

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO *PARTNER INTERACTION QUESTIONNAIRE* PARA FUMANTES E EX-FUMANTES

Maria da Graça Pereira¹
Fernanda Afonso
Universidade do Minho, Braga, Portugal

RESUMO. O presente artigo tem por objetivo validar uma versão adaptada do *Partner Interaction Questionnaire* (PIQ), instrumento que avalia o suporte para deixar de fumar dado pelo parceiro. É apresentada uma versão adaptada do PIQ para fumantes e abstinentes. Participaram no estudo 224 fumantes (52.7% do sexo feminino e 47.3% do sexo masculino; média de idades=28.6 anos; DP=8.69) e 169 ex-fumantes (68.6% do sexo masculino e 31.4% do sexo feminino; média de idades= 43.1 anos; DP=13.02). O instrumento apresentou boa fidelidade (alfa de Cronbach: 0.73) para a subescala positiva e para a subescala negativa (alfa de Cronbach: 0.77). O estudo de validade revelou a presença de dois fatores que explicam 43.36% da variância. O instrumento apresenta boa validade de construto, correlacionando-se positivamente com o ajustamento de casais e a qualidade de vida mental, e negativamente com a depressão. Esta versão adaptada do PIQ reuniu as condições necessárias para a sua aplicação em fumantes e ex-fumantes, podendo ser uma escala útil em programas de intervenção de cessação tabágica e de manutenção da abstinência.

Palavras-chave: Validação; tabagismo; questionário.

PARTNER INTERACTION QUESTIONNAIRE: VALIDATION STUDY FOR SMOKERS AND FORMER SMOKERS

ABSTRACT. The aim of this present study is to validate an adapted version of the *Partner Interaction Questionnaire* (PIQ), an instrument that assesses the support, to stop smoking, provided by the partner. An adapted version of the PIQ for smokers and former smokers is presented. Participants were 224 smokers (52.7% female and 47.3% male and 31.4% female; mean age: 28.6 years; DP=8.69) and 169 former-smokers (68.6% male; mean age=43.10 years; DP=13.02). Results showed a good internal consistency for positive scale (Cronbach's alfa: 0.73) and the negative scale (Cronbach's alfa: 0.77). The validation study revealed the presence of two factors explaining 43.36% of the variance. The instrument presents good construct validity, with positive correlations with dyadic adjustment and mental quality of life and negatively with depression. The adapted version of PIQ seems to be a good indicator of partner s' support presenting the necessary conditions for its application in smokers and former-smokers with the potential of being useful in intervention programs targeted for smoking cessation and abstinence maintenance.

Key words: Adaptation; smoking; questionnaire.

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL *PARTNER INTERACTION QUESTIONNAIRE* PARA LOS FUMANTES Y EX FUMANTES

RESUMEN. El presente artículo tiene como objetivo validar una versión adaptada del *Partner Interaction Questionnaire* (PIQ), un instrumento que evalúa el apoyo, para dejar de fumar, dado por el compañero. Es presentada una versión adaptada del PIQ para fumadores y ex fumadores. Participaron en el estudio 224 fumadores (52.7% del sexo femenino y 47.3% del sexo masculino; promedio de edades= 28.58 años; DP=8.69) y 169 ex fumadores (68.6% del sexo masculino y 31.4% del sexo femenino; promedio de edades= 43.10 años; DP=13.02). El instrumento presentó una buena fiabilidad (alfa de Cronbach: 0.73) para la subescala positiva y la subescala negativa (alfa de Cronbach: 0.77). El estudio de validez reveló la presencia de dos factores que explican el 43.36% de la varianza. El instrumento presenta buena validez de constructo, correlacionándose positivamente con el ajuste de la pareja y calidad de vida mental, y negativamente con la depresión. Esta versión

¹ *Endereço para correspondência:* Universidade do Minho - Escola de Psicologia. Campus de Gualtar, Braga, 4710-057 - Portugal. *E-mail:* gracep@psi.uminho.pt

adaptada del PIQ reunió las condiciones necesarias a su aplicación en fumadores y ex fumadores, pudiendo ser una escala útil en programas de intervención para dejar de fumar y de mantenimiento de la abstinencia.

Palabras-clave: Validación; tabaquismo; cuestionario.

Apesar de os meios de comunicação social abordarem o consumo de tabaco como prejudicial para a saúde, deixar de fumar continua a ser uma batalha muito difícil para o fumante no que respeita a adotar estratégias eficazes para a manutenção do comportamento sem fumo. Quanto à situação, tanto nacional quanto internacional, verifica-se um número cada vez mais crescente de mortes provocadas pelo tabaco (Inquérito Nacional de Saúde, 2008; Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2010), bem como o desenvolvimento de doenças associadas, como a diabetes tipo II, doença oncológica, doenças cardiovasculares e perturbações respiratórias (Doherty, Grabowski, Hoffman, & Zelikoff, 2009). O consumo de tabaco se torna assim um foco de intervenção urgente, em que a participação de elementos da rede social do fumante pode ser benéfica para o sucesso em deixar de fumar (Rüge, Ulbricht, Schumann, Rumpf, John & Meyer, 2008; Afonso & Pereira, 2013).

O comportamento tabágico se caracteriza por três fases - iniciação, manutenção e eventual cessação -, as quais podem ser fortemente influenciadas por familiares (Prochaska & DiClemente, 1982). Por exemplo, Park, Tudiver, Schultz e Campbell (2004) referem que pessoas que fumam tendem a se casar com fumantes, fumar o equivalente ao cônjuge e até deixar de fumar ao mesmo tempo que o parceiro fumante. Também se verificou que o parceiro pode influenciar a intenção do fumante de deixar de fumar, e até ter um papel decisivo na mudança de comportamento tabágico (Rüge et al., 2008). Além disso, pessoas que fumam e se casam com não fumantes têm maior probabilidade de deixar de fumar quando comparadas com fumantes solteiros, viúvos e divorciados (Park et al., 2004). Estes estudos parecem sublinhar a importância do suporte do parceiro na desabitação tabágica, que se caracteriza pelo apoio fornecido pelo parceiro ao fumante para este deixar de fumar, sendo um dos melhores preditores da abstinência tabágica (Lawhon, Humfleet, Hall, Reus, & Muñoz, 2009).

Os fumantes que vivem com um parceiro que não fuma têm dificuldades em esconder o seu comportamento devido à presença de odores e a rituais associados ao tabaco, como, por exemplo, fumar em determinados momentos do dia. Esta conduta ser severamente criticada pelos parceiros pode se traduzir numa dificuldade acrescida ao nível da cessação tabágica (Mermelstein, Lichtenstein, & McIntyre, 1983). Estes mesmos autores verificaram que comportamentos tidos como positivos (apoio verbal, reforço positivo para não fumar) por parte do parceiro, ajudam no sucesso em deixar de fumar, ao contrário de outros comportamentos (atitudes de perseguição e vigilância), que são pouco úteis e mesmo negativos para se vencer o tabagismo. A investigação evidencia que ter um parceiro que fuma é um risco acrescido para continuar a fumar e falhar em tentativas de deixar de fumar (Rüge et al., 2008).

As mulheres que continuam a fumar, apesar dos problemas de saúde, recebem menos suporte dos seus parceiros para deixar de fumar quando comparadas com os homens (Rohrbaugh, Shoham, Butler, Hasler, & Berman, 2009). Ao mesmo tempo, a qualidade do apoio que os fumantes recebem dos seus parceiros parece surtir mais efeitos em mulheres do que em homens (Saxbe, Repetti, & Nishina, 2008; Rohrbaugh et al., 2009). O consumo de tabaco pode ser considerado um fator de identificação entre casais, uma vez que indivíduos fumantes podem iniciar relações afetivas com outros fumantes e se verificarem semelhanças entre os seus hábitos tabágicos, com implicações no estilo de vida da díade (Rohrbaugh et al., 2009).

Com vista à mudança do comportamento tabágico, investigadores da área da cessação tabágica têm estudado a importância de aspetos que influenciam a mudança do comportamento tabágico, bem como a importância do papel do apoio social na cessação tabágica (e.g. Mermelstein, Lichtenstein & McIntyre, 1983; Cohen & Lichtenstein, 1990).

Assim, a literatura tem evidenciado o caráter motivador do apoio fornecido ao fumante pelo parceiro, de forma a evitar comportamentos

negativos (e.g., dizer que não consegue deixar de fumar, perseguir), que podem impedir o sucesso da desabitação tabágica. Um estudo realizado por Thomas et al. (2009), avaliando fumantes que foram atendidos em consulta de cessação tabágica, acompanhados dos respectivos parceiros, verificou que uma alta porcentagem (84%) expressou vontade em ajudar os parceiros fumantes e 90% mostraram interesse em saber como fazê-lo. Por sua vez, os indivíduos que querem deixar de fumar, mas encontram no ambiente social e familiar uma fonte de desmotivação, parecem estar mais expostos ao fumo e consideraram mais difícil deixar de fumar (Rebello, 2011).

O suporte do parceiro é altamente preditivo do sucesso da desabitação tabágica, principalmente se a ajuda for positiva – como, por exemplo, pedir que não fume, reforçar a intenção de deixar de fumar, participar em comportamentos que visem à desabitação tabágica (Park et al., 2004). As intervenções ao nível familiar, em relação a comportamentos aditivos (e.g. fumar), em que se aposta no suporte do casal, têm-se tornado uma prática comum com resultados positivos (Mermelstein et al., 1986; Broszkiewicz, Szymanska Pikala, & Drygas, 2004). Do ponto de vista do casal, quando um dos parceiros começa o tratamento de cessação tabágica, o que ainda fuma pode ser considerado uma ameaça. Assim, o papel do parceiro no comportamento tabágico se revela decisivo enquanto fonte de suporte (McBride, 2012).

O ajustamento marital se revela uma variável importante na adesão à desabitação tabágica, pois realça a importância de o parceiro ajudar o fumador a deixar de fumar (Afonso, 2013). Para Spanier (1976), ajustamento marital está relacionado a “comunicação, felicidade, integração e satisfação entre o casal”. Assim, o ajustamento de casal vai depender da capacidade do casal em usar determinadas estratégias para que o equilíbrio da díade não seja afetado pelo consumo de tabaco (Afonso & Pereira, 2013).

Estudos de Rohrbaugh et al. (2001) e Ranby, Lewis, Toll, Rohrbaugh e Lipkus (2013) enfatizaram o papel ativo dos parceiros no sucesso em superar o tabagismo, enfatizando que o sucesso para a cessação tabágica implica uma relação intrínseca entre o comportamento

tabágico e a relação entre o casal, ao nível da manutenção do esforço para não fumar. Assim, torna-se fundamental incluir no tratamento os parceiros como intervenientes ativos, uma vez que desempenham um papel dinâmico na mudança de comportamento tabágico e na manutenção da abstinência (Mermelstein et al., 1983, 1986; Fiore, Bailey, & Cohen, 2000).

Em contextos de saúde, o termo qualidade de vida engloba uma análise subjetiva do bem-estar, na qual a saúde é considerada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (McClave, Dube Strine, & Mokdad, 2009). Quando se fala em qualidade de vida avaliada pelo instrumento *Medical Outcomes Study* (SF-36), podem-se referir dois conceitos: qualidade de vida mental, que engloba a saúde mental, o desempenho emocional, a função social e a vitalidade; e qualidade de vida física, que engloba a função física, o desempenho físico, a dor física e a saúde em geral (Ware & Sherbourne, 1992). A relação entre a qualidade de vida e o consumo de tabaco se relaciona ao desenvolvimento, a longo termo, de várias doenças crônicas, sendo um fator de risco com consequências graves para a saúde do indivíduo, contribuindo para uma pior qualidade de vida (Efstratiadis, Kennard, Kelsey, & Michaels, 2008). De acordo com a literatura (Sarna, Bialous, Cooley, Jun, & Feskanich, 2008), os fumadores apresentam pior qualidade de vida em suas duas dimensões, quando comparados com indivíduos que não fumam. Por sua vez, o não consumo de tabaco relaciona-se com uma melhor qualidade de vida física e mental (Sales, Oliveira, Mattos, Viana, & Pereira, 2009).

No que diz respeito à morbidade psicológica (depressão, ansiedade e estresse), a literatura nos mostra uma relação com o consumo de algumas substâncias, entre elas a nicotina (Aubin et al., 2008), bem como uma relação entre o consumo de tabaco e a presença de sintomas relacionados com a depressão (Aubin et al., 2008), ansiedade (Calheiros, Andretta, & Oliveira, 2006) e *stress* (Magid, Craig, Colder, Stroud, Nichter, & Nichter, 2009). Além disso, também tem sido bem documentada uma associação entre sintomas depressivos e dependência de nicotina e entre consumo diário de tabaco e progressão para a dependência

(Aubin et al., 2008). Em relação à ansiedade, o uso do tabaco tem sido relacionado com uma redução da ansiedade do fumante (Machain et al., 2008). Em relação ao estresse, o consumo do tabaco pode ser um meio específico ou uma estratégia de *coping* para lidar com situações consideradas estressantes para o fumador (Chiapetti & Serbena, 2007).

O *Partner Interaction Questionnaire* é um questionário que avalia o tipo de suporte recebido na cessação tabágica. Originalmente foi criado por Mermelstein et al., em 1983, para fumantes preparados para deixar de fumar que tinham uma relação afetiva estável. O questionário era constituído por 76 itens, que incluíam comportamentos positivos (cooperação e reforço) e negativos (vigiar, chatear, insistir) para com o membro do casal que estava a deixar de fumar. O questionário se integrava num programa de desabitação tabágica em que era avaliado o apoio percebido e recebido. A amostra estudada foi recolhida nos Estados Unidos da América e era constituída por 25 homens e 21 mulheres casados, cuja média de idade era de 37,4 anos, cujo consumo médio diário de cigarros era de 23,9 e cuja média de anos de consumo era de 20,3 anos.

Posteriormente esta versão foi reduzida a 61 itens. O questionário era constituído de duas escalas, a positiva e a negativa, as quais se referiam a comportamentos positivos e negativos promovidos pelo parceiro. A escala era cotada de zero a três pontos, sendo que para esta versão não são apresentados estudos de fidelidade ou validade. Posteriormente, num estudo realizado por Cohen e Lichtenstein (1990), com o objetivo de estudar o tipo de suporte dado pelos parceiros a fumantes que estavam a deixar de fumar e a manter abstinência, foi desenvolvida uma versão reduzida de 20 itens, que incluíam duas subescalas: uma positiva e uma negativa.

Este estudo teve em consideração a aplicação do instrumento a uma amostra inscrita num programa de desabitação tabágica para avaliar o apoio recebido do parceiro na qual os fumantes preenchiam o questionário num primeiro momento e depois de um, três, seis e doze meses. A amostra estudada revelou um consumo médio diário de 26,8 cigarros, sendo que a média de idade era de 23,3 anos e 70% dos participantes eram mulheres. Nesta amostra não foram consideradas diferenças

inter-raciais ou étnicas. Esta versão reduzida de vinte itens é constituída por itens que avaliam comportamentos positivos e negativos, em que se pedia ao fumante que indicasse quantas vezes o item tinha ocorrido, por parte do parceiro, nos últimos três meses. O modo de resposta a cada um dos itens tem a forma de *Gutman*, ou seja, são apresentadas quatro frases e destas o sujeito terá de escolher a que melhor descreva a forma como se tem sentido apoiado pelo parceiro nos últimos três meses (0=nunca, 1=quase nunca, 2=algumas vezes, 3=várias vezes, 4=muitas vezes). O resultado total vai de zero a oitenta pontos. A escala positiva é constituída pelos itens 1, 7, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19 (dez itens), e a escala negativa, pelos itens 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 20 (dez itens). Resultados elevados nas escalas negativa e positiva indicam, respectivamente, mais suporte negativo e mais suporte positivo recebido do parceiro. Os itens 1, 6 e 7 são cotados de forma invertida. No que diz respeito às características psicométricas, segundo estudos de Cohen e Lichtenstein (1990), os valores da fidelidade (alfa de Cronbach) para a subescala positiva foram de 0,89 e 0,82 para a subescala negativa. Estas duas subescalas derivam de uma análise fatorial da escala original.

Cumprir referir que o PIQ contempla o suporte positivo e o suporte negativo. Embora com características diferentes (como já descrito) ambos se tornam importantes no processo de cessação tabágica do fumante. O suporte positivo, por ser um conjunto de reforços positivos, tem como objetivo motivar o fumante a deixar de fumar; por sua vez, o suporte negativo refere-se a uma atitude de indiferença ou de reforço negativo do parceiro com o objetivo de vigiar e insistir com o fumante para deixar de fumar (Mermelstein, Lichtenstein, & McIntyre, 1986; Cohen & Lichtenstein, 1990).

O objetivo do presente estudo foi adaptar para a língua portuguesa o *Partner Interaction Questionnaire*, numa versão que pudesse ser utilizada por fumantes e ex-fumantes em futuros programas de intervenção.

MÉTODO

Participantes

Participaram no estudo 224 fumantes (52.7% do sexo feminino e 47.3% do sexo masculino). A

idade dos fumantes variou entre 18 e 58 anos (média= 28.58 anos; DP=8.69). A maioria dos fumantes fumava havia mais de três anos (76.8%). Dos fumantes, 37,9% não haviam feito nenhuma tentativa de deixar de fumar, enquanto 35,9% tinham feito pelo menos uma tentativa e 84% nunca haviam frequentado algum tratamento para deixar de fumar. É de referir que 52.9% eram casados, 65.1% tinham um parceiro que não fumava, 51.9% tinham como habilitações literárias o Ensino Médio e 54.2% provinham de meio urbano.

Em relação aos ex-fumantes, participaram 169 (68,6% do sexo masculino e 31,4% do sexo feminino). A idade dos ex-fumantes variou entre 19 e 63 anos (média= 43,10 anos; DP=13,02). Neste grupo, 22,5% referiram ter fumado cerca de 20 cigarros/dia quando eram fumadores, 54.4% haviam feito pelo menos uma tentativa de deixar de fumar e 68% nunca tinham frequentado algum tratamento para deixar de fumar. Cumpre referir que 52,9% eram casados, 65,1% tinham um parceiro que não fumava, 51,9% tinham como habilitação literária o Ensino Médio e 54,2% provinham de meio urbano.

Os critérios de inclusão foram: ser maior de dezoito anos (fumantes e ex-fumantes), ser fumante diário (para os fumantes), ser ex-fumante há pelo menos três meses (considerando-se que os ex-fumantes fumavam diariamente antes de terem deixado de fumar); e como critério de exclusão, o fato de não ter parceiro(a).

Instrumentos

- *Revised Diadic Adjustment Scale (R-DAS)* (Busby, Christensen, Crabe & Larson, 1995; Versão de Investigação de Pereira, 2003): consiste numa versão constituída por catorze itens que avaliou o ajustamento de casais. Esses itens estão subdivididos em três subescalas: satisfação (seis itens), coesão (quatro itens) e consenso (quatro itens). Para a amostra em estudo utilizou-se o valor do alfa de Cronbach. Para a escala total foi de 0.84; para a subescala consenso, 0.81; para a subescala satisfação, 0.81; e para a subescala coesão, 0.79. Um resultado total elevado e em cada subescala indica maior ajustamento de casal.

- Escala de Ansiedade, Depressão e estresse (EADS) (Lovibond e Lovibond, 1995; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). É composta por vinte e um itens, organizados em três subescalas, que avaliam ansiedade, depressão e estresse. Para a amostra em estudo, o valor do alfa de Cronbach para a escala total foi de 0.91; para a subescala ansiedade, 0.76; para a subescala depressão, 0.85; e para a subescala estresse, 0.82. Um resultado elevado total indica maior morbidade psicológica e em cada subescala indica, respectivamente, maior ansiedade, depressão e estresse.
- *Medical Outcomes Study-Short Form 36 (MOS SF-36)* (Ware & Sherbourne, 1992; versão adaptada de Ferreira, 2000): é composto de 36 itens e avalia as dimensões funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, percepção de saúde geral, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional, e saúde mental. Para a amostra em estudo, o valor do alfa de Cronbach foi de 0.86, 0.85, 0.84, 0.76, 0.82, 0.72, 0.88, 0.50, 0.88 e 0.87 para as subescalas respetivas. Estas dimensões podem ser agrupadas em duas componentes: qualidade de vida física e qualidade de vida mental. Um resultado elevado em cada uma destas subescalas indica melhor qualidade de vida.
- *Partner Interaction Questionnaire* (Cohen & Lichtenstein, 1990, versão de investigação de Pereira & Afonso, 2006): avalia o tipo de suporte dado pelos parceiros a fumantes que estão a deixar de fumar e a manter abstinência e essa validação foi alvo do presente estudo.

Procedimento

O processo de tradução e de adaptação necessário para a utilização do *Partner Interaction Questionnaire* iniciou-se, após autorização da autora, de acordo com os seguintes procedimentos:

- a) tradução pelo investigador a partir da língua original (inglês) e, simultaneamente, por tradutor independente para a língua portuguesa;

- b) confronto das versões para elaboração da versão portuguesa;
- c) retroversão por tradutor independente para a língua original;
- d) versão piloto do questionário com reflexão falada em 10 participantes para avaliar a adequação e compreensão dos itens
- e) elaboração da versão final do questionário.

Este questionário foi aplicado a uma amostra por fumantes e a ex-fumantes em fase de manutenção da abstinência. Uma vez que estas duas amostras apresentam diferenças, dado que o comportamento tabágico está presente nos fumantes e pertence ao passado nos ex-fumantes, consideraram-se algumas modificações ao nível da tradução de quatro itens. O item 1 (*Complimented my not smoking*) foi adaptado e passou a ser: Mostrou-se indiferente ao meu consumo de tabaco. Este item foi traduzido desta forma, e é cotado inversamente, no sentido de poder ser usado por fumantes e abstinentes de modo a não colocar em causa o sentido do item, i.e., avaliação do apoio do parceiro positivo para deixar de fumar. O item 6 (*Refused to let me smoke in the house*) foi traduzido para *Enquanto fumante deixava-me fumar dentro de casa*, tendo em conta o processo de reflexão falada na versão piloto do questionário. Dado este questionário ser uma versão adaptada para fumantes e abstinentes, tornou-se necessário, por razões culturais, adaptar o seu significado. Na verdade, os participantes compreenderam o item na tradução original como estando a avaliar o suporte positivo e não o negativo, como preconizam os autores originais. O item 7 (*Congratulated me for my decision to quit smoking*) foi traduzido para: *Não acredita que algum dia tome a decisão de deixar de fumar*. Finalmente, o item 10 (*Celebrated my quitting with me*) foi traduzido como *Não fez comentários negativos quando me via a fumar*. Os itens 7 e 10 foram traduzidos de forma a poderem ser aplicados aos fumantes e abstinentes. Os restantes itens não foram alterados. Neste sentido, tanto fumantes quanto ex-fumantes responderam aos mesmos itens do questionário.

Coleta dos dados

A recolha de dados realizou-se num hospital central, numa empresa privada e numa

universidade pública situados no Norte de Portugal. A coleta de dados foi realizada de forma individual. O questionário foi aplicado, tal como no estudo original, a uma amostra de conveniência constituída por fumantes; contudo, consideramos que seria também importante poder utilizar o questionário em ex-fumantes em processo de manutenção da abstinência, com vista a avaliar o tipo de apoio recebido dos parceiros para terem deixado de fumar. Assim, a aplicação dos instrumentos foi precedida de um pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital, aos Recursos Humanos da Empresa (ambos com consulta de cessação tabágica) e ao reitor da universidade. Sem conflito de interesse, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de cada local de recolha dos dados. A participação foi voluntária após o preenchimento do consentimento informado. O preenchimento dos instrumentos efetuou-se num momento único.

Análise dos dados

A análise da consistência interna foi realizada com recurso ao coeficiente alfa de Cronbach. Para o estudo da validade, foi realizada uma análise fatorial utilizando-se o método dos Componentes Principais com rotação varimax. Para avaliar a validade de construto foi avaliada a relação entre as subescalas do PIQ e o ajustamento conjugal, a morbilidade psicológica e a qualidade de vida através do coeficiente de correlação de Pearson. Finalmente, para avaliar as diferenças entre o suporte recebido para deixar de fumar (positivo e negativo) pelos fumantes *versus* ex-fumantes, foi realizada uma Mancova controlando as variáveis idade, habilitações literárias e sexo, dado os grupos apresentarem diferenças nestas variáveis.

RESULTADOS

Estudo da fidelidade

Para a subescala positiva obteve-se um alfa de 0.70 e os itens da escala apresentaram correlações com a escala total que variaram entre 0.890 e 0.573 ($p \leq 0.05$). A subescala negativa apresentou um alfa de 0.76 e os itens da escala apresentaram correlações com a escala total, que variaram entre 0.122 e 0.695 ($p \leq 0.05$). A média obtida na nossa amostra foi de

17.55 (DP=6.40) para a subescala positiva e de 20.23 (DP=8.72) para a subescala negativa.

Estudo da Validade

Os resultados obtidos revelaram que a melhor solução incluía a distribuição dos itens em dois fatores explicando 42.55% da variância total dos resultados (Tabela 1). A organização dos itens foi muito semelhante à versão original, sendo a subescala positiva composta pelos itens 1, 8, 14, 15, 16, 17, 18 e 19, num total de oito itens, e a subescala negativa, composta pelos itens 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13 e 20, num total de onze itens. As alterações resultantes da versão adaptada foram os seguintes: o item 1, que originalmente pertencia à subescala positiva, após tradução se mantém, pois é cotado inversamente; o item 6, que, no instrumento original pertencia à subescala negativa, após tradução se mantém; o item 7 originalmente pertencia à subescala positiva, mas devido à nova reformulação, como seria expectável, tendo-se em conta o seu conteúdo, passou a pertencer à subescala negativa; o item 10 foi eliminado, devido à sua saturação ser abaixo de 0.30 (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tabela 1 - Estrutura Fatorial do PIQ para Fumantes e Ex-Fumantes

Item	Fator	
	Suporte Positivo	Suporte Negativo
1	-.417	
2		.511
3		.244
4		.386
5		.632
6		.325
7		.745
9		.670
11		.748
12		.838
13		.540
20		.371
8	.554	
10	.003	
14	.517	
15	.727	
16	.506	
17	.627	
18	.657	
19	.478	

Em seguida calcularam-se os coeficientes de consistência interna das novas subescalas, positiva e negativa, e o resultado final revelou um alfa de 0.73 e 0.77 respetivamente (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 - Coeficientes de Consistência Interna da Escala Positiva (N= 393)

Itens	Média se o item for eliminado	Variância se o item for eliminado	Correlação do item com o total da escala	Alfa se o item for eliminado
PIQ 1	13.536	32.999	.191	.751
PIQ 8	14.966	29.976	.417	.707
PIQ 14	13.646	30.785	.398	.710
PIQ 15	13.264	28.205	.558	.677
PIQ 16	13.900	31.681	.373	.715
PIQ 17	15.203	28.877	.561	.679
PIQ 18	13.669	27.523	.565	.674
PIQ 19	14.791	30.589	.363	.718

Nota: Alfa de Cronbach: 0.73; M = 16.140 (DP = 6.15)

Tabela 3 - Coeficientes de Consistência Interna da Escala Negativa (N= 393)

Itens	Média se o item for eliminado	Variância se o item for eliminado	Correlação do item com o total da escala	Alfa se o item for eliminado
PIQ 2	18.430	58.909	.652	.715
PIQ 3	17.890	63.715	.463	.740
PIQ 4	18.328	64.430	.473	.740
PIQ 5	19.066	61.950	.511	.734
PIQ 6	18.913	70.533	.122	.782
PIQ 7	17.974	85.709	-.482	.830
PIQ 9	18.145	57.252	.671	.710
PIQ 11	17.918	57.121	.695	.707
PIQ 12	18.531	64.000	.512	.736
PIQ 13	19.335	65.627	.373	.751
PIQ 20	17.857	58.490	.608	.719

Nota: Alfa de Cronbach: 0.77; M =21.650 (DP = 9.22)

Validade de construto

Para avaliar a validade de construto foi estudada a relação entre as subescalas do PIQ e o R-DAS. Verificam-se correlações significativas ao nível do ajustamento de casal total e a subescala positiva ($r=0.136$, $p<0.01$), indicando que quanto maior o ajustamento no casal, maior a percepção que o fumante e abstinente possuem sobre o apoio recebido/dado pelo parceiro, no primeiro caso, para deixar de fumar, e no segundo, para continuar sem fumar. A subescala coesão também se correlacionou com

a subescala positiva do suporte do parceiro ($r=0.149$, $p<0.01$).

Verificou-se, ao nível da morbilidade psicológica, que a depressão se correlacionava negativamente com o suporte positivo do parceiro ($r= -0.113$, $p\leq 0.05$) e que o suporte negativo do parceiro se correlacionava positivamente com a qualidade de vida mental ($r= 0.159$, $p \leq 0.001$). Não foram encontrados resultados significativos entre qualidade de vida física e suporte do parceiro (Tabela 4).

Tabela 4 - Resultados da Correlação de *Pearson* entre o Suporte do Parceiro (PIQ), Qualidade de vida (QV) (SF-36) e Morbilidade Psicológica (EADS) (N= 393)

Variáveis	Suporte do Parceiro		Morbilidade Psicológica		Qualidade de Vida	
	Suporte Negativo	Depressão	Ansiedade	Stress	QV Mental	QV Física
Suporte Positivo	.584**	-.113*	.024	.005	.099	-.083
Suporte Negativo		-.057	.028	-.046	.159**	-.070
Depressão			.689**	.636**	-.464**	-.238**
Ansiedade				.746**	-.365**	-.357**
Stress					-.379**	-.242**

Nota: ** $p \leq 0.001$; * $p \leq 0.05$

No sentido de avaliar o suporte do parceiro recebido nos fumantes versus ex-fumantes para deixar de fumar, foi realizado um teste de diferenças que permitiu verificar que os ex-fumantes consideraram ter recebido mais suporte positivo do parceiro para deixar de fumar ($F(1,393)= 28.796$; $p \leq 0.000$) e mais suporte negativo ($F(1,393)= 69.130$; $p \leq 0.000$) quando comparados com os fumantes.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, a subescala positiva é composta por oito itens (itens 1, 8, 14, 15, 16, 17, 18 e 19) e apresentou um alfa de 0.73. A subescala negativa é composta por onze itens (itens 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13 e 20) e apresentou um alfa de 0.77. Assim, o instrumento apresentou qualidades psicométricas sustentáveis para ser utilizado em fumantes e ex-fumantes, para avaliar o suporte dado pelo parceiro para deixar de fumar.

Ao nível da validade de construto, verificou-se uma correlação positiva entre o ajustamento de casal e a escala positiva de suporte do parceiro, revelando que quanto maior o ajustamento do casal, mais apoio positivo é dado

pelo parceiro na desabitação tabágica. Estes dados vão ao encontro da literatura, que demonstra que o suporte do parceiro é altamente preditivo de sucesso da desabitação tabágica, em particular, se o apoio for positivo (Thomas et al., 2009; Rebelo, 2011). Verificou-se que a depressão se correlacionou negativamente com o suporte positivo do parceiro, indicando que, à medida que aumenta o suporte do parceiro, diminui a depressão no fumante (Thomas et al., 2009). Por sua vez, o suporte negativo do parceiro se correlaciona positivamente com a qualidade de vida mental, indicando que à medida que aumenta o suporte negativo do parceiro aumenta a qualidade vida mental. À primeira vista esses dados podem parecer incongruentes, mas talvez possam ser explicados pelo facto de o suporte negativo incluir também reforço negativo, que se manifesta numa atitude de vigilância e insistência com o fumante para este deixa de fumar. Esta atitude pode ser interpretada pelo fumante como preocupação e cuidado por parte do parceiro, o qual pode sentir-se mais apoiado emocionalmente e motivado para deixar de fumar, o que se reflete em sua qualidade de vida mental (Afonso, 2013). Pensamos que o

facto de não se ter encontrado relação entre qualidade de vida física e suporte do parceiro se deveu ao facto de a amostra de ex-fumantes ter deixado de fumar, em média, há menos de seis meses e ainda não serem muito visíveis os benefícios, na saúde física. Os ex-fumantes, quando comparados com os fumantes, reportaram ter recebido mais apoio do parceiro para deixar de fumar. Os resultados encontrados na nossa amostra vão ao encontro da literatura (Afonso & Pereira, 2013), em que se sublinha a importância do apoio do parceiro ao fumante para deixar de fumar. A relação positiva encontrada entre o suporte positivo e negativo do parceiro se pode interpretar pelo facto de o parceiro que promove o suporte positivo para que o fumante deixe de fumar, no sentido do reforço positivo, também pode promover o suporte negativo no sentido do reforço negativo (Afonso, 2013). Aliás, este resultado pode também ser cultural, dado que em estudos com pacientes diabéticos portugueses em que foi avaliado o apoio positivo e negativo do parceiro, ambos se correlacionaram positivamente um com o outro e ambos foram preditores positivos da adesão aos autocuidados (Pereira, Pedras & Machado, no prelo). Assim, de acordo com os resultados, os suportes positivo e negativo do parceiro parecem ser ambos relevantes no comportamento tabágico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O facto de a amostra ser de conveniência limita a generalização dos resultados. A aplicação de medidas de autorrelato é também considerada uma limitação. O facto de os abstinentes terem respondido aos instrumentos de forma retrospectiva em relação ao seu comportamento de fumar é também um aspeto a ter em consideração na interpretação dos resultados.

A versão adaptada do PIQ comportou-se como um bom instrumento de avaliação do suporte fornecido pelo parceiro, por apresentar uma consistência interna satisfatória e validade convergente, correlacionando-se positivamente com o ajustamento conjugal e a qualidade de vida, e negativamente com a morbilidade psicológica. Assim, esta versão adaptada do PIQ parece reunir as condições necessárias para a sua aplicação em fumantes e ex-fumantes,

podendo ser uma escala útil em programas de intervenção de cessação tabágica e de manutenção da abstinência.

Em termos de investigação futura, seria interessante avaliar a perceção do apoio dado pelo parceiro e a perceção do apoio que o fumante diz ter recebido, no sentido de avaliar se perceções discrepantes ou concordantes influenciam o comportamento de deixar de fumar. Seria também interessante avaliar o papel do apoio do parceiro para o fumante deixar de fumar. Finalmente, seria importante avaliar o papel moderador da dependência tabágica na relação entre o apoio do parceiro e a intenção de deixar de fumar.

REFERÊNCIAS

- Afonso, F. (2013). *Variáveis individuais, familiares e sócio-cognitivas no comportamento tabágico: um estudo com fumadores e abstinentes* (Tese de Doutoramento). Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Afonso, F. & Pereira, M. G. (2013). Preditores da dependência nicotínica e do comportamento planeado para deixar de fumar. *Análise Psicológica*, 31(1), 17-29.
- Aubin, H.J., Bobak, A., Britton, J.R., Oncken, C., Billing, C.B. Jr, Gong, J., Reeves, K.R. (2008). Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomized open-label trial. *Thorax*, 63(8), 717-724.
- Broszkiewicz, M., Szymanska, I., Pikala, M., & Drygas, W. (2004). The significance of social support in the maintenance of smoking abstinence in the population smoking cessation program. *Przegląd Lekarski*, 61(10), 1151-5.
- Busby, D.M., Christensen, C., Crabe, D.R., & Larson, J.H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distress and non distressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289-308.
- Calheiros, P., Andretta, I., & Oliveira, M. (2006). Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos aditivos. In: B. S. Werlang, & M. S. Oliveira *Temas em Psicologia Clínica* (pp. 116-124). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chiapetti, N. & Serbena, C.A. (2007). Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma universidade de Curitiba. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 303-313.
- Cohen, S., & Lichtenstein, E., (1990). Partner Behaviours that support quitting smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58(3), 304-309.
- Doherty, J., Grabowski, J., Hoffman, C., & Zelikoff, J. T. (2009). Early life insult from cigarette smoke may be predictive of chronic diseases later in life. *Biomarkers*, 14(S1), 97-101.
- Efstratiadis, S., Kennard, E. D., Kelsey, S. F., & Michaels, A. D. (2008). Passive tobacco exposure may impair symptomatic improvement in patients with chronic angina undergoing enhanced external counterpulsation. *BMC Cardiovascular Disorders*, 8(23), s/pp. doi:10.1186/1471-2261-8-23.

- Ferreira, P.L. (2000). A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Partell: Testes de validação. *Ata Médica Portuguesa*, 13(3), 55-66.
- Fiore, M., Bailey, W., & Cohen, S.J. (2008). Treating tobacco use and dependence, clinical practice guidelines. *Department of Health and Human Services, Public Health Service*, Rockville. Acedido em 22.04.2013. Disponível em: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf.
- Lawhon, D., Humfleet, G., Hall, S., Reus, V., & Muñoz, R. (2009). Longitudinal analysis of abstinence-specific social support and smoking cessation. *Health Psychology*, 28(4), 465-472. doi: 10.1037/a0015206.
- Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Machain, A. C., Vélez, N. A., García, F. J., Lugo, E. K., García, S. C., & Mora, M. E. (2008). Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil mexicana. *Salud Mental*, 31(4), 291-297.
- Magid, V., Craig, R., Colder, L., Stroud, R., Nichter, M., & Nichter, M. (2009). Negative affect, stress, and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and marijuana use. *Addictive Behaviours*, 34 (11), 973-975.
- McBride, C. (2012). Programas de abandono do tabagismo para mulheres grávidas e mães de crianças pequenas. In Tremblay, R.E., Boivin, M., & Peters R. Eds, *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* (pp.1-7). [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development. Acedido em 22.04.2013. retirado de: <http://www.encycolpedia-crianca.com/documents/McBridePRTxp1.pdf>.
- McClave, A., Dube, S., Strine, T., & Mokdad, A. (2009). Associations between health-related quality of life and smoking status among a large sample of U.S. adults. *Preventive Medicine*, 48, 173-179.
- Mermelstein, R., Cohen, S., Lichtenstein, E., Baer, J., & Kamarck, T. (1986). Social support and smoking cessation and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 447-453.
- Mermelstein, R., Lichtenstein, E., & McIntyre, K. (1983). Partner support and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 465-466.
- Ministério da Saúde, (2008). *4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA).
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory* (3rd Edition). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologica*, 36, 235-246.
- Park, E., Tudiver, F., Schultz, J., & Campbell, T. (2004). Does Enhancing Partner Support and Interaction Improve Smoking Cessation? A meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*, 2 (2), 170-174.
- Pereira, M.G. & Afonso, F. (2006). *Partner Interaction Questionnaire*. Versão de Investigação. Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Pereira, M.G. (2003). *Revised Dyadic Adjustment Scale*. Versão de Investigação. Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Pereira, M.G., Pedras, S., & Machado, J.C. (in press). Family Variables as Moderators between Beliefs Towards Medicines and Adherence to Self Care Behaviors and Medication in Type 2 Diabetes. *Families Systems & Health*.
- Prochaska J.O. & DiClemente C.C. (1982). Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Ranby, K., Lewis, M., Toll, B., Rohrbaugh, M., & Lipkus, I. (2013). Perceptions of smoking-related risk and worry among dual-smoker couples nicotine. *Tobacco Research*, 15(3), 734-738. doi:10.1093/ntr/nts210.
- Rebelo, L. (2011). Intervenção breve no paciente fumador: aplicação prática dos «5 As» e dos «5 Rs». *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(4), 356-361. Disponível em 22.04.2013. Retirado de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000400006&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0870-7103.
- Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Butler, E. A., Hasler, B. P., & Berman, J. S. (2009). Affective synchrony in dual- and single-smoker couples: further evidence of "Symptom-System Fit"? *Family Process*, 48, 55-67.
- Rohrbaugh, M., Shoham, V., Trost, S., Muramoto, M, Cate, R., & Leischow, S. (2001). Couple Dynamics of Change-Resistant Smoking: Toward a Family Consultation Model. *Family Process*, 40, 15-31.
- Rüge, J., Ulbricht, S., Schumann, A., Rumpf, H.J., John, U., & Meyer, C. (2008). Intention to Quit Smoking: Is the Partner's Smoking Status Associated with the Smoker's Intention to Quit? *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 328-335.
- Sales, M.P.U., Oliveira, M.I., Mattos, I.M., Viana, C.M., & Pereira, E.D. (2009). Impacto da cessação tabágica na qualidade de vida dos pacientes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(5), 436-441.
- Sarna, L., Bialous, S., Cooley, M., Jun, H., & Feskanich, D. (2008). Impact of smoking cessation on health-related quality of life in women in the Nurses'Health Study. *Quality of Life Research*, 17, 1217-1227.
- Saxbe, D.E., Repetti, R.L., & Nishina, A. (2008). Marital satisfaction, recovery from work, and diurnal cortisol among men and women. *Health Psychology*, 27, 15-25.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. (2010). Tabagismo: parte I. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2):134. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000200005>.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.

Thomas, J., Patten, C., Mahnken, J., Offord, K., Hou, Q., Lynam, M., Wirt, B., & Croghan, I. (2009). Validation of the support provided measure among spouses of smokers receiving a clinical smoking cessation intervention. *Psychology, Health and Medicine*, 14(4), 443-453.

Ware, J. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

Recebido em 06/05/2013

Aceito em 09/02/2014

Maria da Graça Pereira: professora associada da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal.

Fernanda Afonso: doutora em Psicologia da Saúde, investigadora na área do Tabagismo, cessação tabágica e variáveis familiares, Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal.