



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Prevalência do tabagismo em Enfermeiros e suas repercussões na Saúde Pública e Comunitária

Luana Carvalho da Silva

Maio de 2026



Prevalência do tabagismo em Enfermeiros e suas repercussões na Saúde Pública e Comunitária

Luana Carvalho da Silva

Relatório Final de Estágio em Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e em Unidade de Saúde Pública (USP)

Curso de Enfermagem Comunitária — área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, 1ª edição

Trabalho efetuado sob orientação de Professora Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves.

Maio de 2026

“Comece por fazer o que é necessário, depois o que é possível, e de repente estará a fazer o impossível”

São Francisco de Assis

Resumo

Introdução: O tabagismo entre Enfermeiros representa um desafio significativo para a Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública tendo em conta o papel estratégico destes profissionais na promoção da saúde das comunidades. O consumo de tabaco pode comprometer a credibilidade das políticas de controlo e a eficácia das intervenções para além de serem prejudiciais à sua saúde. Este estudo analisa a prevalência do tabagismo em Enfermeiros e as suas repercussões no contexto comunitário até março de 2026.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo e transversal, com amostragem bola de neve. Os dados foram recolhidos via questionário e analisados no software IBM SPSS.

Resultados: A amostra (n=322) apresenta média de idades de 41,19 anos (Dp = 11,306) e 87,9% de predominância feminina. A prevalência tabágica autorreportada na amostra de enfermeiros inquiridos é de 21,1%, sendo o stress laboral o principal motivo apontado para o consumo (14,6%). Embora 56,5% das unidades possuam políticas de ambiente livre de fumo, 34,2% dos Enfermeiros referem carência de apoio institucional à cessação. Notavelmente, 70,8% reconhecem que o seu comportamento individual influencia a adesão dos utentes às orientações de saúde, e 46,6% realizam sistematicamente o aconselhamento antitabágico.

Conclusões: O tabagismo entre Enfermeiros pode refletir o impacto do stress ocupacional e da escassez de programas de apoio institucional. Para potenciar a eficácia das intervenções comunitárias, é imperativo reforçar a saúde do cuidador. Garantir o bem-estar dos Enfermeiros é crucial para a sustentabilidade das políticas de Saúde Pública. Futuras investigações com amostras mais robustas deverão aprofundar a relação entre o contexto laboral e o consumo de tabaco.

Palavras-Chave: Enfermagem em Saúde Comunitária, Saúde Pública; Tabagismo; Enfermeiros; Promoção da Saúde

Abstract

Introduction: Smoking among nurses poses a significant challenge for community health nursing and public health, given the strategic role these professionals play in promoting community health. Tobacco use can undermine the credibility of tobacco control policies and the effectiveness of interventions, in addition to being harmful to their own health. This study analyzes the prevalence of smoking among nurses and its repercussions in the community context through March 2026.

Methodology: An observational, descriptive, cross-sectional study using snowball sampling. Data were collected via a questionnaire and analyzed using IBM SPSS software.

Results: The sample (n=322) had a mean age of 41.19 years (SD = 11.306) and was 87.9% female. The smoking prevalence was 21.1%, with work-related stress being the main reason cited for smoking (14.6%). Although 56.5% of the units have smoke-free policies, 34.2% of nurses report a lack of institutional support for smoking cessation. Notably, 70.8% acknowledge that their individual behavior influences patients' adherence to health guidelines, and 46.6% routinely provide smoking cessation counseling.

Conclusions: Smoking among nurses may reflect the impact of occupational stress and the lack of institutional support programs. To enhance the effectiveness of community-based interventions, it is imperative to improve the health of healthcare providers. Ensuring the well-being of nurses is crucial for the sustainability of public health policies. Future research with larger samples should further explore the relationship between the work environment and tobacco use.

Keywords: Community Health Nursing; Public Health; Smoking; Nurses; Health Promotion

Índice

Lista de tabelas	13
Lista de quadros	15
Lista de siglas e abreviaturas	17
Introdução.....	19
1. Contextos da prática clínica especializada em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.....	21
1.1. <i>Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade.....</i>	<i>21</i>
1.2. <i>Caracterização do Departamento de Saúde Pública.....</i>	<i>23</i>
2. Prevalência do tabagismo em Enfermeiros e suas repercussões na Saúde Pública e Comunitária.....	27
2.1. <i>Enquadramento teórico.....</i>	<i>28</i>
2.2. <i>Metodologia</i>	<i>32</i>
2.2.1. População alvo	33
2.2.2. Objetivos	33
2.2.3. Instrumento de colheita de dados	34
2.2.4. Procedimentos éticos e formais	34
2.2.5. Procedimentos estatísticos	35
2.3. <i>Apresentação dos resultados.....</i>	<i>35</i>
2.4. <i>Discussão dos resultados</i>	<i>37</i>
2.5. <i>Conclusões do estudo</i>	<i>39</i>
3. Desenvolvimento de competências.....	41
3.1. <i>Competências comuns do enfermeiro especialista.....</i>	<i>41</i>
3.2. <i>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.....</i>	<i>45</i>
4. Considerações finais.....	49
Referências bibliográficas.....	51
APÊNDICE.....	55

Apêndice I - Questionário	57
Apêndice II – Guião para a elaboração dos procedimentos da rede de frio nas unidades funcionais ...	61
ANEXOS	75
Anexo 1 – Parecer CE IPV	77

Lista de tabelas

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica dos participantes.....	35
Tabela 2 - Caraterização dos consumos tabágicos dos participantes.....	36
Tabela 3 - Caraterização do ambiente de trabalho dos participantes.....	37

Lista de quadros

Quadro 1 - Programas e projetos UCCNM	22
---	----

Lista de siglas e abreviaturas

CE	Comissão de Ética
CSRC	Centro de Saúde da Região Centro
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
Dp	Desvio padrão
DSP	Departamento de Saúde Pública
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EE	Enfermeiro Especialistas
EEECSP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
ERPI	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPV	Instituto Politécnico de Viseu
Máx.	Máximo
Min.	Mínimo
OE	Ordem dos Enfermeiros
PNPCT	Programa Nacional Prevenção e Controlo do Tabagismo
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNV	Programa Nacional de Vacinação
REPE	Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem
SP	Saúde Pública
UC	Unidade Curricular
UCCRC	Unidade de Cuidados na Comunidade na Região Centro
UCCI	Unidades de Cuidados Continuados Integrados
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
ULS	Unidade Local de Saúde

USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
WHO	World Health Organization
\bar{x}	Média
%	Porcentagem

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular (UC) intitulada Estágio com Relatório Final em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e em Unidades de Saúde Pública (USP), integrada no Plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), foi elaborado o presente documento com o objetivo de descrever, analisar e realizar uma crítica reflexiva sobre as competências desenvolvidas e adquiridas.

Como indicado pelo nome da UC, foram realizados dois estágios em momentos distintos: um em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e outro em contexto de Unidade de Saúde Pública (USP). No período de 15 de setembro a 31 de outubro foi realizado em uma Unidade de Cuidados na Comunidade da Região Centro (UCCRC) e no período de 3 de novembro a 30 de janeiro no Departamento de Saúde Pública (DSP) da Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro. Ambas as unidades pertencem a mesma ULS na região centro. No total foram realizadas 625 horas em contexto de estágio, sendo que 250 horas foram em UCC e 375 horas em USP.

De acordo com as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021), a realização de estágios em contexto profissional e elaboração do relatório final permite o desenvolvimento dos objetivos de aprendizagem e respetiva aquisição das competências exigidas aos Enfermeiros Especialistas (EE). É ainda referido que a realização de estágios facilita o processo de aprendizagem e consolidação dos conhecimentos, assim sendo, deve ser considerado juntamente com o relatório final um elemento fulcral na transição de Enfermeiro para EE (OE, 2021).

Ao frequentar os estágios foi-me dada a oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos sob a supervisão de profissionais de enfermagem experientes e especializados que demonstraram ser uma mais-valia para o meu processo formativo enquanto pessoa e futura EE.

A realização do relatório final deve evidenciar o processo de desenvolvimento de

competências comuns e específicas do EE, e deve ser referente a todo o período da componente clínica (OE, 2021).

Para a obtenção do grau Mestre está preconizado o desenvolvimento de um estudo de investigação, baseado na prática especializada e na evidência científica. Realizou-se o estudo intitulado “Prevalência do tabagismo em Enfermeiros e suas repercussões na Saúde Pública e Comunitária” que tem capítulo dedicado neste relatório.

Desse modo, para dar resposta ao recomendado pela OE no seu documento “Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados de enfermagem especialista” e ao documento desenvolvido para o planeamento deste estágio pela ESSV, o relatório encontra-se dividido em quatro capítulos: Contextos da prática clínica especializada em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, Estudo de investigação baseado na prática especializada e evidência científica, Desenvolvimento de competências, e, por fim, Considerações finais.

Para a elaboração deste trabalho, foram seguidas as normas do Guia Orientador de Trabalhos Escritos da ESSV (ESSV, 2024).

1. Contextos da prática clínica especializada em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Como referido anteriormente, os estágios foram desenvolvidos em duas UF de uma ULS na região centro. A ULS em questão, dá resposta a cerca de 374 mil habitantes, distribuídos por 4.168 km², o que lhe confere o título de maior ULS do país. Possui 10 126 profissionais, sendo que 3 772 são Enfermeiros (ULS ██████████, 2024). Nos próximos dois subcapítulos será realizada a caracterização mais pormenorizada dos contextos de estágio.

1.1. Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC na qual realizei estágio nasceu a 29 de outubro de 2014 e a sua sede encontra-se nas instalações de um Centro de Saúde (CS) na região centro. Segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), consultado em 2025, a UCC tem 24008 utentes abrangidos. Presta cuidados de saúde à população inscrita no referido CS, que por sua vez serve a três freguesias (██████████, 2019).

Neste momento, a equipa da UCC é constituída por quatro enfermeiros (Enfermeira Especialista de Reabilitação e coordenadora, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Enfermeiro Especialista de Reabilitação e Enfermeiro Especialista Saúde Infantil), uma Médica, uma Assistente Social, uma Psicóloga, uma Nutricionista, e uma Secretária clínica que presta apoio apenas algumas horas. Apenas os Enfermeiros estão vinculados a tempo inteiro à UCC, os restantes elementos participam a tempo parcial (██████████, 2019).

A UCC funciona todos os dias do ano, inclusive aos fins-de-semana e feriados. Nos dias úteis das 08:00 horas às 20:00 horas, aos fins-de-semana e feriados funciona através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), das 09:00 horas às 17:00 horas, mediante agendamento (██████████, 2019).

Como missão a UCC pretende: “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em

situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidade móveis de intervenção” (██████████, 2019).

A sua visão assenta na melhoria contínua da qualidade e eficiência dos serviços prestados, com esforço para ultrapassar os padrões de qualidade estandardizados pelas diferentes ordens profissionais, com a ambição de ser uma referência na área dos CSP, a nível regional, revelado pela satisfação dos utentes e dos profissionais (██████████, 2019).

Os valores da UCC são nobres e passam-se a citar: “Respeito pelo Direito Humano a uma saúde prestada com Honestidade e Qualidade; Respeito pela individualidade; Igualdade de Direitos; Direito à Saúde em tempo útil; Responsabilidade e Confiança entre os seus elementos e a Comunidade, Responsabilidade Partilhada na tomada de decisões; Espírito de Equipa; Dedicção; Disponibilidade; Transparência” (██████████, 2019).

Todos os programas e projetos desenvolvidos pela UCC foram desenvolvidos com base no Plano Nacional de Saúde (PNS) e com o intuito de promover estilos de vida saudáveis ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo e abrangendo as cinco grandes áreas da saúde: Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Escolar, Saúde do Adulto e Idoso e Saúde Mental e Psiquiátrica. No quadro 1, são explícitos os projetos e programas da UCC, neste momento encontram-se todos ativos com a exceção do programa da área da Saúde Materna e Obstétrica por ausência de Enfermeiro Especialista da área.

Quadro 1 – programas e projetos UCC

Área	Programas/Projetos
Saúde Materna e Obstétrica	<u>Programa de preparação para o parto e parentalidade</u> : “Momentos únicos” (pré e pós-parto); Projeto “Cantinho da amamentação”
Saúde Infantil e Juvenil	<u>Programa de Formação Parental</u> : “Cheguei!”; “Mãos mágicas”; Projeto “SNIPI” - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Projeto “Flash!” - Consulta de Atendimento Jovem; Projeto “NACJR” – Núcleo de Apoio as Crianças e Jovens em Risco; Projeto “Semi Reta” Bebês, crianças e jovens em segurança.
Saúde escolar	<u>Promoção de estilos de vida saudáveis</u> : Projeto (E)DUQUE, Projeto Prevenção da Obesidade Infantil, Projeto Sexualidade e Afetos, Projeto

	<p>Promoção da Saúde oral.</p> <p><u>Saúde Mental e competências socio emocionais:</u> Projeto Animadamente, Projeto + contigo.</p> <p><u>Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância:</u> Projeto consulta de cessação tabágica, Projeto Jogo quis – Prevenção de Consumo de bebidas alcoólicas.</p> <p><u>Prevenção de acidentes:</u> Projeto Semi Reta</p>
Saúde do Adulto e Idoso	<p>Projeto consulta de cessação tabágica; Projeto reabilitar a comunidade; Projeto PAAV/Grupo V; Projeto ALZh'AMIGO.</p> <p><u>Projeto envelhecimento ativo:</u> Anos de vida (q)ualidade; Com mais cuidado - CSI (casa segura para idosos).</p>
Saúde Mental e Psiquiátrica	Projeto Desvendar
ECCI	Projeto Abraços com quem cuida – formação e sensibilização aos cuidadores informais; Com mais cuidado - CSI (casa segura para idosos).

1.2. Caracterização do Departamento de Saúde Pública

O DSP da ULS está incluído nas 69 Unidades Funcionais (UF) dos CSP. As UF encontram-se organizadas da seguinte forma: 34 Unidades de Saúde Familiar (USF), 11 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 23 Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e uma USP atualmente designada por DSP (Vieira et al., 2025).

De acordo com o Perfil de Saúde criado pela ULS em causa em 2025, a área de intervenção do DSP é igual a área geográfica de intervenção da ULS. Assim sendo, o território encontra-se distribuído por 21 concelhos perfazendo 4168,29 km². Residem na área de abrangência da ULS, 365 275 pessoas, embora com uma grande disparidade de densidade populacional entre concelhos. (Vieira et al., 2025).

A função do DSP é promover a saúde, prevenir doenças e ajudar a população a viver mais e melhor. Pretende-se que reduza as desigualdades em saúde, acompanhe os fatores que afetam a saúde e colabore com outras entidades no planeamento e resposta a emergências de Saúde Pública (SP) (Conselho de Administração da ULS [REDACTED], n.d.).

O Decreto-Lei nº 52/2022, artigo 12º, salienta que os serviços de SP devem atuar na preparação e resposta a emergências de SP, articulando com a saúde alimentar, ambiental e animal. Essas competências devem ser desenvolvidas com a utilização de instrumentos de avaliação e monitorização de saúde, através da investigação dos determinantes que a influenciam, integrando recursos para realizar a vigilância e intervenções que vão potenciar e proteger o estado de saúde das comunidades. Os serviços de SP têm a sua organização e funcionamento aprovados em diploma próprio, o que confere autonomia e independência técnica das restantes unidades.

O DSP é autónomo e na sua constituição encontram-se os seguintes serviços: Serviço de medicina preventiva e comunitária; Serviço de gestão de programas de saúde e ambiente; Serviço de investigação e planeamento em saúde pública; Centro de vacinação internacional; Serviço de prevenção e controlo de doenças transmissíveis; Unidade laboratorial de SP e; Unidade de avaliação de incapacidades (Conselho de Administração da ULS ██████████, n.d.).

O DSP é liderado por um diretor, que é o delegado de saúde coordenador, que por sua vez, é o diretor do serviço de saúde preventiva e comunitária, designado nos termos do Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro. O diretor do DSP é coadjuvado por um conselho técnico, constituído por: Médico de SP, Enfermeiro especialista em SP/Comunitária, Técnico Superior das áreas de diagnóstico e terapêutica (área de saúde ambiental) e Assistente Técnico (Conselho de Administração da ULS ██████████, n.d.).

O Regulamento Interno da ULS, refere que o DSP deve desenvolver a sua ação na área geodemográfica da ULS, através da: “a) Implementação da governação em saúde, por via de instrumentos de diagnóstico de situação, planeamento, avaliação e monitorização do estado de saúde das populações, dos fatores que o influenciam e das necessidades e recursos das comunidades; b) Vigilância epidemiológica e ambiental de eventos relacionados com a saúde que afetam as comunidades; c) Implementação de medidas de saúde pública baseadas em evidência, na prevenção da doença, promoção e proteção da saúde; d) Investigação epidemiológica e em saúde, produzindo informação útil e necessária à tomada de decisão em saúde; e) Apoio direto ao conselho de administração com informação e evidência que suportem os processos de tomada de decisão; f) Coordenação da resposta local da autoridade de saúde; g) Coordenação e avaliação de parcerias comunitárias com autarquias e instituições na comunidade nos variados domínios da prevenção de doença e promoção de saúde; h) Comunicação em saúde e promoção da literacia em saúde, dirigida à comunidade e aos profissionais de saúde; i) Coordenação, monitorização, avaliação e desenvolvimento de

programas e projetos de saúde, que beneficiem o estado de saúde das populações, dirigidos a problemas de saúde pública ou os seus determinantes, nomeadamente os considerados prioritários no âmbito do PNS ou definidos pela Direção-Geral da Saúde.” (Conselho de Administração da ULS [REDACTED], n.d. p.41).

O DSP realiza ainda atividades de investigação em saúde e participa na formação de todos os grupos profissionais nas suas diferentes fases de ensino. (Conselho de Administração da ULS [REDACTED], n.d.).

Os últimos estágios realizados no contexto deste Mestrado foram em uma ULS que possui metas fielmente traçadas de acordo com as políticas nacionais e internacionais de saúde. No seu Plano Estratégico 2030, estão presentes vários eixos, e um dele é o Eixo da Prevenção e Proximidade. No Eixo da Prevenção e Proximidade um dos seus objetivos é: Promover estilos de vida saudável e aumentar a cobertura de programas de prevenção primária e secundária. Nesse sentido, pretende-se implementar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Ambiciona-se a implementação de um programa de prevenção e combate ao tabagismo de modo a promover a redução do consumo de tabaco em toda a população (utentes e profissionais de saúde) da ULS (ULS [REDACTED], pág. 84).

O relatório final de estágio em UCC e em USP, como referido anteriormente, deve contemplar o projeto de investigação que foi desenvolvido nos contextos dos estágios especializados, neste sentido foi construído o capítulo seguinte.

2. Prevalência do tabagismo em Enfermeiros e suas repercussões na Saúde Pública e Comunitária

Portugal, no contexto do PNS, destaca a epidemia do tabagismo como problema de Saúde Pública (SP) de grande magnitude e, por esse motivo, foi criado o Programa Nacional Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) com carácter prioritário (DGS, 2019). De acordo com a World Health Organization (WHO), o consumo de tabaco constitui um dos principais problemas de SP a nível mundial, estando associado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e respiratórias, bem como a diversos tipos de cancro (WHO, 2021).

Para além do impacto significativo na população em geral, o tabagismo afeta também grupos específicos, entre os quais se destacam os profissionais de saúde. Sabe-se que os profissionais de saúde assumem um papel central na promoção da saúde, na prevenção da doença e na adoção de comportamentos saudáveis, e são frequentemente vistos como modelos para a comunidade. Neste contexto, os hábitos tabágicos nos profissionais de saúde, nomeadamente nos Enfermeiros, assumem particular relevância, uma vez que para além de comprometer a sua própria saúde, podem ter impacto na eficácia das intervenções de promoção da saúde dirigidas à população (Praxedes, 2025).

Desta forma surge o estudo sobre a “Prevalência do tabagismo em Enfermeiros e suas repercussões na Saúde Pública e Comunitária”, revelando-se fundamental para a compreensão da magnitude deste fenómeno e para a definição de estratégias de intervenção adequadas no âmbito da Saúde Pública e Comunitária.

A base para a formulação do estudo foi o Planeamento em Saúde. A OE preconiza o Planeamento em Saúde como o guia das intervenções de saúde em uma comunidade, e essa é parte integrante das competências reconhecidas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) (Regulamento nº 428/2018).

Imperatori e Giraldes (1993), definem o processo de Planeamento em Saúde em seis fases: Diagnóstico, Definição de prioridades, Realização e Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação e Execução e por fim a Avaliação. As fases descritas são contínuas e dinâmicas ao longo de todo o processo. Mais recentemente, o Planeamento em Saúde foi estruturado por Laverack (2022).

O estudo desenvolvido é incluído na primeira fase do Planeamento em Saúde, o diagnóstico. Segundo Laverack (2022), o diagnóstico permite compreender de forma sistemática e fundamentada a realidade sobre a qual se pretende intervir e vai além da identificação de problemas integrando uma análise abrangente das necessidades de saúde, dos determinantes sociais, dos recursos existentes e das capacidades da comunidade. De acordo com o autor, o diagnóstico deve ser participativo, pelo que deve promover o envolvimento da comunidade e dos diferentes stakeholders, de modo a promover o empoderamento e a corresponsabilização no processo de planeamento.

Em termos teóricos e legais o estudo alinha-se com as políticas públicas nacionais representadas no PNS 2030 e no PNPCT, que estão alinhadas com a Estratégia Europeia de Luta Contra o Tabaco.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, foi utilizado como suporte de referencial teórico em Enfermagem para este estudo. O seu modelo tem como foco a pessoa como um ser biopsicossocial, parcialmente moldado pelo ambiente. O modelo pretende a promoção de comportamentos saudáveis, assim como a capacitação de indivíduos. Na implementação de projetos e estudos comunitários, e em particular no estudo em causa, este é um modelo particularmente vantajoso, pois valoriza não só fatores ambientais e psicossociais como também fatores culturais que afetam a saúde coletiva. Integra uma relação sinérgica entre as características e experiências individuais, as influências interpessoais e situacionais dos indivíduos e os seus comportamentos específicos em saúde. A utilização deste modelo, abrange intervenções com base na educação e apoio social, integrando estratégias que visam aumentar os comportamentos saudáveis, através de uma abordagem holística (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019).

2.1. Enquadramento teórico

A origem do tabaco está descrita como tendo berço no continente americano, onde era usado por povos indígenas em rituais e fins medicinais. De acordo com Goodman (1993), a chegada do tabaco à Europa como resultado das expansões marítimas, no final do século XV, foi rapidamente transformado pelos europeus em uma mercadoria de lucro. Portugal teve um papel central na história através das suas rotas marítimas, os navegadores portugueses foram dos primeiros a contactar com a planta do tabaco e os principais responsáveis por levá-la para outras partes do mundo, como África e Ásia (Goodman, 1993).

Inicialmente, o tabaco foi visto na Europa como um medicamento milagroso para várias doenças. Contudo, rapidamente percebeu-se o seu potencial como fonte de prazer e, sobretudo, de receita. Goodman (1993), explica que os governos europeus, incluindo o português, tornaram-se "dependentes" do tabaco para financiar as suas administrações. Isto foi feito através de impostos e monopólios, onde apenas o Estado ou pessoas autorizadas podiam vender o produto.

Pela perspectiva de Goodman (1993), a análise histórica pode revelar que o consumo de tabaco não cresceu por acaso. Foi um hábito incentivado por sistemas económicos e políticos que, durante séculos, privilegiaram o lucro em vez da saúde. A transição para o cigarro industrializado no século XX foi apenas o passo final de um sistema de dependência que já estava enraizado na sociedade desde o período colonial.

Para o autor, o tabaco não criou apenas uma dependência física nos indivíduos, mas tornou-se um pilar essencial para a economia dos Estados e para o comércio global, dessa forma deu-se início ao que o autor chama de "cultura de dependência". Com o conceito de "cultura de dependência", percebe-se que o tabagismo não é apenas um comportamento individual, mas um sistema socioeconómico complexo que foi consolidado ao longo de séculos, sendo a sua compreensão essencial para analisar as políticas de saúde pública atuais.

Com o avançar do tempo começaram a existir os primeiros estudos que relacionavam os cigarros com patologias respiratórias. Hoje, sabemos que o seu consumo é a principal causa evitável de doença e de morte, e que tem um impacto significativo na sociedade, economia e saúde. É um problema que afeta todas as regiões do mundo e todos os grupos sociais, apresentando uma tendência de crescimento, sobretudo entre as populações mais vulneráveis (DGS, 2019).

No entanto, mesmo com provas científicas dos malefícios, as indústrias não se deixaram intimidar e os produtos de tabaco não estagnaram no tempo e evoluíram dos cigarros tradicionais para tabacos de enrolar, tabaco aquecido, cigarros eletrónicos e dispositivos descartáveis que são altamente atraentes para os jovens.

A composição química do cigarro é rica em nicotina, em compostos cancerígenos, tóxicos e mutagénicos, pelo que torna inexistente a definição de qualquer nível seguro de exposição para as pessoas. Por este motivo, é essencial implementar medidas de prevenção e proteção da saúde que sejam baseadas na evidência científica, contínuas e universais (DGS 2019).

A nicotina é conhecida como uma substância de elevado potencial aditivo que atua diretamente no sistema de recompensa cerebral (Prochaska & Benowitz, 2019; Volkow & Boyle, 2018). Esta substância apresenta efeitos psicoativos ambivalentes, podem atuar como estimulante ou proporcionar sensações de relaxamento, depende do contexto de consumo e da dose (Prochaska & Benowitz, 2019). A consolidação da adição é também impulsionada por um comportamento aprendido e automatizado pela repetição constante, pelo que esses fatores aumentam exponencialmente a dificuldade no processo de cessação tabágica (WHO, 2021).

No entanto, a indústria do tabaco continua a influenciar governos em todo o mundo e tem aprimorado as suas estratégias de marketing de modo a projetar uma imagem de compromisso com a SP, todavia mantém a promoção produtos que são nocivos (Ravara et al., 2014). Portugal enfrenta desafios semelhantes nesta área, onde a interferência da indústria pode comprometer a eficácia das políticas de controlo do tabagismo e a implementação rigorosa de medidas legislativas de proteção da saúde das populações (Ravara et al., 2014).

Tendo em conta o carácter global deste problema, a WHO iniciou, em 1999, a elaboração da documentação para uma Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco que foi adotada por unanimidade na 56.^a Assembleia Mundial da Saúde em 2003. A Convenção-Quadro, enquanto instrumento jurídico internacional de grande relevância no âmbito da SP, estabelece as bases para a prevenção e o controlo do tabagismo nos próximos anos e foi já validada pela maioria dos Estados-Membros da WHO (DGS, 2019).

O relatório publicado pela WHO, em 2021, defende que o consumo de tabaco continua a ser responsável por retirar vidas humanas (mais de 8 milhões de pessoas em todo o mundo em 2019). Em 2000, 32,7% das pessoas com 15 anos ou mais consumiam tabaco, o que corresponde a um terço da população mundial. Em 2020, o valor foi reduzido para 22,3%, e as previsões são que em 2025 se possa chegar a 20,4%, esses valores podem ser considerados frutos das medidas de SP implementadas (WHO, 2021).

Em 2019, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) de Portugal, referem que 17,0% da população com 15 ou mais anos era fumadora (menos 3% do que em 2014), 21,4% da população era ex-fumadora, enquanto a maioria, 61,1%, nunca tinha fumado. O inquérito revelou também que cerca de 1,3 milhões de pessoas (14,2%) fumavam diariamente e 248 mil (2,8%) fumavam de forma ocasional. Aproximadamente metade dos fumadores diários consumia até 10 cigarros por dia; contudo, entre os homens predominava um consumo diário entre 11 e 20 cigarros (50,3%). A percentagem de mulheres que referiram nunca ter fumado

(75,3%) foi significativamente superior à dos homens na mesma situação (44,8%) (INE, 2020).

O relatório do PNPCT da DGS, referente a 2019, estima que o consumo de tabaco e a exposição ao fumo ambiental tenham contribuído para mais de 13 500 óbitos em Portugal nesse ano.

O tabagismo é um fenómeno de natureza profundamente social, devido ao impacto que gera no sistema de saúde e aos riscos associados à exposição ao fumo passivo, sobretudo em espaços fechados. Neste contexto, a discussão pública em torno da aplicação da Lei do Tabaco em Portugal, em 2008, evidenciou que a proteção da saúde coletiva deve prevalecer sobre argumentos de liberdade individual quando estão em causa direitos fundamentais de não fumadores (DGS, 2019).

De acordo com a DGS, o tabagismo é um dos principais fatores de risco para doenças crónicas em Portugal, incluindo problemas cardiovasculares e respiratórios. O PNS 2021-2030, define a redução do consumo de tabaco como prioridade, promovendo ações de prevenção e apoio à cessação tabágica. Entre as medidas destacam-se restrições ao fumo em espaços públicos, aumento de impostos sobre produtos de tabaco e campanhas educativas promovidas pelo Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2022).

O tabagismo constitui um dos principais desafios para a SP em Portugal, e, por esse motivo assume também particular relevância no âmbito dos cuidados de Enfermagem Comunitária no sentido em que a SP e a saúde comunitária estão amplamente interligadas.

Apesar dos esforços realizados para a diminuição do tabagismo em Portugal, persistem importantes lacunas e desafios no que respeita à prevenção, cessação e intervenção comunitária no âmbito do tabagismo.

A redução sustentada da prevalência tabágica deve, portanto, ser entendida como um investimento estratégico na saúde das gerações futuras e um foco claro de SP e Comunitária.

Nesse sentido, e enquadrado no meu percurso de estudante de Enfermagem em SP e Comunitária considerarei pertinente realizar o estudo sobre a Prevalência do tabagismo em Enfermeiros e suas repercussões na SP e Comunitária.

Os Enfermeiros possuem um papel fundamental nas comunidades e no que concerne à prevenção, cessação e intervenção no contexto do tabagismo possuem intervenções específicas nas comunidades e são vistos como exemplos a seguir. Os enfermeiros desempenham um papel central na promoção da saúde e na orientação de hábitos de vida

saudáveis; portanto, quando são fumadores, as suas intervenções podem estar de certo modo comprometidas (Praxedes, 2025).

Estudar a prevalência dos hábitos tabágicos em Enfermeiros contribui para fortalecer a coerência entre o papel social da Enfermagem na promoção da saúde e as práticas de autocuidado dos próprios profissionais. Assim, este estudo justifica-se também pela necessidade de compreender a extensão do problema.

A arte da Enfermagem é o cuidar, no entanto muitas vezes o próprio autocuidado é deixado para segundo plano. Nesse sentido, o estudo pode ser um pontapé de partida para promover o autocuidado desta comunidade, relembrando que também necessitam de um olhar atento e cuidado, sem esquecer que o tabagismo entre os profissionais de saúde não é apenas um problema pessoal, mas também um desafio para a SP.

A diminuição dos hábitos tabágicos nos profissionais de saúde é fundamental não apenas para aprimorar a sua saúde, mas também para aumentar a eficácia dos Enfermeiros em impactar positivamente a população nas suas intervenções antitabágicas (Praxedes, 2025).

2.2. Metodologia

O presente estudo é observacional, descritivo e de corte transversal, recorrendo a uma amostragem não probabilística do tipo bola de neve.

Flanagan e Beck (2024), referem que os **estudos observacionais** são adequados quando o investigador não intervém nem manipula as variáveis em análise, o que permite uma recolha de dados em contextos naturais e a descrição de fenómenos tal como ocorrem, sem qualquer influência.

A opção por um **estudo descritivo** fundamenta-se na necessidade de identificar e quantificar a prevalência do tabagismo numa população profissional específica, neste caso, os Enfermeiros. De acordo com Flanagan e Beck (2024), este tipo de estudo permite descrever padrões, características e distribuições de fenómenos relevantes em saúde, constituindo uma base essencial para a compreensão do problema e para o planeamento de futuras intervenções.

A definição de um **corte transversal** justifica-se pelo facto de a recolha de dados ter acontecido num único momento temporal bem definido. Este tipo de desenho é particularmente indicado para estudos de prevalência, sendo amplamente utilizado na investigação em enfermagem e SP (Flanagan & Beck, 2024).

Para a estratégia de amostragem recorre-se a uma **amostragem não probabilística do**

tipo bola de neve, atendendo às características da população-alvo e às limitações no acesso a uma listagem completa de enfermeiros elegíveis de modo a garantir a confidencialidade total dos dados. Com este tipo de amostragem permitiu-se que houvesse uma expansão progressiva da amostra e sem qualquer tipo de obrigatoriedade, transformando este estudo totalmente voluntário.

A recolha de dados foi realizada através da plataforma digital *Google Forms*, e para o efeito foi elaborado um instrumento de recolha de dados em formato de questionário (Apêndice I). Para a realização do estudo e a aplicação do questionário foi solicitada a autorização necessária à Comissão de Ética (CE) do Instituto Politécnico de Viseu (IPV). O parecer positivo da CE do IPV encontra-se no Anexo I.

2.2.1. População alvo

A população alvo foram os Enfermeiros e foram definidos os seguintes critérios:

Critérios de inclusão - Todos os enfermeiros que voluntariamente aceitam participar no estudo e aprovem o consentimento informado.

Critérios de exclusão - Outros profissionais de saúde que não sejam Enfermeiros, bem como Enfermeiros que se recusem a aprovar o consentimento informado.

2.2.2. Objetivos

A fixação de objetivos é fundamental no Planeamento em Saúde e devem ser baseados num comportamento de saúde específico e centrados na prevenção da doença (Laverack, 2022). Assim, foi traçado um objetivo geral e cinco específicos, que se regem pela metodologia SMART. O acrónimo SMART traduz-se em (objetivos) Específicos, Mensuráveis, Alcançáveis, Relevantes e Temporais. Esta metodologia ajuda a estabelecer expectativas claras, a evitar equívocos, uma melhor gestão de tempo e permite determinar se um objetivo foi alcançado dentro do prazo (Janssen, 2024).

O objetivo geral pode ser visto como um “guia para as ações”, pois tem o propósito de ajudar a resolver os desafios identificados. Este objetivo necessita de estar alinhado com as metas do projeto a desenvolver, delinear claramente os passos a seguir e evidenciar o impacto esperado (Farto, 2022).

Para a realização desde projeto de intervenção, definiu-se como objetivo geral: Analisar, até março de 2026, a prevalência do tabagismo entre enfermeiros, bem como identificar as suas repercussões na Saúde Pública e Comunitária, através de um estudo observacional, descritivo,

de corte transversal, com amostragem não probabilística do tipo bola de neve.

Com foco no objetivo geral, foram delineados cinco objetivos específicos relevantes para o alcançar. Assim, pretende-se como objetivos específicos:

- Determinar, até março de 2026, a taxa de prevalência tabágica autorreportada na amostra de enfermeiros inquiridos.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros fumadores e não fumadores da amostra, até março de 2026.
- Identificar, até março de 2026, os principais determinantes e fatores associados ao tabagismo na amostra.
- Avaliar, até março de 2026, as repercussões do tabagismo da amostra na prática profissional e na promoção da saúde comunitária.
- Propor, com base nos resultados, recomendações práticas para a redução do tabagismo entre enfermeiros até à conclusão do estudo.

2.2.3. Instrumento de colheita de dados

Como anteriormente referido, para a colheita de dados foi utilizado um questionário (Apêndice I), construído pela autora do estudo com base na literatura científica. Antes de ser aplicado, o questionário foi previamente aprovado pela CE do IPV. Foi enviado a vários enfermeiros e solicitado que enviassem também aos seus contatos enfermeiros e colocado em vários grupos de enfermeiros no Facebook. Esteve disponível através do link: <https://forms.gle/mUVNV3zVmswRkQaC9>.

2.2.4. Procedimentos éticos e formais

Durante a realização e implementação do projeto estiveram sempre presentes e em consideração os direitos humanos e princípios éticos (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, transparência, reciprocidade, vulnerabilidade, proteção, segurança e confidencialidade dos dados). Todos possuem igual importância, no entanto, tendo em conta que foi implementado um questionário, pretendo realçar a confidencialidade e o consentimento informado como pilares basilares para a investigação.

Toda a informação obtida através do *Google Forms* não faz qualquer identificação da pessoa que preencheu o questionário. Foram desativadas todas as funcionalidades de guardar emails ou de realizar login obrigatório para a sua realização. Apenas participou no estudo quem voluntariamente o quis preencher. Não ocorreram danos nem descobertas acidentais, nem

existiram custos associados ou compensações para os sujeitos da investigação.

O exercício da profissão de Enfermagem em Portugal, tem que cumprir os princípios descritos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que foi aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro e os descritos no Estatuto da OE, que fazem parte integrante do Código Deontológico, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril.

2.2.5. Procedimentos estatísticos

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com suporte ao software IBM SPSS (versão 29.0.1.0), cedido e instalado sem custos adicionais pela ESSV. A análise descritiva incluiu o cálculo de medidas de tendência central e de dispersão. Para as variáveis quantitativas, foram apuradas a média (\bar{x}), o desvio padrão (Dp) e os valores extremos (mínimo e máximo). No caso das variáveis nominais e ordinais, a caracterização foi feita através de frequências absolutas (n) e percentuais (%).

2.3. Apresentação dos resultados

A amostra em estudo é composta por 322 participantes e, como é possível verificar na Tabela 1, a média de idades é de aproximadamente 41 anos ($\bar{x} = 41,19$; Dp = 11,306), com uma amplitude etária compreendida entre os 21 e os 68 anos. No que respeita à distribuição por sexo, verifica-se uma prevalência acentuada de elementos do sexo feminino, que representam 87,9% da amostra (n = 283), comparativamente aos 12,1% correspondentes ao sexo masculino (n = 39). Relativamente ao título profissional, observa-se que a maioria dos profissionais detém a categoria de enfermeiro(a) generalista (65,5%), seguidos pelos enfermeiros(as) especialistas, que constituem 32,2% do grupo, e, por fim, pelos enfermeiros(as) gestores, que representam a percentagem mais reduzida da amostra (2,2%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=322)

		N	%	\bar{x}	Dp	Min.-Máx.
Idade (anos)		322	100,00	41,19	11,306	21,00 – 68,00
Sexo	<i>Feminino</i>	283	86,50			
	<i>Masculino</i>	39	12,10			
Título Profissional	<i>Enfermeiro (a) Generalista</i>	211	65,5			
	<i>Enfermeiro (a) Especialista</i>	104	32,30			
	<i>Enfermeiro (a) Gestor</i>	7	2,20			

Nota. \bar{x} : Média; Dp: Desvio Padrão; Min: mínimo; Máx: Máximo

No que respeita aos hábitos tabágicos da amostra, é possível observar na Tabela 2, que a maioria dos participantes atualmente não é fumador, correspondendo a 78,9% do total (n=254). Entre os que consomem tabaco (21,1%), 15,20% afirmam fazê-lo diariamente e 5,9% admitem um consumo ocasional. Esta distribuição reflete-se no número de cigarros fumados por dia, em que, dentro do grupo dos fumadores, 8,4% dos inquiridos consomem entre 1 a 5 cigarros, 7,1% entre 6 a 10 e uma minoria de 5,3% fuma entre 11 a 20 cigarros diariamente. Quanto às motivações apontadas para o consumo, a redução do stress surge como o principal fator, mencionado por 14,6% da amostra, seguida pela socialização (10,9%) e pelo relaxamento (10,2%), enquanto 8,1% dos participantes indicaram outros motivos não especificados.

Tabela 2 - Caraterização dos consumos tabágicos dos participantes (n=322)

		N	%
Atualmente fuma?	<i>Sim, diariamente</i>	49	15,20
	<i>Sim, ocasionalmente</i>	19	5,90
	<i>Não</i>	254	78,90
Nº de cigarros diários	<i>0</i>	254	78,90
	<i>1 a 5</i>	27	8,40
	<i>6 a 10</i>	23	7,10
	<i>11 a 20</i>	17	5,30
	<i>Mais de 20</i>	1	0,3
Motivo	<i>Relaxamento</i>	33	10,20
	<i>Socialização</i>	35	10,90
	<i>Redução de Stress</i>	47	14,60
	<i>outro</i>	26	8,10

Relativamente à caraterização do ambiente de trabalho (n=322), é possível verificar na Tabela 3 que a maioria dos participantes reconhece o impacto negativo do contexto laboral no seu bem-estar, com 41,90% a concordar totalmente que o trabalho provoca elevados níveis de stress, em oposição a apenas 4,0% que discordam totalmente desta afirmação. No que concerne à influência social, verifica-se que o ambiente de trabalho ou os colegas parecem não ser o fator determinante para o consumo tabágico da maioria, uma vez que 34,20% discordam totalmente desta influência, enquanto apenas uma minoria de 9,90% concorda totalmente.

Quanto às políticas institucionais, salienta-se a ausência de apoio ou iniciativas para a cessação tabágica, com 34,2% dos profissionais a discordarem totalmente da existência de tais medidas, contrastando com os 9,90% que concordam com a sua presença. No entanto, a maioria afirma que a sua unidade possui uma política de ambiente livre de fumo (56,50%), embora

18,30% dos inquiridos desconheçam a existência da mesma.

Por fim, no plano da intervenção clínica, a grande maioria dos profissionais (70,80%) acredita que os hábitos tabágicos dos próprios profissionais influenciam a adesão dos utentes às recomendações de saúde. Este reconhecimento reflete-se na prática assistencial, onde o aconselhamento para a cessação tabágica é realizado "Sempre" por 46,60% dos participantes, sendo que apenas uma pequena percentagem de 3,10% admite fazê-lo "Raramente ou nunca".

Tabela 3 - Caraterização do ambiente de trabalho dos participantes (n=322)

		N	%
O meu trabalho provoca-me elevados níveis de stress	<i>Discordo totalmente</i>	13	4,00
	<i>Discordo</i>	30	9,30
	<i>Nem concordo nem discordo</i>	35	10,90
	<i>Concordo</i>	109	33,90
	<i>Concordo totalmente</i>	135	41,90
Sinto influencia dos colegas ou do ambiente de trabalho no meu consumo de tabaco	<i>Discordo totalmente</i>	110	34,20
	<i>Discordo</i>	59	18,30
	<i>Nem concordo nem discordo</i>	79	24,50
	<i>Concordo</i>	42	13,00
	<i>Concordo totalmente</i>	32	9,90
Existe apoio ou iniciativas no meu local de trabalho para deixar de fumar	<i>Discordo totalmente</i>	110	34,20
	<i>Discordo</i>	59	18,30
	<i>Nem concordo nem discordo</i>	79	24,50
	<i>Concordo</i>	42	13,00
	<i>Concordo totalmente</i>	32	9,90
Na sua unidade existe política de ambiente livre de fumo?	<i>Sim</i>	182	56,50
	<i>Não</i>	81	25,20
	<i>Não sei</i>	59	18,30
Os hábitos tabágicos dos profissionais têm influência na adesão dos utentes às recomendações de cessação	<i>Sim</i>	228	70,80
	<i>Não</i>	94	29,20
Com que frequência aconselha os utentes a deixarem de fumar	<i>Sempre</i>	150	46,60
	<i>Frequentemente</i>	113	35,10
	<i>Ocasionalmente</i>	49	15,20
	<i>Raramente/nunca</i>	10	3,10

2.4. Discussão dos resultados

De acordo com a caraterização sociodemográfica da amostra, revela-se ser uma amostra predominantemente feminina (87,9%), e com uma média de idades de 41,19 anos (Dp = 11,306). Esta descrição está concordante com a realidade demográfica da profissão em Portugal, refletindo-se a feminização da Enfermagem, conforme documentado no anuário

estatístico da OE (2025).

A média de idades, situada na quarta década de vida, sugere um grupo profissional com experiência consolidada, o que é corroborado pela presença de 32,2% de enfermeiros especialistas. No âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, esta diferenciação de competências é determinante para a eficácia das intervenções de educação para a saúde e gestão de programas de prevenção de comportamentos aditivos (DGS, 2023).

A prevalência autorreportada na amostra de Enfermeiros inquiridos que são fumadores (21,1%) é superior à dos indicadores reportados para a população geral portuguesa no INE (2020), que se encontra nos 16,8% referente aos portugueses com 15 ou mais anos, o que pode sugerir que o grupo em estudo poderá apresentar maior exposição a comportamentos de risco relacionados com o consumo de tabaco. Esta diferença pode ainda refletir características específicas do contexto profissional analisado, nomeadamente a exposição a fatores psicossociais relacionados com o trabalho que beneficiavam de estudo dirigido.

Embora esta diferença possa sugerir uma maior prevalência de consumo no grupo analisado, importa realçar que deve-se interpretar estes resultados com muita cautela, tendo em consideração a dimensão reduzida da amostra em estudo e as características específicas do contexto estudado, o que limita a possibilidade de generalização para a população em geral. No contexto europeu, de acordo com dados do estudo realizado por Starker et al. (2025), indicam que em média 24,4% dos adultos na Europa fumam, o que situa a nossa amostra a valores a baixo da média europeia.

A análise das motivações associadas ao consumo de tabaco revela alguns aspetos importantes no que se refere ao contexto psicossocial e introduz preocupações no contexto da saúde ocupacional. Os participantes do estudo, destacaram como principais razões para o consumo de tabaco a redução do stress (14,6%), a socialização (10,9%) e o relaxamento (10,2%), apenas 8,1% considera ser por outros fatores. Estes resultados podem sugerir que os hábitos tabágicos dos Enfermeiros poderá ser uma estratégia de coping disfuncional face às exigências do contexto laboral em que se encontram.

Quanto à caracterização do ambiente de trabalho dos participantes é importante realçar a elevada percentagem de participantes que confere responsabilidade ao trabalho pelos seus níveis de stress (41,9%). De acordo com Rolo et al. (2023), cerca de 52% enfermeiros apresentam stress pelo que a percentagem da amostra está bastante próxima do estudo

português.

Estes resultados podem ainda ser analisados à luz dos determinantes sociais da saúde, que reconhece que fatores estruturais, condições de trabalho e contextos sociais exercem influência sobre os comportamentos de saúde. Neste sentido, o consumo de tabaco não deve ser interpretado exclusivamente como uma escolha individual, mas também como um comportamento influenciado por fatores ambientais, organizacionais e sociais. Todavia, 52,50% dos inquiridos refutam a influência dos colegas ou do ambiente social no seu consumo de tabaco.

Quanto à governação clínica e institucional verifica-se ainda alguma fragilidade, embora a maioria (56,5%) identifique a existência de políticas de ambiente livre de fumo, observa-se uma escassez de estratégias ativas de apoio à cessação para os profissionais (52,5% referem ausência de apoio).

A WHO (2021), preconiza que as instituições de saúde devem ser modelos de promoção da saúde, a falta de projetos e programas no combate aos hábitos tabágicos podem comprometer essa premissa.

A consciência do papel de promotores de saúde e de exemplo social que a amostra detém é elevada, 70,8% dos participantes reconhecem que o hábito tabágico dos profissionais tem influência na adesão dos utentes às recomendações de cessação.

No que respeita à prática assistencial, o facto de 46,6% dos enfermeiros realizarem o aconselhamento "Sempre" demonstra um alinhamento com o dever ético da profissão que se sobrepõe aos seus hábitos e crenças pessoais.

2.5. Conclusões do estudo

O estudo permitiu dar resposta aos objetivos delineados e dessa forma evidenciar a complexa relação entre a saúde do profissional e a sua prática clínica.

Apesar de não ser significativa, a amostra aproxima-se da realidade da enfermagem portuguesa que é maioritariamente feminina e com maturidade profissional. A prevalência tabágica observada (21,1%), assemelha-se à da população geral, o que demonstra que apesar da classe profissional em questão ser uma classe altamente qualificada e com conhecimento científico sobre os riscos do tabaco não é, por si só, um fator impeditivo do consumo entre estes

profissionais.

O stress laboral emerge como o principal preditor e motivador para o consumo de tabaco. A elevada concordância quanto ao impacto negativo do contexto de trabalho no bem-estar sugere que o tabaco é utilizado como uma estratégia de coping disfuncional para mitigar a sobrecarga inerente à profissão.

Existe uma fenda entre a legislação de ambientes livres de fumo e o apoio efetivo ao profissional fumador. A escassez de programas institucionais de cessação tabágica direcionados aos Enfermeiros configura uma oportunidade perdida de promoção da saúde em contexto comunitário e ocupacional, pelo que é necessário um reforço de medidas nas instituições de políticas antitabágicas e de apoio à cessação tabágica.

É notório o reconhecimento do papel do enfermeiro como modelo de comportamento na sociedade. A maioria dos participantes compreende que os seus hábitos individuais podem condicionar a eficácia do aconselhamento clínico, o que reforça a necessidade de uma coerência entre o "ser" e o "fazer" na prática.

Apesar das limitações encontradas, os resultados obtidos permitem a realização de uma reflexão no âmbito da Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública. Em particular, evidenciam a importância de desenvolver estratégias de promoção da saúde no local de trabalho, incluindo programas de cessação tabágica, intervenções de gestão do stress e iniciativas de promoção do bem-estar psicológico. Estas abordagens estão alinhadas com os princípios da Promoção da Saúde no Local de Trabalho, que defendem a criação de ambientes laborais saudáveis e a implementação de políticas organizacionais que favoreçam estilos de vida saudáveis.

Por fim, importa salientar que estudos futuros com amostras de maior dimensão e metodologias mais robustas poderão contribuir para aprofundar a compreensão da relação entre contexto ocupacional, stress e consumo de tabaco, permitindo produzir evidência mais consistente para orientar intervenções em Saúde Comunitária e Saúde Pública bem como em contexto de Saúde Ocupacional.

3. Desenvolvimento de competências

3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do EE estão regulamentadas no Regulamento das Competências Comuns do EE. O documento clarifica os diferentes conceitos de competências, e descreve os quatro domínios das competências comuns do EE (**Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**) (OE, 2019).

A OE (2019) define que o EE, no exercício das suas funções, deve demonstrar competências que evidenciem uma prática segura, ética e cientificamente fundamentada, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, no seu 3º artigo, pág. 4745 as Competências comuns: “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

Os domínios das Competências Comuns do EE são partilhados por todos os EE, independentemente da área de especialidade, por serem transversais a todas elas e resultarem do aprofundamento das competências do Enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2019).

Durante a realização dos estágios foram desenvolvidas as competências comuns do EE e pretendo clarificar como, por esse motivo será descrito o que foi realizado para as alcançar.

- **Responsabilidade profissional, ética e legal**

No âmbito da prática especializada, as competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal fundamentam-se na junção entre o cumprimento normativo e os imperativos deontológicos da profissão. De acordo com a OE (2019), esta dimensão exige que o enfermeiro atue em estrita conformidade com o quadro jurídico vigente, assegurando simultaneamente que a prestação de cuidados salvguarde os direitos humanos e os deveres

intrínsecos à profissão. Durante os estágios realizados, a minha postura foi marcada por rigor ético-deontológico e responsabilidade profissional, assegurando a conformidade com o quadro legal vigente. Esta conduta representou a continuidade e o aperfeiçoamento da minha postura já desenvolvida enquanto enfermeira de cuidados gerais, agora transportada para o contexto da especialidade. No percurso das intervenções realizadas e da colaboração com a equipa multidisciplinar, priorizei a proteção da dignidade do utente, com foco na privacidade e no fortalecimento da relação empática como pilares da prestação de cuidados humanizados. As atividades desenvolvidas foram guiadas por uma consciência ética e deontológica, assente na responsabilidade de cada intervenção realizada. A postura adotada implicou uma análise ponderada das potenciais repercussões de cada ato de enfermagem, com o objetivo de otimizar os resultados em saúde e salvaguardar o bem-estar individual do utente e da comunidade.

- **Melhoria contínua da qualidade**

No domínio da melhoria contínua da qualidade, os Padrões de Qualidade estabelecidos pela OE são o principal guia para a tomada de decisão e para a reflexão sobre a prática. Atualmente, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o EE deve assumir um papel ativo na governação clínica, e colaborar diretamente em programas de melhoria contínua, bem como dinamizar estratégias que assegurem o desenvolvimento de práticas de qualidade e a manutenção de um ambiente terapêutico seguro. Dessa forma, estará a contribuir para o desenvolvimento de cuidados de excelência e a manutenção de um ambiente terapêutico que assegure a segurança do utente.

Durante o estágio, a prestação de cuidados baseou-se nas necessidades reais da comunidade, após uma fase prévia de diagnóstico e planeamento conjunto com as tutoras. No âmbito da melhoria contínua da qualidade, sublinha-se a centralidade dos indicadores de desempenho das UF, o que reforça a importância dos registos no SClínico. A documentação sistemática permitiu não só registar as atividades desenvolvidas, mas também refletir sobre a prática e fundamentar estratégias de melhoria. Assim, as atividades foram orientadas por uma visão progressiva da qualidade, focada na segurança e na otimização dos cuidados prestados na simbose utente-comunidade.

Durante o estágio na UCCNM, colaborei ativamente na dinamização dos seus projetos, nomeadamente no projeto 'Anos de Vida Q(ualidade)', na realização de sessões de Educação

para a Saúde sobre sexualidade e prevenção da violência, bem como na criação de recursos visuais para assinalar datas comemorativas, como o Aleitamento Materno e o Dia Internacional do Idoso. Considero que esta participação proativa reflete a busca pela qualidade dos cuidados, pois ao colaborar no desenvolvimento das atividades da unidade, não só valorizo o trabalho da equipa multidisciplinar, como contribuo para o progresso das respostas de saúde dirigidas à comunidade.

No DSP, o contributo para a melhoria contínua da qualidade materializou-se na elaboração de um diagnóstico de situação sobre a Rede de Frio. Este desafio, proposto pela Enfermeira Coordenadora, surgiu da necessidade de avaliar a resiliência do sistema após a interrupção prolongada do fornecimento de energia elétrica que afetou a ULS. O diagnóstico efetuado culminou no início da criação de um manual orientador em conjunto com a Enfermeira Orientadora, que servirá de referencial para a estruturação dos manuais específicos de cada UF dos CSP. Este processo irá permitir uma uniformização de procedimentos, garantindo a segurança dos produtos termolábeis e a mitigação de riscos em situações de falha na Rede de Frio.

- **Gestão dos cuidados**

As competências de gestão dos cuidados pressupõem a capacidade do EE em liderar equipas e gerir recursos de forma ajustada às necessidades do momento, visando sempre a qualidade assistencial (OE, 2019).

Durante os estágios, a minha postura pautou-se pela colaboração ativa no processo de tomada de decisão sobre intervenções no seio da equipa multidisciplinar. No plano administrativo e logístico, a intervenção centrou-se na gestão de armazéns avançados, assegurando a validade e a conformidade dos produtos, prevenindo a rotura de stocks ou o excesso.

O período de estágio coincidiu com dois momentos significativos que potenciaram o desenvolvimento de competências em gestão de recursos: o encerramento do ano civil e a campanha de vacinação sazonal. A transição do ano civil permitiu a participação direta no inventário anual do DSP, que permitiu consolidar aprendizagens na área da gestão organizacional. Por sua vez, a campanha de vacinação contra a gripe e COVID-19 evidenciou a complexidade logística inerente à saúde comunitária. Este processo exige uma articulação

rigorosa com as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), com os serviços de farmácia e transportes, garantindo a disponibilidade de recursos no momento certo. Por trás de toda essa logística ainda existe a logística do DSP em conjunto com os serviços farmacêuticos que atempadamente realizaram o estudo de quantas vacinas deveriam comprar para distribuir.

Adicionalmente, no contexto da ECCI, a gestão de cuidados nas visitas domiciliárias foi orientada por um planeamento temporal estratégico. Esta gestão visou a otimização dos recursos disponíveis (enfermeiros, transporte, horários) e a continuidade da assistência, salvaguardando sempre a segurança e o bem-estar do utente e da sua família

- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, tendo por base o Regulamento n.º 140/2019 da OE, refere que o EE deve exercer a sua atividade com base na evidência científica, promovendo simultaneamente o autoconhecimento e a assertividade.

Durante o terceiro semestre do curso de mestrado, integrar equipas multidisciplinares com competências diferenciadas foi determinante para a consolidação da minha identidade profissional. Os diferentes contextos potenciaram uma prática reflexiva contínua, permitindo o reconhecimento dos meus limites, a identificação de obstáculos a superar e as minhas potencialidades. A gestão de emoções e sentimentos revelou-se fundamental para otimizar as oportunidades de aprendizagem e para o desenvolvimento de uma postura resiliente e assertiva perante situações de maior desafio. O apoio multidisciplinar e o respeito mútuo facilitaram a integração em equipa, e ajudaram-me na superação de metas que sozinha seriam muito difíceis de atingir.

A prática especializada em Enfermagem Comunitária exige uma articulação constante entre a investigação e a prestação de cuidados, com o intuito de dar respostas aos indivíduos, grupos e comunidades ao longo do ciclo vital. O compromisso com a formação contínua e a transposição do conhecimento teórico para a prática são pilares essenciais para o alcance da excelência profissional e para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados à comunidade, o facto de frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária — área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública demonstra também esse compromisso, bem como o estudo realizado sobre a Prevalências de hábitos tabágicos em Enfermeiros e as repercussões na Saúde Pública e Comunitária.

3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

De acordo com a OE (2019), o EE detém, além das competências comuns, competências específicas que orientam a sua intervenção avançada no diagnóstico e intervenção junto de indivíduos, grupos e comunidades. No âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, esta atuação é sustentada pelo Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, que define o perfil do EEECSPP como um agente capaz de mobilizar conhecimentos teóricos para contextos de vida reais, visando a obtenção de ganhos em saúde e a concretização do PNS.

Durante o estágio com relatório final, desenvolvi atividades enquadradas na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que permitiram dar resposta às competências específicas definidas no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Seguidamente, irei descrever o contributo do estágio para o desenvolvimento de cada uma dessas competências, com exemplos concretos da prática desenvolvida e sempre que possível com o enquadramento nos Programas de Saúde Prioritários da Direção-Geral da Saúde (DGS).

- **Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**

O desenvolvimento desta competência foi particularmente evidente através da aplicação da metodologia do Planeamento em Saúde em dois momentos do estágio. O primeiro consistiu na realização de um estudo de investigação sobre a prevalência de hábitos tabágicos em enfermeiros e as suas repercussões na saúde pública e comunitária. Este estudo permitiu identificar necessidades em saúde, fatores de risco e determinantes comportamentais, enquadrando-se diretamente no PNPCT da DGS (DGS, 2019).

O segundo momento correspondeu à elaboração de um diagnóstico de situação decorrente de um acontecimento crítico nacional — a falha de rede energética — que comprometeu a cadeia de frio dos produtos termolábeis nas UF da área de abrangência do DSP da ULS em questão. Esta situação exigiu a avaliação sistemática dos riscos, a identificação de vulnerabilidades organizacionais e a análise do impacto potencial na saúde da população, em consonância com as normas da DGS relativas à conservação e segurança das vacinas.

Ambas as experiências permitiram consolidar competências na recolha, análise e interpretação de dados, bem como na definição de prioridades e formulação de objetivos, elementos essenciais para uma intervenção comunitária planeada e eficaz.

- **Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

A capacitação de grupos e comunidades foi desenvolvida de forma transversal ao longo do estágio, com particular realce nas atividades de educação para a saúde. Na UCCNM, colaborei na realização e dinamização de sessões de educação para a saúde dirigidas a diferentes grupos da comunidade, promovendo a literacia em saúde, a adoção de estilos de vida saudáveis e a responsabilização individual e coletiva pela saúde, bem como nas consultas de apoio a cessação tabágica.

Destaco as consultas de apoio à cessação tabágica, enquadradas no PNPCT, as atividades de promoção da atividade física e autocuidado em pessoas com diabetes, integradas no projeto nacional “Diabetes em Movimento”, do Programa Nacional para a Diabetes da DGS que foram desenvolvidas no pavilhão da Biblioteca Municipal, e as sessões de educação para a saúde realizadas em uma Escola Básica e Secundaria, enquadradas nos projetos da UCCNM (Projeto “Sexualidade e Afetos” e Projeto “Prevenção de consumo de bebidas alcoólicas”).

Estas intervenções permitiram reforçar competências comunicacionais e relacionais, essenciais à capacitação comunitária, bem como promover a participação ativa dos cidadãos no processo de tomada de decisão em saúde.

- **Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e contribui para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**

A integração na coordenação de programas de saúde comunitários foi evidenciada através da participação ativa em várias atividades alinhadas com os Programas de Saúde Prioritários da DGS e com os objetivos do PNS 2021–2030 (DGS, 2020).

No âmbito do PNV, participei em todas as fases do processo vacinal, desde a requisição e gestão das vacinas até à sua administração. Esta atividade exigiu uma elevada capacidade de coordenação, planeamento e adaptação contínua às normas e orientações da DGS, que se encontram em permanente atualização, de acordo com as necessidades da população.

Pude colaborar e participar nas consultas do viajante e na administração de vacinas internacionais que na minha ótica constituiu igualmente um contributo relevante para a prevenção primária e controlo de riscos em SP, prevenindo a introdução e disseminação de doenças transmissíveis, em consonância com as estratégias nacionais de vigilância epidemiológica.

As atividades desenvolvidas no âmbito do projeto “Diabetes em Movimento”, espelham a relação patente com o Programa Nacional para a Diabetes.

As sessões realizadas no âmbito do projeto 'Anos de Vida Q(ualidade)' enquadram-se no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes.

O Programa Nacional de Saúde Escolar explanou-se com a implementação de sessões de Educação para a Saúde sobre sexualidade e prevenção da violência.

Estas experiências permitiram consolidar competências na gestão de programas de saúde, articulação interprofissional e tomada de decisão baseada em normas técnicas e legais.

- **Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**

A cooperação na vigilância epidemiológica esteve presente de forma contínua ao longo do estágio, tanto no estudo de investigação desenvolvido como na análise do impacto da falha da Rede de Frio. A vigilância epidemiológica permitiu compreender o processo saúde-doença, identificar fatores determinantes e condicionantes da saúde e apoiar a tomada de decisão em SP.

O estudo sobre prevalência de hábitos tabágicos em Enfermeiros contribui para a produção de conhecimento relevante para a saúde ocupacional, comunitária e pública podendo sustentar futuras estratégias de intervenção com impacto na redução do consumo de tabaco e na promoção da saúde dos profissionais de saúde e da população em geral.

A análise do incidente relacionado com a Rede de Frio reforçou a importância da vigilância contínua, da gestão do risco e da implementação de medidas corretivas, de forma a garantir a segurança da população e a qualidade dos cuidados prestados bem como mitigar despesas relacionadas com perda de produtos termolábeis.

Considero que o percurso realizado permitirá uma transição segura e sustentada de Enfermeira de Cuidados Gerais para futura EEECS. A prática baseada na evidência científica, aliada ao respeito pelos princípios éticos e deontológicos serão os pilares da Enfermagem que pretendo praticar.

4. Considerações finais

A elaboração deste relatório com componente de trabalho de investigação integrada não apresenta apenas o culminar de um ciclo académico, mas também a ponte que liga todo o percurso realizado ao longo dos últimos meses. Considero ter alcançado os objetivos propostos, na medida em que o ensino clínico contribuiu de forma muito significativa para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura EEEC. Os desafios foram sempre encarados de forma construtiva e ultrapassados com o apoio e orientação dos meus Enfermeiros Tutores e Professora Orientadora.

O contacto em diferentes campos de estágio e vivências profissionais e pessoais permitiram observar que o tabagismo nos Enfermeiros é uma realidade muitas vezes subvalorizada, mas com impacto direto na dinâmica das equipas e na eficácia das intervenções de educação para a saúde. Ao refletir sobre o percurso realizado nos estágios, é evidente que a aquisição de competências como EE regeu-se pela autocrítica e pelo reconhecimento de que os cuidados de saúde são prestados por pessoas para pessoas, e que todos nós podemos ser vulneráveis a comportamentos de risco.

O processo de investigação foi fundamental para consolidar as competências específicas do EESCP, conforme preconizado pela OE. Os desafios futuros na prática clínica exigem que o EE seja um facilitador de processos de transição, capaz de olhar para o colega fumador não com o peso do julgamento, mas com a mão estendida como apoio. O estudo desenvolvido mostra para além dos números de prevalência, este trabalho deve gerar uma consciência crítica sobre a importância de "cuidar de quem cuida".

A mudança e tudo o que lhe está implícito é sempre algo muito difícil, porque exige desaprender o que o corpo e mente já automatizou. A resistência à mudança comportamental em profissionais de saúde que possuem o conhecimento, mas mantêm o hábito (neste caso, tabágico), exige do EE uma abordagem inovadora, livre de estigma e focada na gestão do stress e na saúde ocupacional.

Em suma, como recomendações para a prática profissional surgem: Implementação de Consultas de Cessação Tabágica para Profissionais; Criação de programas de apoio específicos,

confidenciais e gratuitos para Enfermeiros, integrados nos Serviços de Saúde Ocupacional; Programas de Gestão de Stress Laboral; Campanhas de sensibilização internas que abordem o tabagismo não apenas como um risco individual, mas como um obstáculo à eficácia das políticas da Saúde Pública.

Referências bibliográficas

Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E. (n.d.).

Regulamento interno da Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E. ULS Coimbra.

Decreto-Lei N.º 52/2022 De 4 De Agosto Da Presidência Do Conselho De Ministros. (2022).

Diário da República: I Série, N.º 150.

<https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>

Escola Superior de Saúde de Viseu (2024). *Guia orientador de trabalhos escritos*.

Recuperado de <https://essv.ipv.pt/cursos/mestrados/cmec-escsp/>

Equipa Landewyck. (2025, 13 de maio). *A história do tabaco em Portugal e Espanha: das origens indígenas à expansão global*. Blog Landewyck. <https://blog.landewyck.com/pt/a-historia-do-tabaco-em-portugal-e-espanha-das-origens-indigenas-expansao-a-global>

Farto, M. S. P. (2022). *Às Claras - Projeto de Intervenção Comunitária* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Educação, Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/15831>

Flanagan, J., & Beck, C. T. (2024). *Polit & Beck's Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health.

<https://books.google.pt/books?id=NUUgEQAAQBAJ>

Goodman, J. (1993). *Tobacco in history: The cultures of dependence*. Routledge. Disponível em [http://cpcca.com.ar/tool_box/books/Jordan%20Goodman-Tobacco%20in%20History_%20The%20Cultures%20of%20Dependence-Routledge%20\(1994\).pdf](http://cpcca.com.ar/tool_box/books/Jordan%20Goodman-Tobacco%20in%20History_%20The%20Cultures%20of%20Dependence-Routledge%20(1994).pdf)

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Inquérito Nacional de Saúde 2019: Portugal — Proporção de fumadores e ex-fumadores na população com 15 ou mais anos* [Relatório].

https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=441296379&att_display=n&att_download=y

Janssen, C. H. C. (2024). *La introducción de objetivos SMART en un entorno educativo*. *Educación Química*, 35(2). <https://doi.org/10.22201/fq.18708404e.2024.2.86489>

Laverack, G. (2022). *Guia de bolso para a promoção da saúde*. Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725408155>

Ministério da Saúde; Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável – de tod@s para tod@s* (versão aprovada em Conselho de Ministros). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://content.pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/11/Plano-Nacional-de-Saude-2030-%E2%80%93-Versao-Integral.pdf>

Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8.^a ed.). Pearson.
<https://www.pearsonhighered.com/assets/preface/0/1/3/4/0134754085.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019, 6 fev.). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento Geral de Competências do Enfermeiro Especialista*. Diário da República (Diário da República, 2.^a série N.º 26). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021, 19 de outubro). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados de enfermagem especialista* [PDF]. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2025). *Anuário estatístico nacional 2025* [Ficheiro Excel]. Ordem dos Enfermeiros.

- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
<https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i022652.pdf>
- Praxedes, M. F. da S. (Org.). (2025). *O cuidado integral da Enfermagem na saúde e bem-estar humano*. <https://doi.org/10.22533/at.ed.395252503>
- Prochaska, J. J., & Benowitz, N. L. (2019). *Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine addiction*. *Science advances*, 5(10), eaay9763.
<https://doi.org/10.1126/sciadv.aay9763>
- Ravara, S. B., Miranda, N., Calheiros, J. M., Berteletti, F., & Joossens, L. (2014). *Tobacco control progress in Portugal: The need for advocacy and civil society leadership*. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20(6), 289–292. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2014.09.003>
- Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 35/2011 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/a/3477093>.
- Regulamento n.º 428/2018. (2018, julho 16). *Regulamento de competências especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. *Diário da República*, 2(135), pp. 19354-19359. Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Rolo, D., Oliveira, H. M., Areosa, J., Antunes, J. A., Amaral, M., Varela, R., & Della Santa, R. (2023). *Enfermeiros – Vida e trabalho: Estudo sobre as condições de vida e de trabalho dos enfermeiros em Portugal* (1.ª ed.). Edições Húmus.
- Starker, A., Mößnang, D., & Kuhnert, R. (2025). *Placing smoking prevalence in the context of tobacco control measures in Europe*. *Journal of health monitoring*, 10(3), e13418.
<https://doi.org/10.25646/13418>
- UCC Norton de Matos. (2019). *Relatório UCCNM 2018: O que fazemos*. Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/927/20027/2061051/O%20QUE%20FAZEMOS/RELATORIO%20UCCNM%202018.pdf>

UCC Norton de Matos. (2025). *UCC Norton de Matos. BI-CSP*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/927/20027/2061051/Pages/default.aspx>

Unidade Local de Saúde de Coimbra. (2024). *Plano Estratégico ULSC 2030*

Vieira, A., Santos, A. F., Ramos, C., Alves, C., Serrada, E., Santos, E., Gomes, F. S., Bucu, L., Simões, M., & Agostinho, R. (2025). *Perfil de saúde da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra, EPE*. Departamento de Saúde Pública da ULS de Coimbra, EPE.

Volkow, N. D., & Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction: Relevance to prevention and treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 175(8), 729–740. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101174>

World Health Organization. (2021). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025* (4.^a ed.). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322>

APÊNDICE

Apêndice I - Questionário

Prevalência do tabagismo em Enfermeiros e suas repercussões na Saúde Pública e Comunitária

Exmo. Colega,

Solicito a sua colaboração para a realização deste estudo sobre a prevalência do tabagismo em Enfermeiros e suas repercussões na Saúde Pública e Comunitária, no âmbito de um trabalho acadêmico desenvolvido por mim no contexto de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

O principal objetivo é analisar a prevalência do tabagismo entre Enfermeiros, bem como identificar as suas repercussões na saúde Pública e Comunitária, através de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com amostragem não probabilística do tipo bola de neve. Pretendo que este estudo seja um pontapé de partida para promover o autocuidado dos Enfermeiros, lembrando que também necessitamos de um olhar atento e cuidado, sem esquecer que o tabagismo entre os profissionais de saúde não é apenas um problema pessoal, mas também um desafio para a saúde pública.

A recolha de dados será feita através do questionário online disponível em <https://forms.gle/D5Ygz44uN2SqYYm69>, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos participantes. O seu preenchimento demora cerca de 3–5 minutos.

Muito obrigada!

Luana Silva

Parte 1 — Consentimento

1. Li a informação e presto consentimento para participar neste estudo.

- Sim
- Não → **Fim do formulário**

Parte 2 — Caracterização populacional

2. Idade: _____ anos

3. Sexo:

- Feminino
 - Masculino
 - Outro / Prefiro não declarar
4. Dados profissionais:
- Enfermeiro(a) cuidados gerais
 - Enfermeiro(a) especialista
 - Enfermeiro(a) gestor

Parte 3 — Hábitos tabágicos

5. Atualmente, fuma tabaco?
- Sim, diariamente
 - Sim, ocasionalmente
 - Não
6. **(Se fuma atualmente)** Quantos cigarros por dia, em média?
- 1–5
 - 6–10
 - 11–20
 - >20

Parte 4 — Determinantes

7. Concorda com as seguintes afirmações? (*Escala de 1 a 5: 1 = Discordo totalmente, 5 = Concordo totalmente*)
- 7.1. O meu trabalho provoca-me elevados níveis de stress.
 - 7.2. Sinto influência dos colegas ou do ambiente de trabalho no meu consumo de tabaco.
 - 7.3. Existe apoio ou iniciativas no meu local de trabalho para deixar de fumar.

8. Quais motivos o levaram a fumar? (pode marcar mais de uma opção)

Relaxamento

Socialização

Redução do stress

Outro: _____

Parte 5 — Repercussões na Prática

9. Acredita que os hábitos tabágicos de um profissional de saúde influênciam a adesão dos utentes às recomendações de cessação?

• Sim

• Não

10. Com que frequência aconselha os utentes a deixarem de fumar?

• Sempre

• Frequentemente

• Ocasionalmente

• Raramente/Nunca

Parte 6 — Política Institucional

11. Na sua unidade existe política de ambiente livre de fumo?

• Sim

• Não

• Não sei

Apêndice II – Guião para a elaboração dos procedimentos da rede de frio nas unidades funcionais



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



GUIÃO PARA A ELABORAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DA REDE DE FRIO NAS UNIDADES FUNCIONAIS



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Guião para a elaboração dos procedimentos da rede de frio nas unidades funcionais

PROPRIEDADE

AUTOR e PAGINAÇÃO

Nome da Direção:

Direção:

Coordenação:

CONTACTOS

Morada: XXX

XXX-XXX

Tel.: XXX XXX XXX

E-mail: XX@XX.XX

www.xxx.pt

CONTROLO DE PUBLICAÇÕES

Versão	Autor	Aprovador	Data
V1.0			

GLOSSÁRIO DE SIGLAS & ACRÓNIMOS

UF's	Unidades Funcionais
ULS	Unidade Local de Saúde
SFH- CSP	Serviços de Farmácia Hospitalar – Cuidados de Saúde Primários
AA/CSP	Armazéns Avançados / Cuidados de Saúde Primários
BCG	Vacina contra a tuberculose (Bacille Calmette-Guérin)
DTPaHibVIP	Vacina pentavalente contra difteria, tétano, tosse convulsa, doença invasiva por Haemophilus influenzae b e poliomielite
DTPaVIP	Vacina tetravalente contra difteria, tétano, tosse convulsa e poliomielite
Men A, C, W, Y	Vacina contra doença invasiva por Neisseria meningitidis do grupo A,C,W,Y
RF	Rede de Frio
Td	Vacina contra tétano e difteria, doses reduzidas
VASPR	Vacina contra sarampo, parotidite epidémica e rubéola
VFA	Vacina Febre Amarela
VHB	Vacina contra hepatite

ÍNDICE

GLOSSÁRIO DE SIGLAS & ACRÓNIMOS.....	Erro! Marcador não definido.
INTRODUÇÃO.....	Erro! Marcador não definido.
INFORMAÇÕES GERAIS.....	Erro! Marcador não definido.
PROCEDIMENTOS DA REDE DE FRIO	Erro! Marcador não definido.
1. REQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO.....	Erro! Marcador não definido.
2. RECEÇÃO.....	Erro! Marcador não definido.
3. ARMAZENAMENTO.....	Erro! Marcador não definido.
4. MONITORIZAÇÃO	Erro! Marcador não definido.
5. FORMAÇÃO/ INFORMAÇÃO	Erro! Marcador não definido.
6. QUEBRA NA REDE DE FRIO	Erro! Marcador não definido.
FLUXOGRAMA DA REDE DE FRIO.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXOS.....	17
ANEXO 1 - NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE COM A REDE DE FRIO.....	Erro! Marcador não definido.

INTRODUÇÃO

A Rede Frio (RF) é um sistema que integra pessoas, equipamentos e procedimentos, que contribui para assegurar que os medicamentos termolábeis mantenham as condições adequadas de qualidade, segurança e eficácia, ao longo das diferentes etapas, desde o circuito de fabrico, armazenamento, distribuição até à sua administração.

Em toda a RF os produtos devem ser mantidos a uma temperatura adequada (2°C a 8°C), de modo a garantir a sua qualidade, segurança e eficácia.

Apesar da temperatura habitual de conservação dos medicamentos de frio ser entre 2°C e 8°C, as **condições de conservação** constantes devem ser tidas em conta consoante a rotulagem de cada medicamento e de devem ser **sempre confirmadas**.

Alguns produtos podem ser afetados pela congelação ou pela exposição à luz, devendo ser seguidas as indicações constantes do Resumo das Características do Medicamento relativas a precauções especiais de conservação.

Todos os equipamentos incluídos na rede de frio devem ser qualificados e o transporte deve ser validado, tendo em conta os piores cenários (temperaturas muito elevadas ou muito baixas, durante períodos muito longos). Deverá ainda, transversalmente, ser dado cumprimento ao disposto nas Boas Práticas de Distribuição de Medicamentos para Uso Humano publicadas pelo INFARMED,I.P na Deliberação Nº 047/2015 de 19 de março.

Recorda-se que o **correto acondicionamento das vacinas**, desde produção até à administração, é fundamental para **assegurar** a sua **estabilidade e poder imunológico**.

De modo a cumprir as Orientação da DGS nº 023/2017 de 07/12/2017 foi criado este documento com o objetivo de promover uma uniformização dos procedimentos da RF nas Unidades Funcionais (UF's) da Unidade Local de Saúde (ULS).

INFORMAÇÕES GERAIS

Para a correta manutenção da RF é necessário que sejam mantidas as seguintes indicações:

- ✓ Os produtos termolábeis devem ser **armazenados (refrigerados) entre 2°C e 8 °C**.
- ✓ Apesar dos solventes poderem ser mantidos à temperatura ambiente, é de toda a conveniência que fiquem junto do respetivo soluto, no frigorífico, por questões de segurança, uma vez que o **solvente é específico do solvente**, não sendo intercambiável.
- ✓ **Todos os produtos têm uma data de validade** que é determinada pelo fabricante. O seu cumprimento é obrigatório.
- ✓ Qualquer **perda de potência** das vacinas é **irreversível**.
- ✓ Todas as vacinas **perdem a sua potência** mais rapidamente quando expostas a **temperaturas inferiores a 2 °C ou superiores a 8 °C**, especialmente durante o transporte e armazenamento.
- ✓ A **destruição causada** por sucessivas **exposições ao calor é cumulativa**.
- ✓ As vacinas: VHB, DTPaHibVIP, DTPaVIP, Td e Men A, C, W, Y são **destruídas pela congelação**. A congelação pode ainda causar pequenas fissuras no frasco/ampola/seringa pré-cheia, com potencial contaminação do conteúdo.
- ✓ As vacinas: BCG, VASPR, Men C e a VFA são **destruídas por exposição à luz intensa**.
- ✓ As vacinas **devem ser protegidas da luz**. A exposição à radiação ultra-violeta também causará perda de potência.

PROCEDIMENTOS DA REDE DE FRIO

De modo a haver uniformização dos procedimentos da Rede de Frio nas UF serão discriminadas as suas atividades inerentes e de que modo se deve proceder em cada uma delas.

1. Requisição e distribuição

<u>Atividade</u>	<u>Responsabilidade</u>	<u>Observações</u>
Requisição mensal de medicamentos termolábeis ao SGIFM – SFH- CSP (AA/CSP)		Requisição no SGICM
Reposição de stock das unidades registadas como consumidas		
Satisfação de pedidos por requisição mensal ou requisição extraordinária		
Registo informático dos consumos		No SGICM

2. Receção

<u>Atividade</u>	<u>Responsabilidade</u>	<u>Observações</u>
Receção e validação dos produtos rececionados.		

3. Armazenamento

<u>Atividade</u>	<u>Responsabilidade</u>	<u>Observações</u>
Respeitar lote e P.V. (P.V. mais curto à frente)		
Verificar se frigorífico está aberto o mínimo de tempo possível de forma a evitar oscilações térmicas		
Evitar a exposição dos produtos à luz		
Verificar que os frigoríficos não são utilizados para outros fins que não o armazenamento de vacinas e produtos termolábeis		

4. Monitorização

<u>Atividade</u>	<u>Responsabilidade</u>	<u>Observações</u>
Verificação diária da temperatura dos frigoríficos das UF's (entre 2 e 8°C) e registo manual ou validação informática do mesmo.		
Não conformidades – Quebras de rede de frio: Reportar aos SFH- CSP qualquer não conformidade ou quebra RF com o conhecimento do responsável da RF.		
Manutenção e higienização dos equipamentos de frio verificação e execução, validação e arquivo de registos), de Frigoríficos e Malas térmicas.		
Registo de Equipamentos existentes na UF - manutenção de um arquivo com a identificação dos equipamentos existentes na unidade, respetivo número de série, manual de instruções...		

5. Formação/ Informação

<u>Atividade</u>	<u>Responsabilidade</u>	<u>Observações</u>
Dar Formação /Informação dos Procedimentos relativos à RF aos novos elementos da equipa da UF		

Quebra na rede de frio

De acordo com a Orientação da DGS nº 023/2017 de 07/12/2017, sempre que ocorra uma **não conformidade** nas condições de **transporte** ou **armazenamento** dos produtos, nomeadamente, uma avaria ou quebra de corrente, **todos os medicamentos** têm de ser, **obrigatoriamente, colocados em quarentena**, num equipamento de frio alternativo (que cumpra as recomendações da RF), onde os medicamentos estejam, devidamente, sinalizados, até parecer final do serviço farmacêutico respetivo. O incidente deve ser imediatamente reportado ao SFH- CSP e ao responsável pela RF, utilizando suporte próprio (anexo 1). A avaliação destes incidentes é competência dos respetivos SFH- CSP e o parecer final depende da informação fornecida pela(s) empresa(s) farmacêutica(s) detentora(s) da autorização de comercialização dos produtos implicados no incidente.

Nas UF's, se a RF tiver sido comprometida por danificação de equipamentos, esses devem ser sinalizados de imediato e deve ser pedida sua a reparação ou substituição.

Em caso de quebra de RF deverão ser contactados via e- mail todos os enfermeiros da unidade, de modo a que todos tenham conhecimento do sucedido.

Considera-se que há quebra na RF sempre que a temperatura de armazenamento dos produtos se encontra fora do intervalo recomendado (2-8°C).

Não é considerada quebra da RF nas situações em que a temperatura se eleva até aos 12°C, por um período máximo de 15 minutos, verificadas aquando do reabastecimento dos termolábeis/ vacinas no frigorífico ou a sua retirada.

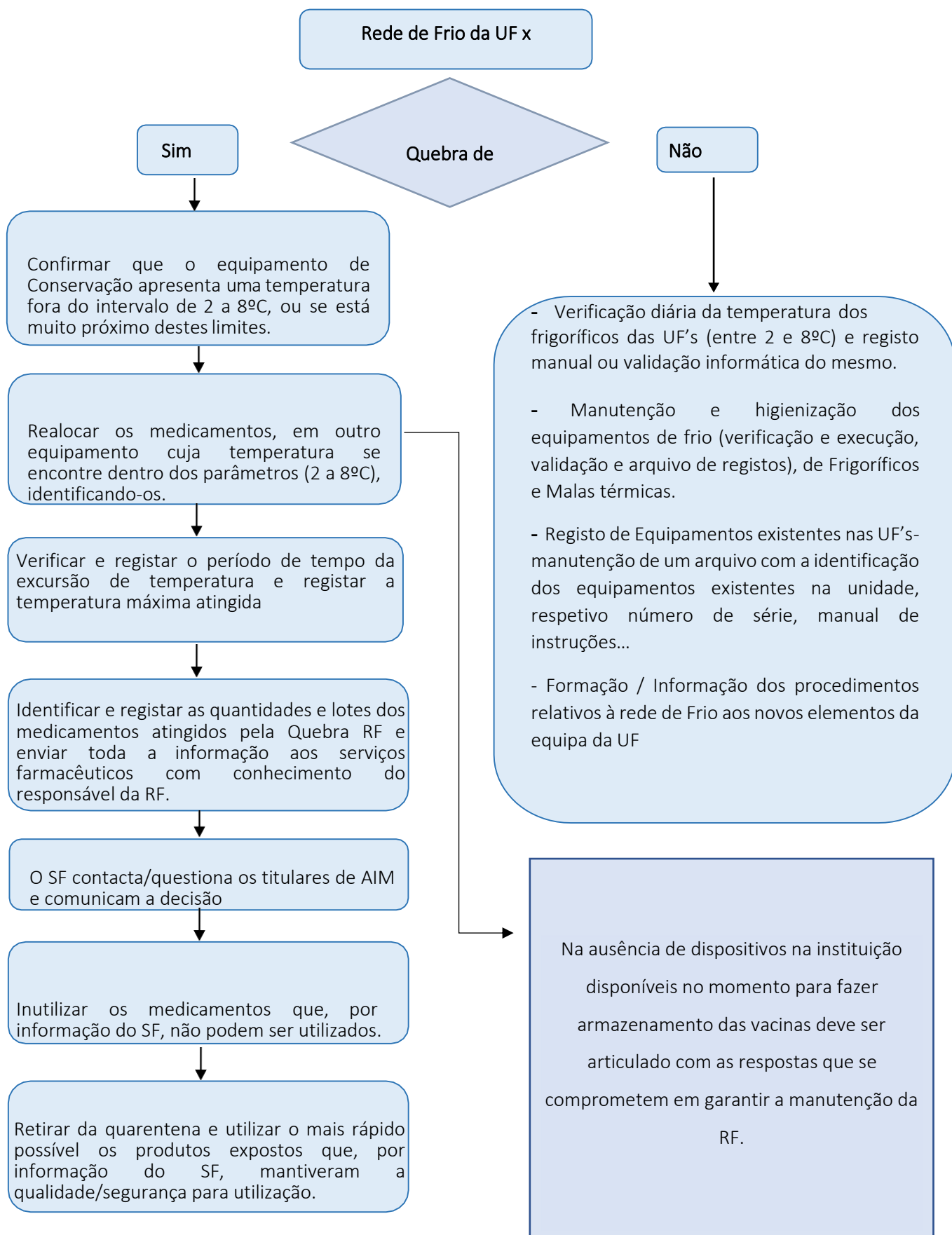
Procedimento em caso de quebra da Rede de Frio:

<u>Modo de atuação</u>	<u>Responsabilidade</u>	<u>Observações</u>
1º Confirmar que o equipamento de conservação apresenta uma temperatura fora do intervalo de 2 a 8°C, ou se está muito próximo destes limites.		
2º Realocar os medicamentos, em outro equipamento cuja temperatura se encontre dentro dos parâmetros (2 a 8°C), identificando-os. → <u>QUARENTENA.</u>		Identificar os produtos realocados com a indicação de que não devem ser utilizados e que se encontram em quarentena.
3ª Verificar e registar o período de tempo da excursão de temperatura.		Preencher o Relatório de Incidente de Quebra de RF dos SFH- CSP.
4º Registar a temperatura máxima atingida.		Temperatura lida no suporte de registo(informático/datalogger).
5º Identificar e registar as quantidades e lotes dos medicamentos atingidos pela Quebra de RF.		
6º Enviar toda esta informação aos SFH- CSP e com conhecimento do responsável da RF		
7º O SFH- CSP contactam/questionam os titulares de AIM e comunicam a decisão.		
8º Inutilizar os medicamentos que, por informação do SFH- CSP, não podem ser utilizados e que não tenham indicação para serem recolhidos pelos SFH- CSP.		Inutilização como resíduos do grupo IV.
9º Retirar da quarentena e utilizar o mais rápido possível os produtos expostos que, por informação do SFH- CSP, mantiveram a qualidade/segurança para utilização.		Identificar estes medicamentos inequivocamente de que devem ser usados primeiro devido a Quebra de RF.

Alternativas a contemplar:

No caso de quebra de RF, os produtos deverão ser recolocados em equipamento equivalente funcionando, e na ausência de possibilidade de os acondicionar nas UF's, deverá ser articulado com as respostas que garantem a manutenção da RF.

FLUXOGRAMA DA REDE DE FRIO



ANEXOS

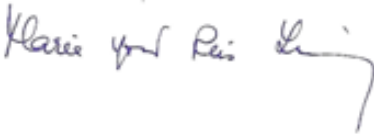
Anexo 1 – Parecer CE IPV



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV) FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Prevalência do tabagismo em enfermeiros e suas repercussões na Saúde Pública e Comunitária
Proponentes do projeto	Luana Carvalho da Silva
Investigador responsável	Prof.ª Doutora Cláudia Chaves
Data de submissão	19/11/2025
Data da aprovação do parecer	27/11/2025
A presidente da CE do IPV	 Maria João Reis Lima

PARECER N.º 54/SUB/2025

<input checked="" type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos Com possibilidade de resubmissão após consideração das recomendações



(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

O objetivo geral do estudo denominado ***Prevalência do tabagismo em enfermeiros e suas repercussões na Saúde Pública e Comunitária*** é analisar, até março de 2026, a prevalência do tabagismo entre enfermeiros. Para além disso, pretende-se identificar as suas repercussões na saúde pública e comunitária, através de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com amostragem não probabilística do tipo bola de neve.

Relativamente à **fundamentação ética do estudo**, prevê-se que este estudo irá contribuir para conhecer a magnitude do tabagismo enquanto problema de saúde pública nos Enfermeiros da amostra, e desse modo ser promotor do desenvolvimento/criação de projetos antitabágicos que irão inevitavelmente cooperar para uma melhoria da saúde da comunidade. No final, antecipa-se que o estudo possa trazer sugestões de intervenções no âmbito da cessação tabágica e desse modo possa contribuir para a melhoria da saúde da população estudada e das comunidades envolventes, dando desse modo ajuda na resposta a um problema de saúde pública.

Não estão previstos **riscos** pela participação do estudo e a participação será completamente **voluntária** e **anónima**. Não estão previstos, igualmente, **danos** nem **descobertas acidentais** e não existem **custos associados** nem **compensações** para os sujeitos da investigação.

A **população alvo** serão os enfermeiros sendo que este será um **critério de inclusão**, juntamente com o facto de terem os participantes de aceitar participar no estudo depois de prestem o consentimento informado. Já no que se refere aos **critérios de exclusão**, serão excluídos os profissionais de saúde que não sejam enfermeiros, bem como os enfermeiros que se recusem a aprovar o consentimento informado.

A investigação irá ser realizada com recurso à plataforma "Google forms" e assegura-se que toda a informação obtida através do *Google Forms* não fará qualquer identificação da pessoa que estará a preencher o questionário, uma vez que serão desativadas todas as funcionalidades de guardar emails ou de realizar *login* obrigatório para realização do questionário. Salienta-se que o investigador é enfermeiro e é obrigado a cumprir o sigilo profissional como explicado no artigo 106º do Código Deontológico inserido na Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 156/2015 de 16 de setembro).

**COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

RECOMENDAÇÕES

O investigador responsável atendeu a todas as recomendações da CE-IPV, nomeadamente:

- *assegure que os procedimentos estão em conformidade com a legislação nacional e da EU em vigor (Lei no. 58/2019, Diário da República no. 151/2019, Série I de 2019-08-08; e Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados).*
 - *se refiram os procedimentos para a destruição dos dados após utilização*
 - *se altere, no consentimento informado, o verbo aprovar por prestar, passando a : ...Todos os enfermeiros que voluntariamente aceitem participar no estudo e **prestem** o consentimento informado.*
-

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não Sim

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):



Comissão de Ética

Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**QUESTÕES ÉTICAS 1
SERES HUMANOS**

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
Não Sim Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
Não Sim Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
Não Sim Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
Não Sim Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
Não Sim Não aplicável
- 1.6. São pacientes?
Não Sim Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
Não Sim Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
Não Sim Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
Não Sim Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
Não Sim Não aplicável
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 2
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?
Não Sim Não aplicável
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?
Não Sim Não aplicável
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?
Não Sim Não aplicável
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?
Não Sim Não aplicável
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?
Não Sim Não aplicável



Comissão de Ética

Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 3
ANIMAIS**

3.1. Esta investigação envolve animais?

Não Sim Não aplicável

3.2. Esses animais são vertebrados?

Não Sim Não aplicável

3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?

Não Sim Não aplicável

3.4. Esses animais são geneticamente modificados?

Não Sim Não aplicável

3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?

Não Sim Não aplicável

3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?

Não Sim Não aplicável

3.7. REQUISITOS – ANIMAIS

3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 4
PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

- 4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?
Não Sim Não aplicável
- 4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?
Não Sim Não aplicável
- 4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?
Não Sim Não aplicável
- 4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**
- 4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais
- 4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)
Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

4.4.3.O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

4.4.4.Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 5
OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS**

5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais