

FUNCIONALIDADE FAMILIAR: RELAÇÃO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA

Carla Alexandra Silva Pombo Soares

ESS-UTAD, Vila Real, Portugal
carlapombo@outlook.com

Juliana Sofia Ortiga Nogueira

ESS-UTAD, Vila Real, Portugal
juliana.ortiga.nogueira@gmail.com

Nadirlene Pereira Gomes

ESSE-UFBA, Bahia, Brasil
npgomes@ufba.br

Amâncio António de Sousa Carvalho

ESS-UTAD, Vila Real, Portugal
CIEC, Instituto de Educação Universidade do Minho, Braga, Portugal
amanciooc@utad.pt

Estos autores contribuyeron por igual en este trabajo

Received: 12 septiembre 2024

Revised: 17 septiembre 2024

Evaluator 1 report: 25 septiembre

Evaluator 2 report: 3 octubre 2024

Accepted: 15 octubre 2024

Published: noviembre 2024

RESUMO

Introdução: As relações entre os indivíduos são construídas, ao longo do ciclo vital, influenciam a funcionalidade da família, sendo relevantes para a unidade dos membros e função de qualquer família. Desta forma, a boa funcionalidade familiar (FF) promove a manutenção e integridade físico-psicológica dos membros da família, garantindo o bem-estar e estilos de vida promotores de saúde. **Objetivo:** Analisar a relação entre a FF e o grau de dependência à nicotina. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, transversal e de abordagem quantitativa, no qual participaram 364 utentes de uma Unidade de Saúde Familiar (USF), do norte de Portugal. Na recolha de dados utilizámos um questionário online, tendo os dados resultantes da sua aplicação sido tratados através do software SPSS 29.0, com recurso à estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Do total da amostra (n= 364) a maioria dos utentes respondentes, membros de uma família, era do sexo feminino (69,0%), pertencia ao grupo etário dos 34-44 anos (62,4%), detinha o estado civil de casado (63,7%) e possuía como habilitações literárias o Ensino superior (60,7%). A maioria da amostra percecionava a sua família com altamente funcional (76,4%), dos quais 21,2% eram consumidores de tabaco e o maior grupo destes utentes (n=77) foi classificado com um grau de dependência à nicotina Muito Baixo (36,4%). Não se verificaram diferen-

FUNCIONALIDADE FAMILIAR: RELAÇÃO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA

ças estatísticas significativas entre a pontuação da FF e o grau de dependência à nicotina (Kruskal-Wallis: $p \geq 0,127$). **Conclusões:** A maioria dos utentes percebeu ter uma família altamente funcional, sendo que a maioria da amostra foi classificada no grau Muito baixo e Baixo de dependência à nicotina. Não existe relação entre a percepção da FF e o grau de dependência à nicotina. No entanto existem algumas famílias com percepção de Disfunção severa que é necessário acompanhar e promover intervenções para a melhoria da FF.

Palavras-chave: família; relações familiares; tabagismo; saúde da família; enfermagem familiar

ABSTRACT

Family functionality: relationship with the degree of nicotine dependence. Introduction: Relationships between individuals are built throughout the life cycle, influence the functionality of the family, and are relevant to the unity of members and the function of any family. In this way, good family functionality (FF) promotes the maintenance and physical-psychological integrity of family members, ensuring well-being and health-promoting lifestyles. **Objective:** To analyze the relationship between FF and the degree of nicotine dependence. **Methodology:** This is a descriptive-correlational, cross-sectional study with a quantitative approach, in which 364 users of a Family Health Unit (FHU) in northern Portugal participated. In data collection, we used an online questionnaire, and the data resulting from its application were processed using SPSS 29.0 software, using descriptive and inferential statistics. **Results:** Of the total sample ($n= 364$), the majority of responding users, members of a family, were female (69.0%), belonged to the 34-44 age group (62.4%), held marital status was married (63.7%) and had higher education as educational qualifications (60.7%). The majority of the sample perceived their family to be highly functional (76.4%), of which 21.2% were tobacco users and the largest group of these users ($n=77$) was classified as having a Very Low degree of nicotine dependence. (36.4%). There were no statistically significant differences between the FF score and the degree of nicotine dependence (Kruskal-Wallis: $p \geq 0,127$). **Conclusions:** The majority of users perceive that they have a highly functional family, with the majority of the sample being classified as Very Low and Low levels of nicotine dependence. There is no relationship between the perception of FF and the degree of nicotine dependence. However, there are some families with a perception of severe dysfunction that it is necessary to monitor and promote interventions to improve FF.

Keywords: family; family relations; tobacco use disorder; family health; family nursing

INTRODUÇÃO

As relações entre os indivíduos são construídas, ao longo do ciclo vital, influenciam a funcionalidade da família, sendo relevantes para a unidade dos membros e função de qualquer família. Desta forma, a boa funcionalidade familiar (FF) promove a manutenção e integridade físico-psicológica dos membros da família, garantindo o bem-estar e estilos de vida promotores de saúde. Na dinâmica familiar, os membros interagem constantemente e o funcionamento positivo ou negativo da família afeta essas interações, influenciando o estado de saúde ou doença (Ferreira et al.,2019).

A FF envolve a capacidade de enfrentar e se adaptar a diversas mudanças, incluindo tanto as mudanças normativas e esperadas, relacionadas ao ciclo de vida individual, do casal ou da família, enquanto eventos não normativos ou inesperados que surgem na vida cotidiana (Castaño & Páez ,2019).

O abuso de tabaco é uma problemática atual e mundial, e um dos problemas de Saúde Pública mais significativos em todo o mundo. Além de ser uma causa evitável de doenças crônicas, perda de qualidade de vida, incapacidade e morte prematura, tem também, um impacto considerável em termos sociais e económicos e esta associado a custos significativos relacionados não apenas com tratamentos e serviços de saúde, mas também com absentismo no trabalho e perda de produtividade económica (DGS, 2021).

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 8 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a doenças relacionadas ao tabaco, sendo que cerca de 1,3 milhão dessas mortes são atribuídas a exposição ao fumo ambiental (World Health Organization, 2019b). Além dos danos a saúde, o tabaco também contribui para a pobreza, desigualdades sociais e poluição ambiental (DGS, 2021).

Embora a prevalência do tabagismo tenha diminuído nos últimos 30 anos, o número total de fumadores em todo o mundo continuou a aumentar devido ao crescimento populacional. Apesar da taxa de consumo de tabaco esteja diminuindo, o número de mortes anuais continua a aumentar porque o tabaco mata não apenas os consumidores diretos, mas também as pessoas que estão expostas ao fumo ambiental passivamente (World Health Organization, 2022).

O Plano de Saúde 2021-2030 da Direção-Geral da Saúde (DGS), (2022), identificou o consumo de tabaco como uma necessidade de redução da prevalência dos fatores de risco. No ACES Marão e Douro Norte (2021), quanto à mortalidade, o abuso de tabaco ocupa a quinta posição por ordem decrescente (DGS, 2022). Mais concretamente, esta problemática ocupa o 4º lugar dos problemas identificados na Unidade de Saúde Familiar (USF) onde foi desenvolvido o presente estudo, apresentava a data de 10 de julho de 2023, um total de 2199 utentes codificados com o código ICPC-2 "P17 – Abuso do tabaco, dos quais a maioria era do sexo masculino (59,7%) (Ministério da Saúde, 2023).

Globalmente, a morbidade e mortalidade associadas à dependência de nicotina representam um grande desafio para o bem-estar geral do mundo. Consistentemente, são registadas cerca de 3 milhões de mortes, com a previsão de 10 milhões de mortes devido a doenças relacionadas ao tabagismo até 2030 em todo o mundo. Aproximadamente 70% dessas mortes ocorrem em países subdesenvolvidos devido ao alto nível de dependência de nicotina (Thomas et al., 2016). Segundo as projeções do Institute Health Metrics Evaluation (IHME) para 2030 em Portugal, o total de óbitos projetados atribuídos ao tabagismo será de 11,07 % (DGS, 2022).

Alguns autores, que avaliaram a relação entre a FF e comportamentos aditivos, anuíram que um mau funcionamento familiar promove o uso do tabaco e dependência à nicotina (Guo et al., 2023).

Com base nestes pressupostos foi desenvolvido o presente estudo que pretendeu analisar a relação a percepção da FF e o grau de dependência à nicotina dos utentes inscritos, numa USF do Norte do País, na faixa etária compreendida entre os 24 e 44 anos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Funcionalidade Familiar

As permanentes mudanças sociais, culturais e económicas têm um papel determinante no modo como se define e se aborda o conceito de família, as suas funções, processos e recursos e a FF.

O conceito de família e abordado como um sistema aberto, autopiético co-evolutivo, cujas dimensões evolutivas e contextuais definem um percurso identitário de grande complexidade. São entendidas como características: a globalidade, equifinalidade e auto-organização, onde as interações mútuas com o ambiente e os seus elementos estabelecem uma rede de inter-contextualidade e inter-dependência dinâmica. As alterações no desempenho e no equilíbrio dinâmico da unidade familiar, promovem o desequilíbrio das partes e do todo. Ao longo do ciclo vital ocorrem transições normativas e acidentais que determinam transformações nas funções enquanto grupo (Figueiredo, 2012).

De acordo com a mesma autora, a família enquanto sistema co-evolutivo, pode ser observada na perspetiva dos desempenhos familiares quanto ao exercício dos papéis dos seus membros, aos padrões de comunicação, ao exercício de poder que define a hierarquização sistémica, o que pudera estabelecer fronteiras e limites nas interações do sistema, subsistemas e suprassistemas familiares, tornando o sistema familiar mais ou menos interdependente nas suas relações e adaptações. Desta forma poderá interferir com a funcionalidade do sistema e a capacidade de adaptação a situações de crise, transacionais, de desequilíbrio, interferindo com a tomada de decisão, satisfação conjugal e estratégias de *coping*, em suma para a manutenção do equilíbrio e autorregulação, o que ira repercutir-se num estado de saúde ou na perda dele.

A família é inventariada com base na sua composição e nos vínculos entre seus membros, os quais influenciam suas funções internas e externas, relacionadas ao desenvolvimento familiar (Figueiredo, 2012).

FUNCIONALIDADE FAMILIAR: RELAÇÃO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA

Em Portugal, a família como alvo dos cuidados de enfermagem e a figura do enfermeiro de família têm sido incluídos nos Cuidados de Saúde Primários, e de acordo com enquadramento internacional e conceptual das políticas de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), é reforçada a importância dos contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença (Decreto-Lei n.º118/2014). Neste contexto, a enfermagem assume um papel fundamental de avaliação e intervenção nos diferentes processos de transição familiar, a nível estrutural, do desenvolvimento e funcional e cuida da família como um todo sistémico segundo um processo re-adaptativo.

Os cuidados de enfermagem a família centram-se na interação entre enfermeiro e a família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal significativo e terapêutico. Enfatizam as relações e a reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas, e tem por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde (Figueiredo, 2012).

A definição do conceito de FF nem sempre é consensual na literatura dada a diversidade de teorias e diferentes perspetivas (Santos et al., 2021). A FF envolve a capacidade de enfrentar e se adaptar a diversas mudanças, inclui tanto mudanças normativas e esperadas, relacionadas ao ciclo de vida individual, do casal ou da família, quanto eventos não normativos ou inesperados que surgem na vida cotidiana (Castaño & Páez, 2019).

Segundo diversos autores, avaliar a FF é crucial para identificar problemas específicos dentro da dinâmica familiar, permitindo intervenções terapêuticas eficazes. Compreender essas interações familiares pode prevenir problemas de saúde mental e física. Além disso, essas avaliações familiares informam políticas de saúde pública e programas de apoio, auxiliando os profissionais de saúde a prestar cuidados mais holísticos, promovendo um ambiente familiar saudável (Epstein, Baldwin e Bishop, 1983; Olson, Portner e Lavee, 1985; Moos e Moos, 1974; Dunst, Trivette e Deal, 1988; Smilkstein, 1978).

Existem várias escalas que permitem avaliar a Funcionalidade Familiar (FF), entre as quais se destacam algumas amplamente utilizadas para avaliar diferentes aspetos da FF: i) A Family Assessment Device (FAD), desenvolvida por Epstein, Baldwin & Bishop (1983) que permite medir seis dimensões da FF, resolução de problemas, comunicação, papéis, resposta afetiva, envolvimento afetivo, e controle comportamental; ii) Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES) criada por Olson, Portner, & Lavee (1985), que permite avaliar a coesão e a adaptabilidade familiar; iii) Family Environment Scale (FES), desenvolvida por Moos & Moos (1974), mede o ambiente social e ambiental da família; iv) Family Functioning Style Scale (FFSS), desenvolvida por Dunst, Trivette, & Deal (1988) e avalia estilos de funcionamento familiar, incluindo suporte emocional e resolução de problemas; v) A Escala de Apgar Familiar (APGAR) concebida por Smilkstein (1978), traduzida e validada para português por Agostinho & Rebelo (1988), que é utilizada para avaliar a FF em cinco áreas principais: adaptação, parceria, crescimento, afeição e resolução, representada pela sigla APGAR e permite mensurar a satisfação de cada membro da família.

Consumo de tabaco

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidémica que gera dependência física, psicológica e comportamental, pode ser definido como o ato de consumir cigarros ou outros produtos contendo tabaco, enquanto um fumador é descrito como alguém que consome regularmente cigarros ou qualquer produto de tabaco (Billerbeck, 2019). O tabagismo está na Décima Primeira Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 11) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (World Health Organization, 2019a).

A Dependência de Nicotina é classificada desde 1994, pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª edição (DSM-IV), como uma Perturbação relacionada com o Consumo de Substâncias, caracterizada pela presença de tolerância, abstinência, utilização compulsiva e problemas relacionados com a substância (American Psychiatric Association, 1998).

Os distúrbios decorrentes do uso de nicotina são identificados pelo padrão e pelas consequências desse consumo. A nicotina é um componente ativo presente na planta do tabaco *Nicotiana tabacum*, e que é responsável pela dependência. A sua forma mais comum de uso é através do fumo de cigarros, mas atualmente é cada vez mais utilizada em cigarros eletrônicos, que vaporizam a nicotina dissolvida em um solvente para inalação (conhecido como "vaping"). O fumo de cachimbo, a mastigação de tabaco e o uso de rapé são formas menos prevalentes. A nicotina é altamente potente e viciante, sendo a terceira substância psicoativa mais utilizada no mundo, depois da cafeína e do álcool.

Segundo o IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População em Geral, Portugal 2016/17, os cigarros são a forma mais comum de consumir tabaco: sendo 85,7% dos consumidores adotam este modo de consumo, exclusivamente ou em alternativa com outras formas; 5,1% usa o tabaco enrolado como a forma utilizada para o consumo; 4,3% optam pelo charuto; 2,2% pelo cachimbo e a mesma percentagem pelo cigarro eletrônico. Sendo que 0,6% refere o consumo de cigarrilhas (Balsa et al., 2018).

A dependência de nicotina, a síndrome de abstinência e os distúrbios mentais induzidos por nicotina são bem descritos e reconhecidos (WHO, 2019a). Considerando que composição química do tabaco inclui altos níveis de nicotina, uma substância viciante, concomitantemente com substâncias cancerígenas, tóxicas e mutagénicas, não existe um limiar seguro de exposição para os seres humanos. Isso requer a implementação de medidas preventivas e de proteção à saúde fundamentadas em evidências científicas, que sejam eficazes em termos de custo, contínuas e aplicáveis universalmente (World Health Organization, 2009).

Segundo as estimativas do Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], (2020), mais de 13.500 pessoas morreram em Portugal devido a doenças relacionadas ao tabaco. Estima-se que o tabaco tenha contribuído para 32,6% das mortes por doença respiratória crónica, 19,1% por cancro, 8,5% por doenças cerebrovasculares, 9,8% por diabetes tipo 2 e 14,0% por infeções respiratórias do trato inferior.

Entre 2017 e 2022, os níveis de dependência de nicotina mais graves diminuiram, o nível médio de dependência caiu de 13,1% para 10,5%, e o nível elevado de 2,5% para 2,2%. No entanto, verificou-se um aumento de 12,4% para 15,5% na dependência baixa. No grupo de jovens adultos, a dependência total reduziu de 37,4% em 2017 para 27,4% em 2022, sendo a diminuição mais acentuada entre as mulheres, especialmente, as jovens de 15 a 24 anos, manteve-se dependência de nicotina mais alta entre os homens (Balsa, Vital & Urbano, 2023).

Em 2022, a prevalência dos consumos de tabaco atuais (últimos trinta dias) aumentou ligeiramente na população total de 15 a 64 anos, atingindo 31,9%, em comparação com os 30,6% registados no estudo anterior em 2017. Esse aumento foi impulsionado pelo aumento do consumo entre os homens, que passou de 36,5% para 40,8%, enquanto no mesmo período o consumo entre as mulheres diminuiu de 25% para 23,4%. O padrão de evolução dos consumos difere entre os sexos, em 2022 no caso dos homens a prevalência tem sido estável com uma taxa de consumo de 40% que era o mesmo nível observado em 2001 e em 2007. Já no caso das mulheres os níveis de consumo aumentaram progressivamente passando de 18 e 19% na primeira década do milénio alcançado os 25% em 2017, contudo em 2022 verificou-se uma descida para 23,4 % (Balsa et al., 2023).

Segundo as projeções do IHME para 2030 em Portugal, o total de óbitos projetados atribuídos ao tabagismo será de 11,07% (DGS, 2022). Para enfrentar e reduzir a epidemia global do tabaco a OMS adotou a Convenção - Quadro para Controle do Tabaco (WHO, 2023). Esta iniciativa foi reforçada pelos objetivos de desenvolvimento sustentável da ONU em setembro de 2015, particularmente para a o Plano Europeu da Luta Contra o Cancro (2022) destacou a importância de estratégias de Saúde Pública. O MPOWER é um plano da Organização Mundial da Saúde (OMS) para combater o tabagismo, composto por seis medidas-chave. Estas medidas incluem: monitorizar o uso do tabaco e as políticas de prevenção (Monitor), proteger as pessoas contra o fumo do tabaco (Protect), oferecer ajuda para a cessação tabágica (Offer), advertir para os perigos do tabaco (Warn), proibir publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, (Enforce) e aumentar os impostos sobre o tabaco (Raise). O MPOWER visa reduzir o uso do tabaco, especialmente entre os jovens e a população em geral, através de estratégias eficazes como o aumento de impostos sobre o tabaco. Atualmente, cerca de 5,3 bilhões de pessoas estão protegidas

FUNCIONALIDADE FAMILIAR: RELAÇÃO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA

por pelo menos uma medida de controle do tabaco, o que revela um aumento significativo em relação a 2007. No entanto, ainda há 2,4 bilhões de pessoas desprotegidas por medidas baseadas em evidências, deixando-as vulneráveis aos danos à saúde e econômicos causados pelo tabaco. Apenas Brasil e Turquia aplicaram todas as medidas propostas pelo MPOWER (WHO, 2023).

METODOLOGIA

O presente estudo de investigação e do tipo descritivo-correlacional, transversal e de abordagem quantitativa (Vilelas, 2020).

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: i) Utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar em estudo; ii) Utentes na faixa etária dos 24 aos 44 anos.

A população ficou constituída pelos utentes na faixa etária dos 24 aos 44 anos inscritos numa USF do Norte de Portugal. Esta população compreende cerca de 4449 utentes, incluindo um total de 952 utentes codificados, segundo a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2) com o código P17 – Abuso do tabaco, dos quais a maioria eram do sexo masculino (60%), segundo os dados disponibilizados pelo MIM@UF.

Definiram-se os seguintes critérios de exclusão: i) Utentes que não possuíam email disponível no processo administrativo USF em estudo; ii) Utentes que mudaram de USF durante o período de recolha de dados.

Aplicados estes critérios a amostra ficou constituída por 364 utentes da USF, contexto deste estudo, cerca de 8,2% da população alvo.

A recolha efetuada foi efetuada com recurso a um questionário organizado em três secções: A primeira secção do questionário compreendeu os dados de caracterização dos utentes; A segunda secção era composta pela Escala de Apgar Familiar de Smilkstein (1978), versão portuguesa (Agostinho & Rebelo, 1988); A terceira secção incluiu 5 questões, sendo a primeira para aferir se os utentes são fumadores, e as restantes para avaliar quando iniciaram o consumo de tabaco, com quem fumaram o primeiro cigarro e periodicidade do consumo do tabaco. Se a primeira resposta fosse afirmativa, o questionado deveria responder à Escala de Fagerström (1978) para avaliar o grau de dependência a nicotina.

A escala de APGAR Familiar de Smilkstein (Agostinho & Rebelo, 1988) fundamenta-se na convicção de que os membros da família têm um discernimento do funcionamento familiar e são capazes de expressar o grau de satisfação em relação ao cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar. Reflete a satisfação de cada membro da família sendo representada pela sigla APGAR. A letra A de Adaptação (Adaptation) refere-se à partilha de recursos e à satisfação dos membros da família no que diz respeito à assistência recebida pela mesma. A letra P de Participação (Partnership) reporta-se ao modo como as decisões são partilhadas na família, assim como à satisfação com reciprocidade na comunicação. A letra G de Crescimento (Growth), refere-se à perceção sobre a flexibilidade familiar em relação à mudança de papéis e à realização do crescimento individual. A letra A de Afeição (Affection) relacionada à satisfação com a partilha das experiências emocionais, intimidade e interação dessa partilha e, por último a letra R de Resolve (Decisão) reporta-se à satisfação com a partilha de tempo, espaço e recursos no contexto familiar” (Figueiredo, 2012). A escala é constituída por cinco questões fechadas que correspondem ao grau de satisfação dos indivíduos relativamente as variáveis descritas (APGAR), com três opções de resposta: “quase sempre”, “algumas vezes” e “quase nunca”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O score da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões que varia entre zero (0) e dez (10) pontos, permitindo estabelecer o grau de funcionalidade da família. A FF é categorizada em função da pontuação da seguinte forma: Família com disfunção severa (0 a 3 pontos), Família com disfunção leve (4 a 6 pontos) e Família altamente funcional (7 a 10 pontos) (Agostinho & Rebelo, 1988).

A escala de avaliação de dependência à nicotina de Fagerström (1978), é uma escala de autorrelato, composto por seis itens. A pontuação total e de 10 pontos, o score é obtido pela soma dos pontos, que sugere a classificação do grau de dependência em Muito baixo (2 pontos), Baixo (3 a 4 pontos), Médio (5 pontos); elevado (6 a 7 pontos) e Muito Elevado (8 a 10 pontos) (Ferreira et al., 2019).

Procedeu-se à recolha de dados com recurso ao um questionário online, através de uma das ferramentas gratuitas disponíveis em linha, o Google Forms®. O link do questionário foi enviado por email para os utentes que possuíam email no processo clínico. A recolha de dados decorreu no período de janeiro a fevereiro 2024.

O instrumento de recolha de dados não solicitou informação de identificação pessoal, os dados recolhidos nesta investigação foram utilizados garantindo o anonimato e confidencialidade, tendo sido dada ao respondente a possibilidade de a qualquer momento recusar participar neste estudo, sem qualquer tipo de consequências. O questionário inicia com uma nota introdutória onde consta, o título do estudo, o objetivo do mesmo e a identificação dos autores e a informação de que a recolha de dados seria anónima e confidencial e que a qualquer momento poderia desistir do seu preenchimento. Foi concebida uma questão de resposta obrigatória “Declara ter lido e compreendido o esclarecimento efetuado na secção anterior e aceita participar neste estudo”, em que o respondente teve que responder afirmativamente (sim) para prosseguir o questionário, salvaguardando-se deste modo o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação na investigação.

Foi remetido o pedido de autorização para realização do estudo ao Coordenador da Unidade de Saúde e ao ACeS Marão Douro Norte incluindo o avale do Responsável do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI), tendo sido obtidos os respetivos pareceres favoráveis. Foi também efetuado o pedido de autorização a Comissão de Ética da ARS Norte, tendo sido obtido o parecer favorável (CE/2024/08 de 08-01-2024).

Para o tratamento e análise de dados construiu-se uma base de dados no software estatístico IBM Special Package for Social Sciences (SPSS versão 28.0), no qual os dados foram introduzidos. De seguida, procedeu-se a análise e identificação de erros de inserção. No tratamento de dados recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. No que diz respeito a estatística descritiva procedeu-se ao cálculo da frequência absoluta e relativa para todas as variáveis e das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis de nível de medição escalar. No que concerne à estatística inferencial foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. O nível de significância considerado foi de 5% (Marôco, 2020).

RESULTADOS

Do total da amostra (n=364 utentes) a maioria era do sexo feminino (69,0%), pertencia ao grupo etário dos 34 – 44 anos (62,4%), possuía como habilitações literárias o ensino superior (60,7%) e era casada/união de facto (63,7%) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo (n=364)

Variáveis		Fa	Fr %
Sexo	Masculino	113	31,0
	Feminino	251	69,0
Grupo etário	≥24-33 anos	137	37,6
	≥34-44 anos	227	62,4
Habilitações Literárias	1º, 2º e 3º ciclo	23	6,3
	Ensino Secundário	120	33,0
	Ensino Superior	221	60,7
Estado Civil	Solteiro(a)	114	31,3
	Casado(a) / União de facto	232	63,7
	Divorciado(a)/Viúvo(a)	18	4,9

Legenda: Fa – Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR:
RELAÇÃO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA**

Quanto à percepção da FF, como se pode verificar na **Tabela 2**, a maioria dos utentes optou pela opção de resposta “Quase sempre” a todos os itens. Dos itens que permitem avaliar o APGAR Familiar os que obtiveram maior percentual à opção de resposta “Quase sempre” foram o item 1 com 74,7% (Adaptação) e o item 3 (Crescimento) com 65,7%. Os menores percentuais foram obtidos no item 5 (Decisão) com 53,0% e item 4 (Afeição) com 61,3%. O maior percentual da opção de resposta “Quase nunca” foi obtido no item 5 (Decisão) com 11,5% e também no item 4 (Afeição) com 8,0%. Ainda nesta opção de resposta o menor valor percentual foi obtido pelo item 1 com 3,8%.

Tabela 2. Percentagem obtida por cada opção de resposta aos diferentes itens da escala Apgar Familiar Smilkstein (APGAR) (n= 364).

	Variáveis	Quase nunca		Algumas vezes		Quase sempre	
		n	%	n	%	n	%
Adaptação (Adaptation),	I1-Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	14	3,8	78	21,4	272	74,7
Participação (Partnership)	I2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	23	6,3	07	29,4	234	64,3
Crescimento (Growth)	I3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	26	7,1	99	27,2	239	65,7
Afeição (Affection)	I4 – Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	29	8,0	112	30,8	223	61,3
Decisão (Resolve)	I5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	42	11,5	129	35,4	193	53,0

Legenda: Fa – Frequência absoluta: Fr – Frequência relativa

No que diz respeito à categorização da percepção da FF, do total da amostra (n =364) a maioria (76,4%) considerava-se uma família altamente funcional e o menor grupo enquadrava-se na categorização Família com disfunção severa (6,3%) (**Tabela 3**). A pontuação média do Índice de APGAR foi de 7,82±2,470 pontos, a mediana de 9 pontos e a moda de 10 pontos, sendo o mínimo de 0 pontos, e o máximo de 10 pontos (Dados que não constam na tabela).

Tabela 3 . Categorização da percepção da funcionalidade familiar da amostra (n=364)

Variáveis	Fa	Fr (%)
Funcionalidade familiar		
Família com disfunção severa (0 a 3 pontos)	23	6,3
Família com disfunção leve (4 a 6 pontos)	63	17,3
Família altamente funcional (7 a 10 pontos)	278	76,4

Legenda: Fa – Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa

Do total da amostra (n=364) apenas (21,5%) são fumadores perfazendo um total de 77 fumadores, sendo 54,0% do sexo feminino e 45,0% do sexo masculino.

Para avaliação do consumo de tabaco os fumadores responderam a 4 perguntas transcritas na tabela seguinte (**Tabela 4**). Constatou-se que a maioria dos fumadores (63,6%) fumaram o primeiro cigarro entre os 14 – 18 anos, começaram a fumar regularmente com idade ≤ 18 anos (68,8%), fumavam todos os dias (96,1%) e experimentaram o primeiro cigarro com os amigos (87,0%).

Tabela 4 . Caraterização do consumo do tabaco (n=77)

Variáveis	Fa	Fr (%)
Com que idade experimentou o primeiro cigarro?		
≤13 anos	17	22,1%
≥14-18 anos	49	63,6%
≥19 anos	11	14,3%
Com que idade começou a fumar regularmente?		
≤18 anos	53	68,8%
≥19 anos	24	31,2%
Com que frequência fuma?		
Todos os dias	74	96,1%
Mais que uma vez por semana	1	1,3%
Só ao fim de semana	2	2,6%
Com quem experimentou o primeiro cigarro?		
Amigos	67	87%
Familiares e Outros	10	13,0%

Legenda: Fa – Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa

Para avaliar o grau de dependência à nicotina foi aplicada Escala de Fagerström. O maior grupo de fumadores após acordar fuma o primeiro cigarro entre os 6-30 minutos (36,4%), a maioria não acha difícil não fumar em

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR:
RELAÇÃO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA**

lugares públicos (76,6%), considera que o cigarro diário que lhe traz mais satisfação não é o primeiro cigarro da manhã, mas Outros (63,6%), o maior grupo fuma por dia entre 10 a 20 cigarros (49,4%), a maioria frequentemente não fuma mais no período da manhã (74,0%) e fuma mesmo quando está doente (59,7%) (**Tabela 5**).

Tabela 5 . Percentagem de respostas aos itens da Escala de Fagestrom (n=77)

Variáveis	Fa	Fr (%)
Quanto tempo após acordar fuma o primeiro cigarro?		
Depois de uma hora	19	24,7
31-60 minutos	19	24,7
6-30 minutos	28	36,4
Dentro de 5 minutos	11	14,3
Acha difícil não fumar em lugares onde é proibido?		
Sim	18	23,4
Não	59	76,6
Qual é o cigarro diário que lhe traz mais satisfação?		
O primeiro da manhã	28	36,4
Outros	49	63,6
Quantos cigarros fuma por dia?		
Menos de 10	35	45,5
10-20	38	49,4
21-30	3	3,9
Acima de 30	1	1,3
Frequentemente fuma mais de manhã?		
Sim	20	26,0
Não	57	74,0
Fuma mesmo quando está doente?		
Sim	46	59,7
Não	31	40,3

Legenda: Fa – Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa

Como se pode conferir na **Tabela 6**, o maior grupo de fumadores da amostra apresentava “Muito baixo” grau de dependência à nicotina (36,4%), sendo que o menor percentual (1,3%) enquadrou-se na categoria “Muito elevada” de dependência.

A pontuação média da Escala de Fagerström foi de 3,47±2,156 pontos, a mediana 4 pontos, a moda 5 pontos, sendo o mínimo de 0 pontos e o máximo de 8 pontos (Dados que não constam na tabela).

Tabela 6. Categorização da Escala de Fagerström (n=77)

Variáveis	Fa	Fr (%)
Grau de dependência à nicotina		
Muito baixo (2 pontos)	28	36,4
Baixo (3-4 pontos)	21	27,3
Médio- (5 pontos)	13	16,9
Elevado (6-7 pontos)	1	18,2
Muito elevado (8-10 pontos)	1,0	1,3

Legenda: Fa – Frequência absoluta; Fr – Frequência relativa

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a média de ordenação da funcionalidade familiar e o grau de dependência à nicotina (KW: $p \geq 0,127$) (Tabela 7).

Tabela 7. Resultados dos testes estatísticos entre Funcionalidade familiar e o grau de dependência a nicotina (n=77)

Variáveis	Fa	Média	gl	Valor teste	p
Funcionalidade familiar					
* Grau de dependência à nicotina					
Muito baixo (2 pontos)	28	31,93	4	KW = 7,176	0,127
Baixo (3-4 pontos)	21	38,43			
Médio (5 pontos)	13	43,73			
Elevado (6-7 pontos)	14	47,82			
Muito elevado (8-10 pontos)	1	64,00			

Legenda: ILS: Índice de Literacia em Saúde; Fa – Frequência absoluta; gl – grau de liberdade; KW – Kruskal-Wallis; p – nível de significância;

DISCUSSÃO

A amostra em estudo predominantemente era do sexo feminino, pertencia ao grupo etário dos 34 – 44 anos, detinha como habitações literárias o ensino superior e o estado civil de casado.

A predominância do sexo feminino, corrobora os resultados do estudo de Vaz et al. (2024), que teve como objetivo avaliar o uso de produtos de tabaco e nicotina e as crenças dos alunos em relação a esses produtos, que incluiu 452 universitários em Portugal, cuja maioria da amostra também era do sexo feminino (75,6%). Similarmente, o estudo de García et al. (2020) que incluiu 1469 estudantes de enfermagem de Portugal e Espanha, com o objetivo de avaliar o papel dos estudantes de enfermagem como futuros promotores de saúde e de comportamentos saudáveis, no qual a maioria da amostra também era do sexo feminino (80,0%). Estes estudos diferem no percentual, sendo o nosso resultado ligeiramente inferior. Contrariamente, o estudo de Lim et al. (2023) com 153 fumadores na Malásia, com objetivo de aplicar o teste de Fagerström traduzido para a língua Malaia, difere do resultado do presente estudo, cuja amostra é maioritariamente do sexo masculino com 93,0%. Esta divergência pode ser explicada pela diferença cultural entre as duas amostras.

Quanto ao grupo etário não foi possível encontrar um estudo que nos servisse de termo de comparação.

Relativamente às habilitações literárias, a nossa amostra apresentava habilitações mais elevadas do que a do estudo de Lim et al. (2023), cuja amostra detinha um percentual de 35,5% de ensino superior. Esta diferença

FUNCIONALIDADE FAMILIAR: RELAÇÃO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA

poderá ser explicada pela recolha de dados, no presente estudo, ter sido online, a amostra não ter incluído indivíduos mais idosos que não dominam as novas tecnologias, que normalmente possuem maiores habilitações literárias e pelas diferenças culturais entre as duas amostras

Quanto ao estado civil, o nosso resultado corrobora com o estudo de Lim et al. (2023), cuja maioria da amostra detinha o estado civil de casado (76,3%), mas com um valor percentual superior ao da amostra do presente estudo.

A maioria dos fumadores era do sexo feminino, o que não corrobora os resultados do V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (Balsa et al., 2023), que revelou que 23,4 % eram fumadores do sexo feminino e 40,0% do sexo masculino. Contudo aquele estudo também revela que o consumo é relativamente estável nos homens, mas que no caso das mulheres os consumos atuais aumentaram progressivamente, o que pode explicar esta diferença.

A maioria dos fumadores do presente estudo experimentou o primeiro cigarro entre os 14 e os 18 anos, resultado similar aos resultados do estudo de Vaz et al. (2024) e de García et al. (2020), que revelaram respetivamente uma média de idades de experimentação de 15,5 e 15,3 anos. O estudo de Lim et al. (2023), reforça esses achados incluindo uma idade média de início de 16,78 anos. Contrariamente, os resultados do estudo de Guo et al. (2023), que incluiu 874 fumadores, com o objetivo de investigar a relação entre FF e a dependência à nicotina entre pais fumadores, com recurso à escala de Fagesrtröm e a Escala da FF (Family Assessment Device - FAD), revelaram que a maioria dos participantes 81,9%, começaram a fumar depois dos 18 anos. Esta diferença poderá ser explicada pela diferença cultural entre as duas amostras.

Os fumadores da nossa amostra começaram a fumar regularmente com idade \leq 18 anos, o que está em sintonia com os estudos de García et al., (2020), Lim et al., (2023) Além disso, segundo os resultados do Inquérito nacional de Saúde (INS) 2019, 17% da população residente em Portugal com 15 anos ou mais era fumadora sendo que 14,12% fumavam diariamente (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

A variável “com quem experimentou o primeiro cigarro” não foi incorporada diretamente nos estudos já referenciados”. Contudo, uma revisão sistemática realizada por Littlecott et al. (2023) que teve como objetivo examinar as influências sociais nos comportamentos de adolescentes em diferentes contextos de normalização de tabaco, concluiu que existe uma influência direta dos pares manifestada através de controle, coerção e encorajamento. Muitos adolescentes relataram ter recebido ofertas de cigarro ou até mesmo se sentirem pressionados a fumar para evitar a exclusão social. A pressão dos pares é mais prevalente entre adolescentes mais jovens e do sexo masculino. Tais achados poderão explicar o resultado obtido na nossa amostra.

A maioria dos fumadores da nossa amostra apresentava “Muito baixo” grau de dependência à nicotina o que está em consonância com o estudo de Leon et al. (2020), cuja amostra incluía estudantes universitários com o objetivo de determinar a dependência e motivação para a cessação tabágica. Contudo com 63,2% valor mais elevado que a nossa amostra. O mesmo sucedeu no estudo de García et al. (2020), no qual os estudantes obtiveram um grau de dependência à nicotina muito baixo.

Não se observou relação entre a FF e o grau de dependência à nicotina, o que também sucedeu no estudo conduzido por Crisóstomo et al. (2018), com objetivo de determinar a relação entre o efeito da FF e o consumo de álcool e tabaco entre 171 adolescentes do ensino médio no México, tendo concluído que a FF não teve efeito significativo no uso do tabaco. No entanto, no estudo de Guo et al. (2023), os resultados mostraram que 78,5% dos participantes tinham dependência leve de nicotina, 11,7% moderada e 9,84% severa, e que fumadores com dependência severa de nicotina apresentaram pior FF em comparação com aqueles com dependência leve a moderada. Esta diferença poderá ser explicada pela diferença cultural entre as amostras.

CONCLUSÕES

O perfil da amostra deste estudo é constituído predominantemente por um indivíduo do sexo feminino, pertence ao grupo etário dos 34-44 anos, detém como habitações literárias o ensino superior e o estado civil de casado e percebe ter uma família altamente funcional.

Os fumadores são predominantemente do sexo feminino, tendo experimentado o primeiro cigarro entre os 14 e os 18 anos, começaram a fumar regularmente com idade \leq 18 anos e experimentaram o primeiro cigarro com amigos e apresentam “Muito baixo” grau de dependência à nicotina.

A FF não se relaciona com o grau de dependência à nicotina. No entanto existem algumas famílias com perceção de disfunção severa que é necessário acompanhar e promover intervenções para a melhoria da FF.

As principais limitações deste estudo estão relacionadas ao facto de se utilizar uma amostra não aleatória, o que enfraquece a capacidade de inferir estatisticamente da amostra para a população. Além disso, trata-se de um estudo transversal, que não permite o estabelecer relações causa-efeito.

Este estudo constitui um diagnóstico de situação relativamente à FF, ao consumo de tabaco e grau de dependência à nicotina e poderá contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros de família na USF contexto deste estudo, que deverão ter um olhar mais atento para as famílias que apresentem uma disfuncionalidade severa e para as utentes do sexo feminino consumidoras de tabaco, visando motivá-las e encorajá-las à cessação tabágica e promovendo estilo de vida mais saudável envolvendo toda a família neste processo.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Este trabalho foi financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito dos projetos do CIEC (Centro de Investigação em Estudos da Criança da Universidade do Minho) com as referências UIDB/00317/2020 e UIDP/00317/2020.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: Do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, 18-21
- American Psychiatric Association. (1998). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author. https://ajp.psychiatryonline.org/doi/suppl/10.1176/ajp.2021.178.issue-10/suppl_file/front.pdf
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17 (SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (ed.)). https://www.sicad.pt/BK/20anosENLCD/Documents/publicacoes/IV_INPG_2016_17_PT.pdf
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2023). *V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022* (SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (ed.)). https://www.sicad.pt/BK/Documents/2023/CICSNOVA_INPG_2023.pdf
- Castañó Castrillón, J. J., & Páez Cala, M. L. (2019). Funcionalidad familiar y tendencias adictivas a internet y a sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Universidad de Manizales*. <https://www.redalyc.org/journal/213/21363396003/21363396003.pdf>
- Crisóstomo, Y. M., Rivas-Acuña, V., González-Suárez, M., Hernández Ramírez, G., & Victorino-Barra, A. (2018). Funcionalidade e satisfação familiar no consumo de álcool e tabaco em adolescentes. *Health and Addictions*, 18(2), 195-205. https://www.researchgate.net/publication/326737885_Funcionalidad_y_satisfaccion_familiar_en_el_consumo_de_alcohol_y_tabaco_en_los_adolescentes
- Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. *Diário da República*, 1ª série - Nº 149. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>

**FUNCIONALIDADE FAMILIAR:
RELAÇÃO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA**

- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and Empowering Families: Principles and Guidelines for Practice*. Brookline Books.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Ferreira, P. L., Quintal, C., Lopes, I., & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista de Saúde Pública*, julho
- Ferreira, Y. C. F., Santos, L. F., Brito, T. R. P., Rezende, F. A. C., Silva Neto, L. S., Osório, N. B., & Nunes, D. P. (2019). Funcionalidade familiar e sua relação com fatores biopsicossociais. *Revista Humanidades & Inovação*, 6(11), 159-168.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Lusociência.
- Garcia, M., Lopez, M., & Rodriguez, J. (2020). Smoking in nursing students: A prevalence multicenter study. *Revista de Saúde Pública*. <https://www.researchgate.net/publication/340382013>
- Guo, Y., Liu, D., Wang, Y., Huang, M., Jiang, N., Hou, Q., Feng, B., Wu, W., Wu, Y., Qi, F., & Sun, X. (2023). Family functioning and nicotine dependence among smoking fathers: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 23, 15475. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15475-4>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Inquérito Nacional de Saúde: “Há menos fumadores, mas aumentou o consumo arriscado de bebidas alcoólicas – 2019”. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414436388&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Lim, K. H., Yun, Y. X., Cheong, Y. L., Sulaiman, N., Mahadzir, M. E., Lim, J. H., & Hashim, M. H. M. (2023). Construct validity and reliability of the Malay version of the Fagerström test for nicotine dependence (FTND): A confirmatory factor analysis. *Tabacco Induced Diseases*, 21(12). <https://doi.org/10.18332/tid/161624>
- Littlecott, H. J., Moore, G. F., Evans, R. E., Melendez-Torres, G. J., McCann, M., Reed, H., Mann, M., Dobbie, F., Jennings, S., Donaldson, C., & Hawkins, J. (2023). Perceptions of friendship, peers and influence on adolescent smoking according to tobacco control context: A systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health*, 23, Article 424. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14727-z>
- Ministério da Saúde. (2023). USF Corgo. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1974). *Family Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press. https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-94-007-0753-5_999
- Marôco, J. (2020). *Análise Estática com o SPSS Statistics 7ed*. Report Number.
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. University of Minnesota. <https://www.cambridge.org/core/journals/psychiatric-bulletin/article/family-adaptability-and-cohesion-evaluation-scale-faces-an-instrument-worthy-of-rehabilitation/4C790777D04B0409D81EB622B22E89BA>
- Silkstein, G. (1978). The Family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239. https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-appear-a-proposal-for-a-family.pdf
- Thomas, D., Mackinnon, A. J., Bonevski, B., Abramson, M. J., Taylor, S., Poole, S. G., Weeks, G. R., Dooley, M. J., & George, J. (2016). Development and validation of a 21-item challenges to stopping smoking (CSS-21) scale. *BMJ Open*, 6, e 011265. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011265>
- Vaz, M., Cascais, P., & Lourenço, O. (2024). Use of and beliefs toward novel tobacco and nicotine products among Portuguese university students: A pandemic survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 478. <https://europemc.org/article/PMC/PMC11050595>
- World Health Organization. (2009). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563918>
- World Health Organization. (2019a). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

World Health Organization. (2022). Global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348537/9789240039322-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2023). WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>

