório</b>	Problemas respiratórios	18	<p>“Anomalias para o bebé, a nível do aparelho respiratório” (Q2)</p> <p>“O bebé pode vir com problemas respiratórios” (Q3)</p> <p>“Problemas respiratórios como asma e bronquite, maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde, problemas no parto como nascer antes do tempo e aborto” (Q26)</p>

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Síndrome de morte súbita infantil</b>	Síndrome de morte súbita	4	“Aborto espontâneo, atraso do desenvolvimento fetal e síndrome de morte súbita” (Q11)
<b>Parto pré-termo</b>	Risco de parto antes do tempo	11	“Desenvolvimento da criança pode ser afetado, bebé nasce antes do tempo e pode nascer pequeno” (Q21)  “É prejudicial em muitas coisas: anomalias do desenvolvimento, morte súbita, parto antes do tempo e problemas respiratórios na criança” (Q32)
<b>Ausência de malefícios</b>	Não reconhece malefícios	1	“Se fumar pouco não há problema em fumar na gravidez, por isso é que os médicos não aconselham a deixar de fumar totalmente” (Q24)

**Questão 26 – Considera a exposição ao fumo ambiental do tabaco prejudicial para a sua saúde?**

<b>A exposição ao FAT é prejudicial à saúde?</b>	<b>f</b>	<b>(%)</b>
Sim	40	100,0%
Não	0	0,0%
	40	100,0%

## Questão 27 – Indique os malefícios da exposição ao FAT.

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Aparelho respiratório</b>	Problemas respiratórios (asma, bronquite)	32	<p>“São fumadores passivos, por isso prejudica da mesma forma que o fumador normal ou até mais na parte respiratória, vascular e cardíaca” (Q40)</p> <p>“Asma, bronquite e cancro” (Q37)</p> <p>“Afeta as vias respiratórias provocando bronquite, asma e pode levar ao cancro dos pulmões” (Q24)</p>
<b>Patologia oncológicas</b>	Cancro do pulmão	28	<p>“Cancro do pulmão, bronquite e asma” (Q39)</p> <p>“Os não fumadores passam a ser fumadores passivos, cancro e problemas cardiovasculares” (Q38)</p> <p>“Parte respiratória como asma, bronquite, cancro do pulmão e irritação dos olhos” (Q21)</p>
<b>Sistema cardiovascular</b>	Problemas de coração	7	<p>“Asma, cancro do pulmão e problemas de coração” (Q33)</p> <p>“Asma, bronquite e cancro do pulmão e problemas cardiovasculares” (Q13)</p>

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Intensidade do problema</b>	Referem ser pior	4	<p>“Cancro do pulmão, asma, bronquite e alergias, é muito pior pois não tem filtro” (Q32)</p> <p>“Ainda é pior, prejudica a saúde a todos os níveis como pulmões e asma” (Q18)</p>
<b>Outros</b>	Cabelo	1	“Muito pior, cancro do pulmão, problemas respiratórios, pele e cabelos e comichão nos olhos” (Q 35)
	Pele	1	“Irritação dos olhos e garganta e rouquidão, cancro do pulmão e problemas de coração” (Q31)
	Olhos	7	<p>“Problemas respiratórios como asma, bronquite e cancro do pulmão, irritação dos olhos e garganta” (Q22)</p> <p>“Problemas respiratórios como asma, bronquite, irritação dos olhos e garganta” (Q19)</p>
	Garganta	3	

**Questão 28 – Considera haver algum benefício em fumar?**

<b>Benefício de Fumar?</b>	<b>f</b>	<b>(%)</b>
Sim	11	27,5%
Não	29	72,5%
	40	100,0%

## Questão 29 – Quais os benefícios em fumar?

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Não reconhece benefício em fumar</b>	Não existe	29	Respostas em branco
<b>Reconhece benefício em fumar</b>	Calmanete	7	“Psicológico e prazer” (Q12) “Relaxante, calmante” (Q14) “Alternativa ao calmante” (Q24)
	Relaxante	3	
	Prazer	1	

## Questão 30 – Considera haver vantagens/benefícios em deixar de fumar?

<b>Vantagens em Deixar Fumar?</b>	<b>f</b>	<b>(%)</b>
Sim	39	97,5%
Não	1	2,5%
	40	100,0%

## Questão 31– Quais as vantagens em deixar de fumar?

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Respostas vagas</b>	Muitas vantagens	3	“São todas, melhoramos em todos os aspetos” (Q40)
<b>Benefício para a saúde</b>	Mais saúde	4	“Várias, desde melhorar a respiração e os níveis de cansaço, a poder saborear melhor os alimentos” (Q15)
	Melhora a saúde	24	“Melhora a saúde, maior resistência física e maior capacidade para fazer as coisas” (Q18)
	Melhora a qualidade de vida	2	“Melhora a capacidade física e a saúde” (Q31)
	Maior resistência física/	6	“A pessoa a deixar de fumar fica mais saudável” (Q33) “Melhora a qualidade de vida” (Q34)
	Alimentação mais saudável (recupera paladar)	1	“Melhora muito a saúde e previne doenças” (Q35)
	Evita doenças	5	“Respiração mais saudável” (Q38) “Melhora toda a saúde” (Q39)

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
	Permite respirar melhor	2	
<b>Benefício económico</b>	Poupança de dinheiro	10	<p>“Poupava na carteira logo a começar e melhora a saúde” (Q27)</p> <p>“Aumenta o dinheiro na carteira e ganha-se mais resistência a nível físico” (Q24)</p>

**Questão 32- A sua família ou amigos são importantes na tomada de decisão de deixar de fumar? Em que medida?**

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Reconhece importância da família e amigos</b>	Força de vontade	6	<p>“Sim, se eles não fumam nós temos tendência em não fumar” (Q10)</p> <p>“Sim, ajudam, aconselham” (Q11)</p> <p>“Sim, influenciam para deixar ou não de fumar” (Q12)</p>

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
	Influencia familiares e/ou amigos	9	<p>“Sim, apoio” (Q14)</p> <p>“Sim, dão a força que eu preciso e influencia-me a não fumar” (Q32)</p> <p>“Sim, dão-me a força que eu preciso para decidir deixar de fumar” (Q33)</p>
<b>Não reconhece a importância da família e amigos</b>	Não têm importância	22	“Não” (Q37)
<b>Reconhecimento dos filhos para a decisão de não fumar</b>	Importância dos filhos	2	<p>“Claro, eu estou a tentar reduzir por causa dos meus filhos” (Q17)</p> <p>“Sim, são a motivação para que possa viver mais tempo com os meus filhos e marido” (Q26)</p>

**Questão 33 – Conhece estratégias/apoios para deixar de fumar?**

<b>Conhecimento de Estratégias para Cessação Tabágica</b>		
	<b>f</b>	<b>(%)</b>
Sim	37	92,5%
Não	3	7,5%
	40	100,0%

## Questão 34 – Quais as estratégias/apoios que conhece para deixar de fumar?

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Desconhecimento</b>	Não sabe especificar ou desconhece	7	Respostas em branco
<b>Medicamentosas</b>	Pensos	19	“Pensos, pastilhas, comprimidos e consultas de cessação tabágica” (Q8)
	Comprimidos	14	“Chas, pastilhas e pensos” (Q9) “Consultas de cessação tabágica e medicação como pastilhas e comprimidos” (Q21)
	Pastilhas	19	
	Chás	1	“Nicorete, cigarros eletrónicos, pastilhas, comprimidos e selos” (Q28)
<b>Consultas de acompanhamento para cessação tabágica</b>	Consultas médicas	16	“Consultas com o médico e medicação como pastilhas e pensos” (Q5) “Consultas de cessação tabágica, medicação e medicinas alternativas” (Q11)
	Psicoterapia	7	“Consultas antitabágicas” (Q15) “Pensos, comprimidos, medicinas alternativas e apoio psicológico” (Q16) “Pastilhas, consultas de cessação tabágica, consultas de

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
			psicologia, comprimidos e medicina chinesa” (Q32)
<b>Cigarros eletrónicos</b>	Cigarros eletrónicos	3	<p>“Sei que há comprimidos, sessões de grupo, cigarros eletrónicos e pensos” (Q17)</p> <p>Para além da força de vontade existe apoio psicológico, pastilhas, pensos e cigarros eletrónicos! (Q39)</p>
<b>Aplicações móveis</b>	Aplicações de telemóvel	1	“Aplicação de telemóvel” (Q13)
<b>Terapias alternativas</b>	Acupuntura	1	“Pastilhas, comprimidos, pensos e medicinas alternativas” (Q7)
	Medicina alternativa	7	<p>“Pastilhas, adesivos e medicinas alternativas” (Q24)</p> <p>“Fazer acupuntura, medicação, apoio psicológico e terapias grupo” (Q27)</p> <p>“Medicinas alternativas, medicação, consultas antitabágicas e apoio psicológico” (Q34)</p>

**Questão 35 – Conhece estratégias para reduzir a exposição ao fumo ambiental do tabaco?**

Conhecimento de Estratégias para Reduzir FAT		
FAT	f	(%)
Sim	32	80,0%
Não	8	20,0%
	40	100,0%

**Questão 36 – Quais as estratégias para reduzir o FAT?**

Categoria geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
<b>Desconhecimento</b>	Não sabe especificar ou desconhece	8	Respostas em branco
<b>Evitar a exposição</b>	Trabalho	8	“Deixar de estar com quem fuma, não fumar em casa, não estar em espaços fechados onde fumam” (Q1)
	Casa	13	
	Espaços fechados	22	“O médico disse o que fazer, não estar exposto ao fumo” (Q5)
	Contacto com fumadores	14	“Deixar de estar junto de quem fuma, não fumar em casa e não fumar no carro” (Q6) “Deixar de estar com pessoas que fumam, não fumar no trabalho” (Q8) “Proibirem fumar em locais fechados como o trabalho e não estar junto de quem fuma” (Q11)

Categoria geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
<b>Legislação</b>	Lei antitabágica	7	<p>“Deixar de estar em locais de fumo, não fumar em casa e as leis de proibir fumar” (Q9)</p> <p>“Não estar perto de quem fuma, não fumar em casa e trabalho e cafés, as leis” (Q16)</p> <p>“Tentar não estar perto de pessoas que fumam e as leis serem cada vez mais severas” (Q18)</p> <p>“Evitar locais onde se fuma, sair de perto de quem está a fumar, cumprimento da lei contra o tabaco” (Q25)</p>

## Questão 37 - Que barreiras considera existir para conseguir deixar de fumar?

Categoria geral	Unidades de registo (palavras chaves)	Frequência	Respostas
<b>Barreiras psicológicas</b>	Força de vontade	14	“Falta de vontade, que eu não tenho” (Q2)
	Falta de motivação	9	“Falta de motivação para deixar de fumar” (Q11) “Falta de força de vontade” (Q23) “Espírito fraco, quem tem força de vontade alcança tudo” (Q31) “Falta de vontade própria” (Q27)
<b>Não reconhece existência de barreiras</b>	Não há	1	“Não existem barreiras para conseguir deixar de fumar” (Q38)
<b>Vida stressada</b>	<i>Stress</i>	8	“ <i>Stress</i> do dia-a-dia” (Q4) “ <i>Stress</i> , ansiedade e problemas financeiros” (Q26) “Existência de <i>stress</i> ” (Q30) “ <i>Stress</i> do dia a dia” (Q35)

<b>Categoria geral</b>	<b>Unidades de registo (palavras chaves)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Respostas</b>
<b>Reconhecimento da necessidade de deixar de fumar</b>	Aceitação	1	“Aceitar a necessidade de deixar de fumar” (Q5)
<b>Fumar associado ao prazer</b>	Gosto por fumar	1	“Gosto em fumar, medo de alterações de humor e medo de comer mais e engordar” (Q6)
<b>Mitos e Preconceitos</b>	Medos	1	“Gosto em fumar, medo de alterações de humor e medo de comer mais e engordar” (Q6)
<b>Grau de dependência</b>	Vício	5	“Barreiras psicológicas e o vício” (Q9)
<b>Problemas pessoais</b>	Depressão	1	“A minha doença, a depressão” (Q14) “Ansiedade” (Q28)
	Solidão	1	
	ansiedade	1	
<b>Envolvência</b>	Ambiente familiar e social com fumadores	4	“O ambiente social, o contexto” (Q29) “Influência das pessoas com quem se convive” (Q33)

**Questão 38 – Visualizou o vídeo?**

Visualizou o Vídeo	f	(%)
Sim	40	100,0%
Não	0	0,0%
	40	100,0%

**Questão 39 – Considera que a passagem de vídeo em sala de espera foi importante para si?**

Benefício do Vídeo	f	(%)
Sim	40	100,0%
Não	0	0,0%
	40	100,0%

**Questão 40 – Considera a aplicação para telemóvel uma boa estratégia para a aquisição de novos conhecimentos?**

Benefício da Aplicação APP	f	(%)
Sim	38	95,0%
Não	2	5,0%
	40	100,0%

**Apêndice XIII – Resposta do pedido ao ACES para a criação de  
*link* com o vídeo**

12/12/2016

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Correio • vídeo



RENATA GOMES MIRANDA <renatamiranda@campus.esel.pt>

**vídeo**

3 mensagens

RENATA GOMES MIRANDA <renatamiranda@campus.esel.pt>  
Para: secretariado.kcentral@csmarvila.min-saude.pt

8 de novembro de 2016 às 12:29

 Tabagismo na mulher -Um problema de todos!.mp4

Bom dia,  
No seguimento da nossa conversa ao telefone, envio em anexo o vídeo.  
Aguardo confirmação da sua visualização  
Com os melhores cumprimentos  
Renata Miranda

Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida | ACES Lisboa Central • Direção Executiva

8 de novembro de 2016

<vera.almeida@arslvt.min-saude.pt>

às 14:47

Para: "renatamiranda@campus.esel.pt" <renatamiranda@campus.esel.pt>

Cc: "secretariado.kcentral@csmarvila.min-saude.pt" <secretariado.kcentral@csmarvila.min-saude.pt>

Boa tarde cara Enf.ª Renata,

Muito Obrigada pela partilha do seu trabalho, que muito aprecio.

Solicitou divulgação do vídeo no site da UCSP de Marvila, mas que tenha conhecimento, Marvila não tem nenhum site disponível. Ou tem?

Estamos, no entanto, ao nível do ACES a desenvolver um site para os utentes e profissionais, pelo que quando o mesmo estiver concluído, poderemos disponibilizar o seu trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Vera S. P. Branco de Almeida

Diretora Executiva Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central

Rua Carvalho Araújo, 103 - 7.º Andar

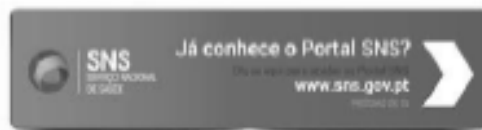
1900-138 Lisboa

12/12/2016

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Correio • vídeo

Telefone: 21 810 50 48; Fax: 21 310 53 28

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



---

**De:** Secretariado ACES Lisboa Central [mailto:secretariado.aces-lo@osmarvilumin-saude.pt]  
**Enviada:** terça-feira, 8 de Novembro de 2016 14:32  
**Para:** Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida | ACES Lisboa Central | Direção Executiva  
**Assunto:** FW: vídeo

Com os melhores cumprimentos

Ana Jales

Secretariado Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central

Email: ana.jales@osmarvilumin-saude.pt

Email Geral: secretariado.acescentral@osmarvilumin-saude.pt



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central

Rua Carvalho Araújo, 103 - 7º Andar

1900-138 Lisboa

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=61de37730&view=pt&search=sent&th=15843e9e040688bc&siml=15843e9e040688bc&siml=1584468829f99e...> 2/3

12/12/2016

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Correio • vídeo

Telefone: 21 310 53 10; Fax: 21 310 53 28



---

**De:** RENATA GOMES MIRANDA [mailto:renatamiranda@campus.esel.pt]

**Enviada:** terça-feira, 8 de Novembro de 2016 12:29

**Para:** Secretariado ACES Lisboa Central

**Assunto:** vídeo

[Citação oculta]

---

**RENATA GOMES MIRANDA** <renatamiranda@campus.esel.pt>

8 de novembro de 2016 às 15:15

Para: Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida | ACES Lisboa Central • Direção Executiva <vera.almeida@arsvt.min-saude.pt>

Boa tarde Dr Vera,

Desde já agradeço a prontidão da resposta, Obrigada

Estava convencida de que a UCSP MANIJA ou o Aces tivessem site, contudo, e uma vez que este está a ser criado, agradeço desde já se disponibilizarem o vídeo que realizei no âmbito académico, será para mim muito gratificante e julgo que uma mais valia para os utentes que recorrerem ao mesmo!

Mais uma vez obrigado

Com os melhores cumprimentos

Renata Miranda

[Citação oculta]